

Ana Flávia Quintão Fonseca

SAÚDE, AMBIENTE E ZONOSSES:
VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE EM BELO
HORIZONTE, 2010

Dissertação apresentada à UFMG, como
requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Ciência Animal.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Élvio Carlos Moreira

Belo Horizonte

UFMG-EV

2010

À Deus por me conduzir nessa jornada terrena e à minha mãe, fonte de inspiração, tranquilidade, amor e paz. Seu exemplo me ensinou a nunca desistir de lutar pelo que eu acredito.

Agradecimentos

Inicio meus agradecimentos pela pessoa maravilhosa que tem me acompanhado ao longo dos últimos doze anos e com a qual tenho compartilhado muitos momentos especiais. Ao Alexandre agradeço profundamente pelo amor, apoio e companheirismo, mas principalmente agradeço pelo otimismo e alegria que foram meu suporte nesta empreitada. Eu te amo.

Agradeço à Amanda, Ágatha e Alice por existirem em minha vida e pela felicidade e amor que me proporcionam. À Cátia por ter sido sempre meu braço direito.

À minha mãe Maria de Lourdes e irmãos Renata, Raquel e Frederico pelas palavras de estímulo e presença nos momentos de necessidade. Pela alegria que trazem ao meu coração.

Às minhas queridas amigas Alessandra, Andreza e Mayara da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais que estiveram presentes na minha trajetória e colaboraram muito em tudo que foi possível. Obrigada pela amizade!

Ao Onofre e a Marilene por tornarem possível a realização deste trabalho. Obrigada pelo apoio, motivação, amizade e, principalmente, por me darem as condições necessárias para que esse trabalho fosse desenvolvido. Sem vocês eu não teria conseguido!

Aos profissionais voluntários por compartilharem comigo sua rica experiência de trabalho no Sistema Único de Saúde, tornando possível essa investigação. Vocês são exemplos a serem seguidos pelos profissionais da Saúde!

Aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde visitadas, Cristina, Fausto e Vitória pelo acolhimento e encaminhamento.

Ao professores Luiz Brant e José Newton pela inspiração, direcionamento, orientação. Pelo exemplo de profissionais brilhantes.

Ao Colegiado de Pós-Graduação em Ciência Animal da Escola de Veterinária, especialmente Luzete e Débora, pela cordialidade, eficiência e presteza na realização do seu trabalho. Ao professor Romário pelo acolhimento e compreensão.

Aos colegas de mestrado pela alegria, incentivo e agradável convivência. Agradeço pelas enriquecedoras e estimulantes discussões.

Finalmente, agradeço ao criador pelo dom da vida e o desejo pelo conhecimento!

“Eu não tenho filosofia: tenho sentidos...
Se falo na Natureza não é
porque saiba o que ela é,
Mas porque a amo, e amo-
a por isso,
Porque quem ama nunca
sabe o que ama
Nem sabe por que ama,
nem o que é amar...
Amar é a eterna inocência,
E a única inocência não
pensar...”
(Alberto Caeiro)

Belo Horizonte, MG, 2010

SUMÁRIO

	RESUMO.....	13
	ABSTRACT.....	14
1.	INTRODUÇÃO.....	15
2.	A SAÚDE E SUA INTERFACE COM O AMBIENTE.....	19
2.1	Aspectos sobre a saúde.....	20
2.2	Saúde e ambiente.....	22
2.3	Saúde e Ambiente no contexto das Ciências da Saúde.....	23
3	ENFOQUE ECOSSISTÊMICO DE SAÚDE.....	24
3.1	Considerações sobre os enfoques ecológicos.....	25
4	ZOONOSES NO CONTEXTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	26
4.1	Considerações sobre o controle de zoonoses em Belo Horizonte.....	27
5	REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	30
5.1	Dimensões teóricas da teoria das representações sociais.....	30
5.2	Aspectos sobre os limites da representação social.....	32
6	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	34
6.1	O campo das Ciências Sociais e a metodologia de pesquisa qualitativa.....	34
6.2	Fundamentação teórica e metodológica e caracterização do estudo.....	36
6.3	Campo de pesquisa.....	39
6.4	Caracterização da Regional Oeste.....	42
6.5	A escolha dos atores sociais e o desenho da pesquisa.....	44
6.6	Caracterização da amostra.....	45
6.7	Coleta de informações.....	49
7	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	51
7.1	Discurso higienista na relação saúde e ambiente.....	52
7.2	Visão antropocêntrica com relação ao ambiente.....	65
7.3	Fragilidade do conceito de zoonoses no âmbito da Saúde Pública.....	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
10	ANEXOS.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da amostra e total de recursos humanos em valores absolutos, segundo UBS. Belo Horizonte, 2010.....	40
Tabela 2-	Distribuição da população de Usuários das UBS em estudo segundo faixa etária. Belo Horizonte, 2010.....	40
Tabela 3-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, escolaridade e realização de visita domiciliar no grupo de ACS. Belo Horizonte, 2010.....	45
Tabela 4-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de ACS. Belo Horizonte, 2010.....	46
Tabela 5-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, pós-graduação e realização de visita domiciliar no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.....	46
Tabela 6-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.....	46
Tabela 7-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faculdade de origem no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.....	47
Tabela 8-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo nível de pós-graduação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.....	47
Tabela 9-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo instituição de pós-graduação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.....	47
Tabela 10-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, pós-graduação e realização de visita domiciliar no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.....	48
Tabela 11-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.....	48
Tabela 12-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faculdade de origem no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.....	48
Tabela 13-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo nível de pós-graduação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.....	49
Tabela 14-	Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo instituição de pós-graduação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Subdivisões adotadas na organização territorial em saúde.....	42
Figura 2-	Distribuição espacial das Unidades Administrativas Regionais de Belo Horizonte.....	44

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CNUMAD – Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

COPASADE – Conferência Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável

DCZ – Departamento de Controle de Zoonoses

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IJC – International Joint Commission of the Great Lakes

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MS – Ministério da Saúde

NAF – Núcleo de Apoio à Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PSF – Programa de Saúde da Família

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SNVA – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UP – Unidades de Planejamento

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URS – Unidade de Referência Secundária

WHO – World Health Organization

Resumo

A temática saúde e ambiente vem sendo amplamente discutida através de disciplinas tanto do campo da saúde quanto das ciências ambientais. No cenário desta discussão percebe-se a necessidade de um ambiente equilibrado para o alcance de condições de saúde desejáveis. Desta maneira, este trabalho de pesquisa foi realizado na tentativa de compreender a interface entre saúde e ambiente e sua relação com o surgimento de zoonoses, na visão de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As zoonoses se configuram como patologias intimamente relacionadas a alterações ambientais. No âmbito de uma visão ampliada de saúde torna-se desejável que os profissionais desse campo de conhecimento apresentem um maior envolvimento na discussão acerca da temática saúde e ambiente. O objetivo deste trabalho é identificar e compreender as percepções, ideias e imagens de alguns profissionais da saúde pública sobre a articulação entre saúde, ambiente e zoonoses. A presente pesquisa foi realizada na perspectiva das Ciências Sociais sendo desenvolvida no contexto da abordagem qualitativa. Realizou-se a análise das informações obtidas de profissionais Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros e médicos de três Unidades Básicas de Saúde da regional Oeste de Belo Horizonte. Para a definição do número de participantes foi utilizado o critério de saturação. Como técnica de análise das informações utilizou-se a análise de conteúdo, desenvolvida na perspectiva da representação social. A coleta de informações foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, sendo entrevistados 29 profissionais. A partir da análise das informações obtidas foram apreendidas três categorias de análise, quais sejam, Discurso higienista na relação saúde e ambiente, Visão antropocêntrica com relação ao ambiente e Fragilidade do conceito de zoonoses no âmbito da saúde pública. Foi possível observar que, apesar da significativa percepção com relação à interação entre saúde e ambiente, essa percepção se mostra limitada e reducionista. Com relação ao conceito de zoonoses observou-se uma fragilidade na compreensão do mesmo e sua associação com o serviço de Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Apesar de toda a complexidade do sistema de organização da ESF na atenção à saúde, a discussão sobre saúde e ambiente, como um saber necessário à prática ampliada da saúde, parece não se fazer presente de maneira abrangente e integrada com a discussão atual. Encontrando-se, ainda, desvinculada de um enfoque ecossistêmico de saúde.

Palavras Chave: Saúde, ambiente, zoonoses, ESF

Abstract

The thematic of health and environment has been widely discussed by both disciplines in the health and environmental sciences. In the scenario of this discussion it is perceived the need for a balanced environment for the achievement of desirable health conditions. Thus, this research was conducted in an attempt to understand the interface between health and environment and its relation with the emergence of zoonoses, in the view of professionals from the Family Health Strategy (FHS). Zoonotic diseases are configured as closely related to environmental changes. Within an expanded vision of health it is necessary that professionals in this field of knowledge have a greater involvement in the discussion on the theme of health and environment. The objective of this paper is to identify and understand the perceptions, ideas and images of some public health professionals about the connection between health, environment and zoonoses. This survey was conducted from the perspective of social sciences being developed in the context of a qualitative approach. The analysis of information was obtained from professional community health agents, nurses and physicians. For the definition of number of participants the criterion of saturation was used. As technical analysis of the information has been used content analysis, developed from the perspective of social representation.

Data collection was conducted through semi-structured interviews, being interviewed 29 professionals. From the analysis of information three categories of analysis were seized, which are, hygienist speech in relation to health and environment, anthropocentric view regarding the environment and fragility within the framework of public health. Despite the significant insight regarding the interaction between environment and health, it was observed that this perception is limited and reductionist. Regarding the concept of zoonoses it was noticed a weakness in its understanding and its association with the Zoonosis Service of the Department of Health of Belo Horizonte. Despite all the complexity of the organization of the ESF in health care, the discussion on health and environment, as a practical knowledge necessary to expanded health, doesn't seem to be present in a comprehensive and integrated way with the current discussion. Lying still, separated from an ecosystem approach to health.

Keywords: Health, environment, zoonoses, FHS

1 - INTRODUÇÃO

A formação em Ciências Biológicas e a prática do trabalho de pesquisa em Saúde Pública no Sistema Único de Saúde (SUS) levaram a uma busca da compreensão acerca da relação existente entre a saúde das pessoas e o ambiente onde estão inseridas. No âmbito da formação acadêmica o curso de biologia favorece uma percepção mais ampla com relação à interação entre os seres vivos e o meio. No contexto da prática profissional o conhecimento acerca do trabalho de profissionais da Saúde Pública, entre eles os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), possibilita uma sensibilização acerca da condição de saúde de grande parte da população. Tal população se caracteriza pela utilização dos serviços públicos de saúde.

Diante da percepção da necessidade de um ambiente equilibrado para o alcance de condições de saúde desejáveis, este trabalho de pesquisa foi realizado na tentativa de compreender a interface entre saúde e ambiente e sua relação com o surgimento de zoonoses, na visão de profissionais da ESF. Estes profissionais possuem uma relação de proximidade com a população, devido ao trabalho que desenvolvem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pautado no estabelecimento de uma convivência fundamentada na responsabilização com as comunidades de abrangência. Assim, estabeleceu-se também uma interação com o ambiente onde a população reside, principalmente devido ao fato desses trabalhadores terem como parte da sua prática a realização das visitas domiciliares.

Para tratar de questões relevantes para a saúde das comunidades são desenvolvidas políticas públicas, que pautam suas ações principalmente na proteção e na prevenção da saúde. A Saúde da Família se configura como uma dessas políticas e é entendida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação do modelo de assistência, realizada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Elas têm a responsabilidade pelo

acompanhamento das famílias fato que cria a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2008)¹.

Ainda, de acordo com Oliveira e Borges (2008, p. 370):

Em 1990, como decorrência dos princípios consagrados na Constituição, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudança inspiradas nas ideias da reforma sanitária e nos princípios do SUS foram esboçadas e implementadas. O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma dessas iniciativas e se concretiza como um novo paradigma de promoção da saúde, focado principalmente no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

De acordo com Souza (2002, p. 25), o PSF foi desenvolvido como “estratégia para promover a organização das ações da atenção básica à saúde, nos sistemas municipais”. Além disso, busca uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família promove e possibilita uma permanente comunicação e troca de saberes e experiências entre os integrantes do grupo, e desses com o saber popular trazido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Diante desse cenário, todos os profissionais têm a possibilidade de atuar no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde da população. O modelo médico-assistencialista

¹http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/rea.cfm?id_area=149

deixa de ser o referencial. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS. Quando ampliada, possui um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

No desenvolvimento de suas ações, cada grupo se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada região (BRASIL, 2004). A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade. Caracteriza-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, com um território definido e uma população delimitada, sob a sua responsabilidade. Ainda tem como características, a intervenção em fatores de risco sob os quais a comunidade está exposta, a prestação de assistência integral, permanente e de qualidade, a realização de atividades de educação e promoção da saúde, a atuação intersetorial abrangendo situações que transcendem a questão da saúde, entre outras.

Ao se deslocar para as comunidades, esses profissionais de saúde aproximam-se da realidade da população. Neste processo torna-se possível uma interação estreita com a comunidade, o que abre oportunidade para uma mobilização mais concreta acerca das questões de saúde. Entretanto, o profissional se depara também, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2008), com questões delicadas da vida cotidiana destas pessoas como violências, pobreza e dificuldades da vida familiar.

Segundo Souza (2002) as iniciativas de instalação das equipes e dos ACS vêm acumulando uma experiência muito rica que possibilita um aumento significativo de qualidade no processo de desenvolvimento e consolidação do SUS no país. Ela ainda afirma que o PSF humaniza a relação profissional entre a saúde e o cidadão, reorganiza as referências e racionaliza gastos.

O plano de ação, denominado Agenda 21, resultante de um processo que culminou com a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), no Rio de Janeiro em 1992, já trazia, como uma preocupação consensual entre vários países, a promoção de um modelo de desenvolvimento que levasse em conta a proteção ambiental e a justiça social. Na introdução do capítulo seis

deste documento pode-se observar essa preocupação:

A saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados. Tanto um desenvolvimento insuficiente que conduza à pobreza como um desenvolvimento inadequado que resulte em consumo excessivo, associados a uma população mundial em expansão, podem resultar em sérios problemas para a saúde relacionados ao meio ambiente, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Os tópicos de ação da Agenda 21 devem estar voltados para as necessidades de atendimento primário da saúde da população mundial, visto que são parte integrante da concretização dos objetivos do desenvolvimento sustentável e da conservação primária do meio ambiente. Os vínculos existentes entre saúde e melhorias ambientais e sócio-econômicas exigem esforços intersetoriais. Tais esforços, que abrangem educação, habitação, obras públicas e grupos comunitários, inclusive empresas, escolas e universidades e organizações religiosas, cívicas e culturais, estão voltados para a capacitação das pessoas em suas comunidades a assegurar o desenvolvimento sustentável. Especialmente relevante é a inclusão de programas preventivos, que não se limitem a medidas destinadas a remediar e tratar (CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992)²

Para Forget e Lebel (2001) este documento reconhece que para atender às necessidades básicas das populações deve-se prestar mais atenção às ligações entre saúde e a melhoria do meio físico e social.

Diante dessa discussão, é importante ressaltar qual o conceito dado ao espaço nos estudos e nas práticas de saúde. Em estudos epidemiológicos “o espaço é compreendido separado do tempo e das pessoas, como o lugar geográfico que predispõe a ocorrência das doenças” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 596), ou seja, como apenas mais uma variável. Entretanto, segundo as autoras, “o espaço constitui-se e distingue-se dos corpos no momento da vivência concreta dos fenômenos através de uma interface que se configura no decorrer da própria existência” (CZERESNIA;

²<http://www.mma.gov.br/sitio/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=575&idMenu=9065>

RIBEIRO, 2000, p. 596). Desta maneira, torna-se desejável que a epidemiologia considere o espaço em que ocorre o processo do adoecimento em sua interface com o corpo. Essa visão atual e multidisciplinar do conceito de espaço pode ampliar a compreensão da interação entre os seres humanos e os demais organismos presentes no meio em que vivem, a qualidade dessa relação e seus impactos para a saúde ecossistêmica.

De acordo com Silva (1997, p. 586), “a utilização do espaço como categoria de análise para a compreensão da ocorrência e distribuição das doenças nas coletividades é anterior ao surgimento da epidemiologia como disciplina científica”. Este autor ainda pontua que a epidemiologia descritiva clássica percebe o espaço como um conjunto de determinantes, geralmente de natureza biológica ou natural. Mas atualmente, com o aumento de neoplasias, a poluição ambiental e outros fatores físicos têm se tornado progressivamente foco de maior atenção.

O autor afirma que Pavlovsky, em sua teoria da nidalidade natural das doenças transmissíveis (ou teoria dos focos naturais das doenças transmissíveis) desenvolvida em 1930, realizou possivelmente a primeira apreciação teórica do conceito de espaço aplicada à epidemiologia. Esta teoria demonstra marcado cunho ecológico e seu grande mérito está relacionado ao estabelecimento do conceito de patobiocenose onde o espaço era o cenário no qual circulava o agente infeccioso. Trabalhando com a aparência visível do espaço, a paisagem, Pavlovsky deixa implícito em sua teoria que há um conjunto de relações no interior da paisagem, que são responsáveis pela ocorrência da doença (PAVLOVSKY, s.d., a e b). Silva (1997, p. 586) ainda pontua que:

A modificação do espaço determinava alterações na patobiocenose, alterando a circulação do agente infeccioso. Ainda que a que a teoria dos focos naturais de Pavlovsky seja por demais restrita para as necessidades atuais da epidemiologia, o modelo do foco natural e da sua transformação pela ação humana com consequente alteração da epidemiologia de uma doença é fundamental para a análise do espaço enquanto categoria da epidemiologia. O espaço em sua conceituação clássica em epidemiologia é apenas o substrato que exerce sua influência através de fenômenos naturais como o clima.

Como os espaços intocados se tornaram

cada vez mais escassos com a crescente urbanização, após a Segunda Guerra Mundial, a teoria de Pavlovsky foi colocada de lado. Esta teoria daria conta apenas das fases iniciais de transformação dos focos naturais. Uma vez que o meio já não era “natural” caberia recorrer à compreensão do comportamento humano. Tal cenário se caracteriza pelo salto teórico da ecologia para a sociologia. As produções teóricas realizadas neste contexto colocam em segundo plano a análise de transformações sofridas pelo espaço mesmo quando estas se mostram óbvias, como por exemplo, a relação da construção de hidrelétricas e a disseminação de doenças tais como a esquistossomose.

No âmbito da discussão acerca de doenças determinadas e geradas pela sociedade, como determinadas doenças mentais ou do trabalho, a análise do espaço não ocupa papel tão central quanto no caso de doenças ligadas ao meio. Mas quando se busca compreender a epidemiologia destas, como por exemplo, as zoonoses ou a maioria das doenças infecciosas, principalmente as transmitidas por vetor, o espaço deve necessariamente ser considerado como categoria de análise para que não sejam desconsiderados processos importantes (SILVA, 1997).

Para Czeresnia e Ribeiro (2000) o núcleo epistemológico que orienta a percepção do espaço, do ponto de vista epidemiológico é a teoria da doença. Assim torna-se necessário que a explicação epidemiológica busque expressar de alguma forma o espaço em que ocorre o processo do adoecimento, ou seja, a interface entre corpo e espaço. Entretanto essa configuração, tanto no contexto da abordagem das doenças transmissíveis, quanto no contexto das doenças não transmissíveis, realizada através da utilização do conceito de risco são limitadas.

Ampliando a discussão sobre o conceito de espaço as autoras afirmam que o reconhecimento da importância de valores como subjetividade, autonomia foram incorporadas no contexto das transformações do discurso científico. Tais transformações trouxeram novos elementos para pensar a relação entre espaço e doença. “Os elementos simbólicos contribuem de modo significativo para a configuração territorial e, certamente para o processo de adoecer, individual e coletivo” (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 604). Apesar da complexidade das teorias acerca do conceito de espaço em epidemiologia cabe ressaltar que o que importa

não são os métodos ou sistemas de pensamento definidos, mas a capacidade de resolver problemas concretos.

De acordo com a reflexão das questões abordadas neste estudo, torna-se necessário discutir sobre as temáticas de saúde e ambiente de uma forma mais ampliada e global, principalmente no âmbito do enfoque ecossistêmico de saúde, que traz à tona questões profundas e complexas da relação entre a saúde humana e ecossistêmica.

Baseada em uma abordagem qualitativa de pesquisa este trabalho se orienta teoricamente sob o enfoque crítico-participativo com visão histórico-estrutural que, baseando-se na dialética da realidade, busca conhecer a realidade para transformá-la. Esta linha de pesquisa se apresenta como uma alternativa metodológica frente ao positivismo quantitativista (TRIVIÑOS, 2009).

Este autor ainda sinaliza que diferentemente das pesquisas de natureza positivista e fenomenológica, o enfoque histórico-estrutural, através da utilização do método dialético, considera o contexto social do fenômeno em estudo, privilegiando a prática e a função transformadora do conhecimento adquirido da realidade que se procura desvendar.

Neste sentido, adota-se neste estudo a base teórica dialética com enfoque histórico-estrutural, pois este se encontra de acordo com a realidade social da pesquisa em saúde e ambiente ao favorecer o alcance da dinâmica complexa dos significados atribuídos aos problemas em questão, suas relações, qualidades e contradições, além de possibilitar uma transformação da realidade de interesse. Triviños (2009) ainda pontua que a pesquisa de caráter histórico-estrutural busca, além da compreensão dos significados, suas raízes numa perspectiva ampliada do sujeito como ser social e histórico.

O objetivo geral deste trabalho é identificar e compreender as percepções, ideias e imagens de alguns profissionais da saúde pública acerca da articulação entre saúde e ambiente e a sua relação com o surgimento de zoonoses.

Buscou-se especificamente identificar quais são os discursos formulados por estes profissionais para a descrição de entre impacto ambiental e zoonoses e verificar a utilização da temática saúde e ambiente nas práticas dos profissionais da área da saúde pública. Além disso, objetivou-se de maneira específica também verificar a finalidade do binômio saúde

e ambiente na prática profissional.

A presente pesquisa foi desenvolvida no contexto da abordagem qualitativa, iniciando-se com a análise das informações obtidas dos profissionais ACS, enfermeiros e médicos de três UBS da regional de saúde Oeste. Estas unidades foram selecionadas conforme orientação da Gerente Regional de Saúde. A técnica de análise das informações utilizada foi a análise de conteúdo, desenvolvida na perspectiva da representação social.

No âmbito de uma visão ampliada de saúde torna-se desejável que os profissionais dessa área de conhecimento apresentem um maior envolvimento na discussão acerca da temática saúde e ambiente. Tal discussão justifica o desenvolvimento deste trabalho. No relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2002), no Eixo temático III, diretriz 23, evidencia-se que o desenvolvimento de políticas intersectoriais deve estar voltado para a garantia da promoção da saúde e a qualidade de vida envolvendo prioritariamente setores e instituições como saúde, educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, cultura, esportes, transporte, Ministério Público, justiça, segurança, assistência social, dentre outras, para o desenvolvimento das seguintes ações integradas (BRASIL, 2003, p. 51):

- I. no controle dos processos produtivos e dos produtos, das condições de trabalho e dos serviços prestados pelo poder público e pelo setor privado;
- II. na qualidade ambiental nos centros urbanos, na área rural, nas áreas indígenas e de florestas;
- III. na efetividade das ações de fiscalização e de vigilância em saúde ambiental, sanitária, do trabalhador e epidemiológica;
- IV. na eficiência, segurança e acessibilidade do transporte coletivo.

Dessa forma, pensar a relação entre ambiente e saúde deve ser uma prática presente nas discussões acerca da qualidade da saúde de uma população e essa relação com a preservação ambiental, coordenada principalmente, na área da saúde, por seus profissionais já que são eles que lidam diretamente com essa realidade.

Serão abordados, inicialmente, aspectos da saúde e sua interface com o ambiente, no segundo capítulo. Posteriormente serão enfatizadas as perspectivas do Enfoque Ecossistêmico de Saúde no terceiro capítulo. A seguir, o lugar das zoonoses no contexto dos

profissionais de saúde será discutido no quarto capítulo. Será discutido o estudo da representação social possibilidade de esclarecimentos de fenômenos coletivos no quinto capítulo e os aspectos metodológicos deste estudo serão apresentados no sexto capítulo. Finalmente, no sétimo capítulo será analisado como alguns profissionais da ESF percebem a relação saúde e ambiente, e como associam o impacto ambiental e o surgimento de zoonoses, no seu cotidiano e prática profissional.

2 – A SAÚDE E SUA INTERFACE COM O AMBIENTE

As questões de saúde são mais comumente discutidas, ao longo da história, na perspectiva de doenças ou condições negativas de saúde que acometem certo grupo de pessoas. O foco destas discussões ou mesmo de programas públicos de saúde é, principalmente, voltado para a erradicação ou controle de enfermidades. O objetivo da saúde, ainda é a ausência de doença. Isso se deve, possivelmente, ao fato da mesma ser fonte de dor, sofrimento e desconforto. Esta situação pode estar relacionada, também, à forma como percebemos a nossa saúde, ou doença, desde tempos muito antigos. Assim, a relação entre ambiente e doença tem um antigo referencial teórico.

Existem, desde tempos muito remotos, inúmeras tentativas de explicar ou interpretar a doença. Na dificuldade do homem primitivo em estabelecer relações de causa e efeito, dependente do grau de conhecimento produzido e do domínio tecnológico, com relação à origem da doença, as primeiras tentativas de interpretação estão associadas ao sobrenatural, ao mágico. Os primeiros “médicos” eram pessoas que recorriam à rituais de magia, exorcismo, com o intuito de expulsar os “maus espíritos” causadores do mal físico. As curas obtidas com estas práticas possivelmente estão associadas ao psicossomatismo. Posteriormente a interpretação da doença passou a ser associada a uma punição, por parte das entidades espirituais, a comportamentos que desagradavam aos mesmos, ou à ordem social – o castigo divino (LOYOLA CONTRERAS, 2000).

Hipócrates de Cós, no século V a.C., afirmava que as doenças estavam ligadas a

causas naturais, estabelecendo uma relação de causa e efeito, embora a interpretação da saúde ainda tivesse um suporte religioso. Hipócrates dizia que as doenças resultavam do desequilíbrio dos chamados humores do corpo, quais sejam, sangue, linfa, bile amarela e bile negra (SCLIAR, 2002 a). De acordo com Capra (2006), no âmago da medicina hipocrática se encontra a convicção de que as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas são fenômenos naturais que podem ser estudados cientificamente e influenciados por procedimentos terapêuticos e pela judiciosa conduta individual.

Em meados do século XVII, torna-se hegemônica a teoria miasmática que preconizava a idéia de que as doenças eram originadas de emanções resultantes do acúmulo de detritos, entretanto a medicina grega também apresentava conceitos e práticas ligadas a miasmas e humores que influenciaram a cultura medieval. Essa doutrina foi aceita largamente pela ciência no século XVIII até meados do século XIX. A idéia de miasmas surge dentro de uma medicina racionalista, que busca construir sistemas lógicos explicativos, através da observação e representa uma das primeiras tentativas de interpretação não sobrenatural da doença. Esta teoria deu importantes contribuições no desenvolvimento do conhecimento do processo saúde/doença (LOYOLA CONTRERAS, 2000).

No período Renascentista constrói-se um olhar científico que busca dados na realidade, medindo e manipulando seu objeto de estudo, na busca de compreendê-lo e caracterizá-lo. O objeto passa a conter a resposta do que ele é. Para Soares de Oliveira (2002) na visão iluminista a natureza passa a ser percebida como algo palpável e o mundo começa a ser compreendido a partir do concreto, do real. Este movimento filosófico apaga os traços religiosos medievais do período renascentista.

Com o surgimento da sociedade capitalista mercantil as relações sociais foram se intensificando e se moldando ao mercado. Neste cenário, durante a sua interação com o meio o homem desenvolve a prática do trabalho. Através deste ele é capaz de transformar os objetos e os seres e assim re-constrói e transforma a natureza, a partir da sua idealização do ambiente.

Para Soares de Oliveira (2002) no processo de apropriação e modificação dos recursos naturais, através do trabalho, ocorre a socialização da natureza. O processo social de

produção capitalista coloca a natureza em um lugar diferente ao ocupado pelo homem, exterior a ele, e permite um novo tipo de relação entre o homem e natureza onde a mesma é vista como um recurso, um fator de produção, e não como meio de sobrevivência que deve ser cuidado e preservado. A autora afirma que existe um antagonismo na relação capital x trabalho, onde o capital nutre-se da exploração do trabalho do homem.

Como é o homem que realiza este trabalho capitalizado, ao entrar em contradição com o capital, ele entra em contradição com a própria natureza. Tal contradição se relaciona à dicotomia entre sociedade e natureza gerada pela alienação do trabalho e da própria natureza. Essa alienação é ampliada pela taxa de exploração do trabalho e da natureza. Assim, (SOARES DE OLIVEIRA, 2002, p. 4) pontua que “a perda da identidade orgânica do homem com a natureza, se dá a partir do capital, que gera a contradição e que, essa contradição, gera a perda da identificação do homem com a natureza e, consequentemente a degradação ambiental”.

A dinâmica histórica dessa sociedade chega ao século XIX, sob a égide da Revolução Industrial. Como consequência da mesma, as cidades crescem e as condições de vida se tornam cada vez piores. Segundo Barreto (1994), grande parte da população dessas cidades vivia em ambientes extremamente insalubres e o que o Estado tornava-se cada vez mais forte e influente na forma de viver das pessoas. Movimentos sociais buscavam solução para as crises e, nesse contexto, os estudos sobre as condições de saúde se intensificaram. Destes estudos surgem diferentes correntes de conhecimento cuja agregação dá origem à nova disciplina: a Epidemiologia.

De acordo com Loyola Contreras (2000), com os descobrimentos microbiológicos, na segunda metade do século XIX, novos fatos permitem uma última interpretação unicausal da doença. Barreto (1994), ainda pontua que, todo o conhecimento epidemiológico até então acumulado sobre os fatores de ocorrência das doenças e sua determinação social, sofreu um grande retrocesso. Ocorre uma reconceituação da causalidade, o parasito se torna a causa definitiva da doença. O conceito da multicausalidade (fatores sociais) dá lugar novamente à unicausalidade – para cada doença um agente específico – observada nas doutrinas anteriores.

Este conceito se mostra insuficiente para explicar o enorme dinamismo e complexidade do binômio saúde/doença e dá lugar à Teoria Ecológica Multicausal onde uma doença não pode ser concebida separadamente do ecossistema no qual interatuam os fatores que possibilitam que ela apareça. Esses fatores são agrupados em três classes: hospedeiro, agente, ambiente (LOYOLA CONTRERAS, 2000).

A partir dos anos 60 ou 70 são formuladas importantes objeções às limitações a que tem estado sujeita a epidemiologia, devido ao predomínio da ideologia positivista na qual predomina a visão biológico-físico-química analítica da doença. Como a medicina não conseguiu resolver importantes problemas de saúde dos países capitalistas, iniciou-se uma procura extra-biológica da doença, no domínio da Sociologia, da História, da Economia, da Psicologia (LOYOLA CONTRERAS, 2000). Torna-se importante reconhecer o caráter coletivo e, portanto social da doença que é, para esta teoria, resultado de uma transformação das relações entre hospedeiro, agente e ambiente, devida aos processos sociais e intimamente vinculada aos modos de produção.

2.1 – Aspectos sobre a saúde

Reflexões acerca do conceito de saúde vêm se desenvolvendo há vários anos, em diferentes disciplinas, principalmente, da área da saúde. Segundo Coura (1992) a saúde tem sido conceituada ao longo dos anos de várias maneiras, desde a concepção simplista de seu antônimo, ou seja, “ausência de doença”, até concepções mais abrangentes, como a adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981), que a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. O mesmo autor analisa que o conceito simplista de saúde é exclusivamente organicista e ignora os aspectos sociais e ecológicos, fundamentalmente importantes para um bem-estar físico, mental e social. Por outro lado, pontua que a concepção da OMS não representa uma conquista doutrinária exequível e exata. Seria um exagero considerar, por exemplo, que uma pessoa viajando em um ônibus apertado no calor dos trópicos não estaria dentro dos preceitos preconizados por essa

concepção, e, portanto estaria doente.

Perkins (1938) define saúde como um estado de relativo equilíbrio da forma e função do corpo que resulta do seu ajustamento dinâmico bem-sucedido com as forças que tendem a alterá-la. Não é um intercâmbio passivo entre a substância do corpo e as forças que o impelem, mas uma resposta ativa trabalhando para o seu ajustamento. Por outro lado, René Dubos (1968) diz que o homem é mais um produto do seu meio do que de sua herança genética, reforçando que a saúde dos seres humanos não está determinada por suas raças, e sim pelas condições sob as quais vivem. (COURA, 1992)

Este autor considera que embora a definição de saúde de Perkins (1938) seja bem mais realista do que a formulada pela OMS, por considerar o componente adaptativo, ela não considera os aspectos psicossociais, enquanto a conceituação de Dubos (1968), bem mais abrangente, nega exageradamente o componente genético, tomando-se inaceitável do ponto de vista científico.

Ainda de acordo com Coura (1992), seria desejável associar a visão de adaptação relativa à definição de Perkins (1938) com a de *modus vivendi* de Dubos (1968) e a de integração da OMS para alcançar uma definição mais ampla e real de saúde. Assim, em sua concepção a saúde seria conceituada através da adaptação do homem ao seu meio, com a preservação da sua integridade física, funcional, mental e social. Dessa forma, além de serem incorporadas as noções fundamentais de "adaptação" e de "preservação", tem-se a substituição do subjetivo "bem-estar", da OMS, por "integridade" (COURA, 1992).

Segundo Medronho *et al.* (2006) a Constituição Brasileira reconhece a saúde não como uma simples resultante do ato de "estar ou não doente" mas sim a resposta complexa às condições gerais de vida a que diferentes populações são expostas.

Sem querer esgotar o assunto, é importante ressaltar a complexidade dessa discussão, em busca de uma definição mais concreta para o conceito de saúde. De acordo com Almeida Filho (2000, p. 17):

no presente momento, é preciso avançar para um tratamento epistemológico e teórico deste intrigante ponto cego, objeto-modelo potencial para uma nova definição da Saúde em sociedades concretas,

buscando produzir reflexões e indicações conceituais e metodológicas capazes de enriquecer a pesquisa e a prática no campo da Saúde Coletiva.

Medronho *et al.* (2006) afirmam que os subsídios para a tomada de decisões e para o planejamento das ações de saúde e bem-estar, assim como a avaliação do impacto das mesmas, têm sido limitadas devido à insuficiência de documentação do impacto das importantes mudanças econômicas que vêm acontecendo internacionalmente.

O mesmo autor afirma que, dessa maneira, faz-se necessário, para abordar o estudo da situação de vida e saúde em grupos populacionais, um modelo conceitual integrador de condições e qualidade de vida, problemas de saúde e respostas sociais. Contudo, o conceito de qualidade de vida é muito abrangente, pois considera que cada indivíduo, família, comunidade ou grupo populacional, em cada momento da sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos levando em consideração idade, sexo entre outros.

O documento "Formulando estratégias para a saúde de todos no ano 2000" (OMS, 1981) estabelece que somente a elevação da qualidade de vida e a diminuição da pobreza extrema e das desigualdades sociais permitiriam alcançar as metas propostas em sua conceituação de saúde (COURA, 1992).

Em geral, definições de saúde de plantas, animais, pessoas, comunidades e ecossistemas envolvem alguma noção de equilíbrio e harmonia, além da capacidade de resposta e adaptação a um ambiente de mudança. A saúde está diretamente relacionada ao cumprimento de metas desejáveis e a doença seria apenas uma restrição na realização destes objetivos. A conquista da saúde é uma atividade social dentro das limitações biofísicas, mais do que uma atividade biomédica dentro das restrições sociais (WALTNER-TOEWS, 2001).

Isso significa dizer que a saúde está mais relacionada ao comportamento das pessoas em suas práticas sociais do que aos serviços e insumos de saúde oferecidos pela prática biomédica.

Entretanto, os profissionais que detêm as competências necessárias para prevenir e tratar doenças são mal preparados para promover a saúde. Desta maneira, programas de controle e prevenção de doenças podem criar problemas de saúde (WALTNER-TOEWS, 2001).

2.2 - Saúde e ambiente

A temática saúde e ambiente vem sendo amplamente discutida através de disciplinas tanto da área da saúde quanto das ciências ambientais. Nos últimos anos existe um maior número de estudos relacionando estes temas (PALÁCIOS *et al.*, 2004).

Entretanto, “a existência de relações entre a saúde das populações humanas e ambiente já está presente nos primórdios da civilização humana, através dos escritos hipocráticos” (PIGNATTI, 2004, p. 133).

O pensamento hegemônico de que todos os recursos naturais seriam infinitos e renováveis fez com que as sociedades, após a exploração dos mesmos, abandonassem esse *habitat*. “Esse processo afetou profundamente a qualidade do ambiente e de vida das suas populações” (AUGUSTO, 2003, p. 178).

Por várias décadas, após a Segunda Guerra Mundial, várias partes do mundo uniram esforços para erradicar doenças através da aplicação de ciências biomédicas e promoção da saúde através de programas públicos, fomentando equidade social e econômica. Estas ações pareciam surgir efeito, mas, nos últimos anos do século XX os esforços para promoção da saúde foram largamente abandonados em favor do aumento da atividade econômica, ao custo de um aumento rápido das disparidades de renda dentro e entre os países. Isto ocorreu em um contexto de mudança ambiental global, a uma velocidade e escala sem precedentes na história humana recente (WALTNER-TOEWS, 2001).

De acordo com Sabroza e Waltner-Toews (2001) o estabelecimento de uma nova ordem mundial, com a integração de economias de diversos países e o subsequente aumento da circulação de pessoas e mercadorias, tem levado a uma perda da unidade dos modos de vida tradicionais e degradação ambiental.

Diante deste cenário, o adoecimento da população humana e a destruição dos meios de sobrevivência ambientais desta e das demais espécies, tem se tornado um fato cada vez mais contundente. Frente às importantes alterações causadas no ambiente pela imposição de uma sociedade de consumo, com consequentes impactos na saúde humana, as questões de saúde continuam ainda, na maioria das vezes, sendo observadas, pelas políticas públicas, com um

olhar extremamente biologicista.

Segundo Forget e Lebel (2001) no século vinte houve um considerável progresso no desenvolvimento de modelos para ilustrar e conceituar as relações entre o ambiente e a saúde humana. A modelagem da saúde humana baseada na relação humana com o ambiente foi inicialmente desenvolvida pela experiência do mundo biomédico e a luta para controlar doenças infecciosas. Apesar de oferecer abordagens reducionistas, este enfoque, dominado pelo clássico modelo biomédico de saúde permitiu que pesquisadores dessem passos importantes na direção da compreensão das causas das doenças que afetam seres humanos. Temos agora uma compreensão muito maior dos mecanismos basais das doenças e podemos observar que houve progressos espetaculares na medicina clínica.

Contudo, torna-se importante ressaltar que a saúde de uma população depende intimamente da complexa relação que esta estabelece com o seu meio. Forget e Lebel (2001), citando Nielsen (1998), apontam que o mundo está sujeito à influência de muitos fatores complexos que minam a saúde de todos os seres vivos, e esta questão não pode ser resolvida exclusivamente através do enfoque médico reducionista, a despeito de toda sua sofisticação. Dessa maneira, a relação existente entre a saúde e ambiente, em toda sua amplitude, deve ser objeto de atenção, principalmente no desenvolvimento de políticas de saúde.

Entretanto, segundo Minayo *et al.* (2006), embora seja óbvia a relação desses dois termos na prática concreta e empírica, ela não é um dado. Portanto, torna-se necessária uma maior reflexão acerca dessa relação.

Desde 1972, data da primeira conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre meio ambiente, as questões ambientais foram consideradas objeto de preocupação e intervenção dos estados e de certa articulação internacional. A partir de então, vem se desenvolvendo um processo de tomada de consciência gradual e global sobre o fato de que o uso predatório do planeta e de seus recursos pode inviabilizar a vida no mesmo. Neste processo, as questões relacionadas com a pobreza frente ao uso racional dos recursos naturais, do desenvolvimento de novas tecnologias não poluentes e poupadoras desses recursos, ganham destaque. Destacam-se também as disparidades entre países centrais e periféricos

(BRASIL, 2002).

Com a Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente, consolidaram-se alguns pontos importantes já apontados em 1972, nos princípios expressos na Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, como:

- a) o da sobrevivência do planeta que se trata. Assim sendo, todos os países são atingidos indistintamente. A responsabilidade de proteger o planeta para as gerações futuras é, portanto, de todos, guardando o respeito à equidade como princípio de justiça fundamental na distribuição dos ônus da mudança de rumo do desenvolvimento em direção à proteção ambiental;
- b) os seres humanos ocupam o centro das preocupações – o que coloca a saúde humana no centro das preocupações articulada ao meio ambiente e ao desenvolvimento;
- c) o desenvolvimento sustentável almeja garantir o direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza' para as gerações presentes e futuras (BRASIL, 2002, p. 9).

Fica assegurada a autonomia dos estados, no âmbito da liberdade e responsabilidade na promoção do desenvolvimento econômico, de maneira que responda equitativamente às necessidades de desenvolvimento humano e ambientais, introduzindo-se assim, a associação entre o desenvolvimento, a proteção do ambiente, a preservação da saúde e a promoção do bem-estar humano de forma sustentável ao longo de gerações (BRASIL, 2002).

A partir da Conferência Rio-92, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) iniciou os preparativos para a conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, com o objetivo de elaborar um plano regional de ação no contexto do desenvolvimento sustentável, articulando os planos nacionais a serem elaborados pelos diversos países e apresentados na Conferência realizada em outubro de 1995 (BRASIL, 2002).

2.3 – Saúde e ambiente no contexto das Ciências da Saúde

De acordo com Augusto (2003), nos

últimos 20 anos a denominada Saúde Ambiental, de caráter multidisciplinar, vem se desenvolvendo no campo das Ciências da Saúde. No setor da Saúde, até pouco tempo atrás, a dimensão de ambiente era compreendida pelo homem como externa à ele. Mais recentemente, o tema vem ganhando relevância no SUS que incorporou a Vigilância Ambiental ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (SNVA). A partir do ano 2000 o Ministério da Saúde cria a denominada Vigilância Ambiental. Atualmente, encontra-se constituído o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.

As questões ambientais relacionadas à saúde foram durante muitos anos do século passado uma preocupação quase que exclusiva de instituições voltadas para o saneamento básico no Brasil (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Entretanto, ainda hoje, é possível perceber que muitas as ações de Saúde Ambiental no âmbito governamental têm sido desenvolvidas na perspectiva higienista, voltadas principalmente para as ações de saneamento básico.

Segundo os mesmos autores, a idéia de ambiente, como elemento importante para o campo da saúde pode ser considerada antiga, porém “sua caracterização em termos técnicos científicos tem sido considerada suficientemente vaga e imprecisa para admitir variadas formas e concepções na elaboração da sua (do ambiente) possível relação com a saúde propriamente dita” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 48). Este ambiente tem sido percebido como meio externo ou o cenário onde os processos de doença se desenrolam.

Para estes autores a epidemiologia teve papel decisivo na elaboração de questões que abriram espaço para a incorporação da relação saúde e ambiente no campo da Saúde Coletiva. Entretanto, em um primeiro momento, ainda prevalecia a idéia de ambiente como externalidade ao sujeito. “Algumas concepções de ambiente ficaram fora do foco central de preocupações de uma Saúde Coletiva emergente, como, por exemplo, aquela que o compreendia no âmbito de um espaço definido geograficamente” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 49), recuperada mais tarde por trabalhos recentes.

“A dimensão ecológica desta abordagem é a que tem sido menos desenvolvida, atualmente entre nós, ainda que alguns esforços tenham sido

feitos nesse sentido, especialmente naquelas áreas que têm como objeto as doenças parasitárias” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 49).

Subsistiu, em um primeiro momento, à margem da Saúde Coletiva, uma concepção de saúde ambiental no formato de modelos epidemiológicos tradicionais. Essa talvez tenha sido uma possibilidade para a área da Saúde Ambiental se desenvolver cientificamente, sem considerar as questões da subjetividade e as explicações das Ciências Sociais que justifique seu afastamento e quase exclusão do âmbito da Saúde Coletiva, nesse período. A reincorporação de uma “nova Saúde Ambiental”, integrando o campo da Saúde Coletiva torna-se possível quando a Saúde do Trabalhador, estabelecida como disciplina deste campo, aponta e se declara parte de uma relação mais ampla que envolve a produção, o ambiente e a saúde. Desde então, a área da Saúde Ambiental tem fornecido um significativo aporte de conhecimentos e técnicas ao campo da Saúde Coletiva. Entretanto, no setor da saúde parece haver maior dificuldade para sua efetiva implantação e desenvolvimento (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

3 - ENFOQUE ECOSISTÊMICO DE SAÚDE

Num cenário mais abrangente de discussão sobre saúde e ambiente, uma visão mais ampliada em relação ao que está sendo produzido na área se apresenta na proposta do *enfoque ecossistêmico de saúde*.

Este enfoque apresenta-se como “umas das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microsociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes” (MINAYO *et al.*, 2006, p. 173). Trata-se de um modelo teórico-metodológico que vem sendo construído nos Estados Unidos e no Canadá e se configura como uma proposta de desconstrução do paradigma antropocêntrico e de dominação. Na busca de respostas a problemas concretos de qualidade de vida, reúne a reflexão de cientistas, sociedade civil e gestores públicos (MINAYO *et al.*, 2006).

Apesar da não aceitação da saúde como simples ausência de saúde na definição da OMS,

quase todos os esforços para melhorar a saúde humana no século passado têm sido destinados a livrar o mundo de várias doenças. De fato, a erradicação de doenças contagiosas é uma grande conquista da área, mas os programas de controle de doenças não têm sido muito efetivos nos últimos tempos. O surgimento de inúmeros organismos multi-resistentes e insetos vetores resistentes a pesticidas indicam resultados involuntários de terapias que utilizamos para controlá-los ou eliminá-los. Assim torna-se necessário encontrar soluções mais criativas para alcançar a saúde (WALTNER-TOEWS, 2001).

O autor ainda afirma que o sucesso de programas que se propõem a promover saúde em algumas dimensões, como por exemplo, através da reestruturação ambiental para melhoria do suprimento de alimento, energia e água, têm tido resultados negativos sobre a saúde, expandindo ou criando novos habitats para fauna e flora que causam doenças, e removendo fontes de renovação natural da terra. Programas de controle de doenças podem, por si, prejudicar a saúde, de pelo menos duas maneiras. Primeiramente, perturbando sistemas ecológicos que tornam a saúde possível, como no caso do uso da DDT para controle do vetor da Malária, mas que põe em perigo a integridade de interações entre insetos polinizadores, pássaros e a produção de alimento. Em segundo lugar, suplementação alimentar, vacinação e programas de tratamento com drogas baseados no modelo biomédico podem comprometer a capacidade das pessoas se adaptarem ao seu meio, com seus próprios recursos. Além disso, profissionais da assistência à saúde, que são bem preparados para diagnosticar e tratar doenças são, em geral, pobremente treinados para promover a saúde. De acordo com ele, os atuais esforços dos programas de controle de saúde e doença estão focados em encontrar determinantes individuais de doenças e as amplas condições sistêmicas têm sido ignoradas.

Problemas resolvidos individualmente originam problemas maiores nos níveis regional ou global. Assim, salvando crianças através de campanhas de vacinação, sem programas concomitantes de educação, nutrição, agricultura e sustentabilidade ambiental, compromete-se a saúde de todas as comunidades (WALTNER-TOEWS, 2001). Esse fato se deve ao não desenvolvimento de uma imunidade natural frente aos patógenos presentes no nosso meio.

Para este autor, de fato, a tensão entre

uma saúde populacional sustentável, que requer certa taxa de morte e reposição, e saúde individual para a qual morte é o último resultado negativo, não pode ser resolvida dentro do modelo biomédico atual. As atuais abordagens disciplinares ligadas à saúde, focadas em questões biomédicas e de comportamento pessoal, inibem pesquisas que abordem as reais causas, que refletem interações entre economia, política e ecossistema.

Waltner-Toews (2001) ainda afirma que os problemas de saúde não estão somente relacionados à falta de investimentos em saúde pública e infra-estrutura científica. Esta é muito importante, mas o não investimento no bem público, generalizado sob as condições da globalização, é um produto da falta de apreciação da natureza e complexidade destes problemas.

O desenvolvimento de sistemas e enfoques que buscam a compreensão de interações ecossistêmicas aponta uma alternativa à busca não somente de saúde, mas de preservação ambiental e qualidade de vida (WALTNER-TOEWS, 2001). Diante das discussões ampliadas acerca do conceito de saúde, os estudos devem estar direcionados para um pensamento em termos de sistemas complexos.

3.1 – Considerações sobre os enfoques ecológicos

Segundo Forget e Lebel (2001), nos últimos 30 anos vários enfoques ecológicos globais têm sido propostos, para fornecer uma melhor compreensão da complexa relação entre o cenário no qual a vida ocorre e o estado da saúde humana. Esses modelos globais, que têm tido uma forte influência na saúde pública, são baseados essencialmente em quatro amplos componentes que têm impacto na vida das comunidades e dos indivíduos. São eles, cenário biofísico (ambiente), fatores sociais (incluindo aspectos econômicos e estruturais), aspectos comportamentais dos indivíduos (estilo de vida) e sua bagagem genética (composição biológica). Existem consideráveis debates acerca da relevância destes componentes no âmbito da saúde pública. Esta linha de pensamento tem influenciado esforços, por parte das autoridades da saúde pública, para prevenir doenças e

promover saúde, em vez de focar apenas no tratamento.

Eles afirmam que enquanto uma visão mais holística da saúde pública vem se desenvolvendo, um processo paralelo foi ganhando dinâmica nas esferas da gestão de recursos naturais e meio ambiente. No Canadá, pesquisadores responsáveis pela gestão ambiental na região dos Grandes Lagos, ecossistema compartilhado pelo Canadá e Estados Unidos, propuseram um enfoque global de gerenciamento de bacias hidrográficas. O esquema permite que recursos sejam utilizados com propósitos econômicos, assegurando a integridade ambiental e sustentabilidade das bacias hidrográficas. Neste contexto surge o *enfoque ecossistêmico*.

Waltner-Toews (2001) descreve este enfoque como uma abordagem conceitual e de gestão desenvolvida e aplicada por ecologistas da International Joint Commission of the Great Lakes (IJC). Estes lagos representam 21% das reservas de água doce do mundo e são cercados com algumas das maiores cidades industriais da América do Norte. Após a Segunda Guerra Mundial, essa região foi submetida a um enorme crescimento industrial e de agricultura. Nesse período, os lagos e seu entorno recebiam resíduos industriais e humanos. A partir da década de 80, uma série de estudos apontou para uma significativa degradação ambiental desta área.

A IJC foi criada para gerir estes recursos aquáticos, atendendo a objetivos econômicos, sociais e de saúde, assegurando a sustentabilidade do ecossistema. Ela introduziu a noção de uma abordagem ecossistêmica de gestão dos recursos que integra conhecimento gerado para os elementos individuais que afetam todo o ecossistema dos Grandes Lagos e as necessidades e aspirações dos habitantes humanos da região (FORGET; LEBEL, 2001).

Os autores afirmam que o *enfoque ecossistêmico para a saúde humana* propõe a promoção da saúde coletiva através de um gerenciamento mais sensato do ecossistema, através de pesquisas participativas e transdisciplinares. Ele explora as relações entre vários componentes de um ecossistema para definir e avaliar os determinantes essenciais para a saúde humana e sustentabilidade do ecossistema. Esta abordagem coloca a gestão dos recursos do ecossistema sujeita a uma melhoria sustentável e equitativa da saúde humana, bem

como a saúde do próprio ecossistema. A abordagem ecossistêmica para a saúde humana depende de pesquisa participativa e interdisciplinar, que é sensível às necessidades dos diferentes grupos sociais e as suas aspirações. Além disso, na clássica abordagem de gestão de recursos, esse enfoque valoriza igualmente os três componentes básicos: ambiente, a economia e a comunidade. O ponto de intercessão entre estas três áreas representa a saúde do ecossistema.

Segundo Minayo (2002), esta abordagem tem alguns desafios metodológicos. Dentre eles encontra-se o posicionamento da saúde pública e individual dentro de um enfoque ecossistêmico e a inserção de um enfoque ecossistêmico dentro do pensamento e das práticas da saúde pública e individual.

Waltner-Toews (2001) pontua que existem boas evidências de que o enfoque ecossistêmico pode nos ajudar a alcançar uma visão global de saúde, entretanto:

Se nada mais, a abordagem ecossistêmica traz um profundo conhecimento de que nós não podemos “administrar” o planeta para a saúde, mas podemos olhar para as oportunidades de melhor se adaptar e sentir em casa - para ser saudável - em um mundo incerto e contraditório. Mesmo se as nossas esperanças estiverem perdidas, contudo, e o controle de doenças específicas e resultados de saúde que buscamos não forem alcançados, os requisitos fundamentais da abordagem do ecossistema para a comunicação aberta e democrática, da tolerância, negociação e consciência ecológica, certamente fizeram o esforço valer a pena. (WALTNER-TOEWS, 2001, p. 21).

4 - ZONOSSES NO CONTEXTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O caráter assistencialista do modelo biomédico de saúde vigente favorece uma visão limitada e compartimentalizada por parte dos profissionais e usuários dos serviços. Esse fato colabora com a percepção desintegrada de saúde e ambiente em sua forma mais complexa, que leva em conta as interações existentes entre todos os organismos e o seu meio de sobrevivência.

Assim, torna-se importante discutir a questão das doenças relacionadas à intervenção

humana no seu meio. As zoonoses são enfermidades que se apresentam de uma maneira intimamente relacionada ao meio na qual se insere uma população e à forma como ela interage com o mesmo.

Ávila-Pires (1989), afirma que desde a antiguidade o homem associou o surgimento de certas doenças e epidemias com a presença ou influência de animais que trariam o presságio de mau agouro. Ele pontua que:

Das dez pragas do Egito, anunciadas por Moisés (Isaías VII 18-19), cinco são animais: rãs, piolhos, moscas, pestes de animais e gafanhotos [...] Há mais de mil anos os povos do oriente relacionavam as epidemias de peste bubônica à presença de ratos e o relato bíblico da derrota dos israelitas pelos filisteus (I Samuel 5) constituiu a primeira referência segura desta doença (ÁVILA-PIRES, 1989, p. 83).

Este autor ainda afirma que, alguns helmintos já eram conhecidos no antigo Egito, mas seus ciclos complexos foram estudados no século XIX. O desconhecimento da taxonomia e biologia de vetores e reservatórios ocasionou atrasos na resolução de questões, por exemplo, como o fato de que a transmissão da peste se daria através da picada de pulgas de ratos. Esta dificuldade se deu porque Simond, em 1898, teve dificuldade de comprovar suas ideias já que não sabia distinguir, até então, entre as diversas espécies comuns de pulgas em ratos.

Somente a aceitação da teoria microbiana das infecções, que pôs fim à polêmica que dividia os adeptos do “contágio” e dos “miasmas”, esclareceu a natureza do “princípio viral”, abrindo caminho à investigação epidemiológica e ecológica das zoonoses (ÁVILA-PIRES, 1989).

De acordo com o Segundo Relatório da Organização Mundial da Saúde/ Food and Agriculture Organization Expert Group on Zoonoses (1958), Van Der Hoeden (1964, p. 1) pontua que “zoonoses são aquelas doenças e infecções que são naturalmente transmitidas entre animais vertebrados e homem”. Este conceito se mostra muito mais abrangente do que o significado etimológico da palavra, qual seja, “doença animal”. Desde os primórdios da história as doenças dos homens foram comparadas com as dos animais. Entretanto, não foi até a descoberta das propriedades da patogenicidade de bactérias e alguns outros organismos menores que as semelhanças entre as

várias doenças transmissíveis do homem e os animais foram devidamente avaliadas. Em consequência disto, muitas ligações epidemiológicas entre as doenças humanas e animais, até então desconhecidas, foram reveladas.

Segundo o mesmo autor, mesmo doenças de animais que não são transmissíveis ao homem podem ser prejudiciais a ele. Em certas regiões remotas do mundo, doenças epi e panzooticas podem atingir animais de caça a ponto de deixar a população local privada de alimentos de origem animal, o que pode trazer sérios problemas de deficiência protéica. Até o início do século passado poucas doenças humanas de origem animal haviam sido reconhecidas (raiva, antraz, varíola bovina, entre outras). Atualmente são conhecidas inúmeras zoonoses, sendo a maioria causada por bactérias, vírus e zooparasitas. Com a elucidação da patogênese e epidemiologia destas enfermidades tem se tornado evidente que os animais configuram um reservatório amplo de numerosas doenças humanas.

As zoonoses estão entre os mais frequentes riscos de saúde sob os quais a humanidade se defronta, principalmente nas regiões tropicais e subtropicais, onde vetores artrópodes desempenham um papel importante na transmissão destas doenças. Há muitas razões para acreditar que a maioria das doenças infecciosas e parasitárias da espécie humana tem origem nos animais. Os organismos patogênicos se adaptaram ao ambiente do corpo humano, quer como parasitas ou comensais, sendo essas associações eventualmente reversíveis (VAN DER HOEDEN, 1964).

Para Gonçalves (1995), diante da definição da OMS, as zoonoses não são aquelas doenças ligadas a produção animal, mas sobretudo as doenças de animais que entram no cenário da saúde pública. O conhecimento destas doenças é de fundamental importância, tanto para médicos como para os veterinários, no sentido de proporem normas técnicas, recomendações e programas, visando seu controle, nos meios rural e urbano.

Entretanto, para que ocorra o controle efetivo na transmissão de zoonoses devem-se levar em consideração as relações ecológicas que os seres humanos têm desenvolvido ao longo de sua existência. São exemplos de doenças relacionadas ao impacto ambiental através do desmatamento, por exemplo, a doença de

Chagas, a Leishmaniose e a Febre Amarela. A Leptospirose reflete principalmente a baixa qualidade de vida das pessoas acometendo populações residentes em áreas de risco, onde há falta de saneamento básico, precárias condições de habitação, presença de lixo e córregos assoreados.

A conscientização de que essa ação predatória traz problemas importantes à saúde humana e ecossistêmica deve estar clara na prática e no discurso do profissional da saúde. Dessa maneira, é possível que essa forma de pensar faça parte da realidade dos cidadãos que utilizam os serviços prestados por estes profissionais.

4.1 – Considerações sobre o controle de zoonoses em Belo Horizonte

O controle de endemias no Brasil sempre esteve a cargo da União sendo coordenado atualmente pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O trabalho é desenvolvido pelos Agentes de Combate às Endemias. Essa denominação foi criada pela Lei nº 9.490 de 14 de Janeiro de 2008. Até então esses profissionais eram denominados agentes de saúde, guardas de endemias e, em Belo Horizonte, Agentes de Controle de Zoonoses. Até 1998 o trabalho desenvolvido por estes trabalhadores cobria praticamente todos os Estados da Federação. Neste período, devido à falta de recursos em Minas Gerais, a Coordenação Regional de Saúde estabeleceu parcerias com municípios no intuito de ampliar as ações de controle, principalmente da esquistossomose (JARDIM *et al.*, 1998).

Funcionários contratados pelos municípios eram treinados e trabalhavam sob a supervisão da FUNASA. Neste contexto Belo Horizonte iniciou suas atividades no controle de endemias, visando o controle do *Aedes aegypti*, e posteriormente incorporou o controle de leishmaniose. Desta forma, o município ficou responsável pelas ações de controle cuja experiência pode ser observada como exemplo de descentralização do controle de endemias (JARDIM *et al.*, 1998).

De acordo com os mesmos autores a organização dos serviços de controle de zoonoses no município de Belo Horizonte apresentou o seguinte histórico:

- A primeira abordagem deste tema ocorreu no decreto n. 138, de 1º de abril de 1943 que aprova o regulamento dos serviços internos da Prefeitura. De acordo com este decreto o Departamento de Fiscalização de Limpeza, seção de zonas fiscais, tinha como responsabilidade fiscalizar a “observância das posturas municipais” e impor sanções legais aos infratores. A Inspetoria de Limpeza Pública era responsável pela apreensão de animais e a Inspetoria de Educação e Saúde tratava das questões de saúde pública, educação e assistência, de acordo com o mesmo decreto. Entretanto, antes de 1940 já eram registradas atividades de captura e apreensão de animais em vias públicas. Dentre os serviços compreendidos pela Inspetoria de Educação e Saúde o Serviço de Saúde compreendia:

- o Serviço Médico, que abrangia a assistência médica e hospitalar;
- o Serviço Veterinário Municipal, composto pela Inspeção Sanitária Animal (serviço sanitário do matadouro e dos mercados) e Defesa Sanitária Animal (profilaxia anti-rábica e assistência veterinária) (JARDIM *et al.*, 1998, p. 368-369).

- A Lei n. 209, de 1947, criava o Departamento de Saúde e Assistência cujas ações de saúde pública estavam relacionadas com a realização de pesquisas em saúde pública, estudo de incidência de doenças, realização de análises de água dos córregos e eleger prioridade quanto à limpeza destes córregos por parte do Departamento de Limpeza. Em 1948 torna-se legalizada a matrícula e vacinação de cães na cidade e em 1957 fica estabelecida a jornada de trabalho da função de enfermagem veterinária como tarefa da unidade de Medicina Veterinária Preventiva. Em 1967 o Departamento de Saúde e Assistência é transformado em Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. Em 1970 a Secretaria se torna organizada em três departamentos: Assistência, medicina Preventiva e Fiscalização Sanitária. Com relação ao

último departamento, a Seção de Polícia Sanitária participava de ações de saneamento básico e trabalhos de enfrentamento de endemias. Neste mesmo departamento o Setor de Tendal era responsável pela inspeção de matadouros e coordenação e execução da profilaxia da raiva no âmbito veterinário.

- Mediante tal falta de estrutura, em 1983, o decreto n. 4.537 dispõe sobre a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde criando três órgãos e cinco departamentos, dentre eles o Departamento de Controle de Zoonoses (DCZ). Este departamento, Segundo Jardim *et al.* (1998, p. 370) tinha as atribuições de: “executar as atividades necessárias ao controle físico, químico e biológico das zoonoses, executar o controle da população de murinos, artrópodes e outros vetores, executar programas de erradicação da raiva” dentre outras. No ano seguinte o Departamento de Controle de Zoonoses ficou composto, dentre outros, o Serviço de Controle de Vetores e Roedores, pelo Serviço de Laboratório de Zoonose e o Serviço de Profilaxia da Raiva. Em 1983 o DCZ assumiu totalmente a responsabilidade pelo programa de controle de raiva, executado até então pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Neste período o Laboratório de Zoonoses atendia a outros municípios do Estado, à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), à Secretaria de Estado de Agricultura e particulares. Todas essas alterações implicam diretamente na organização dos serviços de zoonoses dos municípios.

- A sanção da Lei n. 4.323/86 e do Decreto n. 5.616/87 marcam as atividades do controle de zoonoses, pois revisam as responsabilidades dos proprietários sobre seus animais. Com a Constituição 1988 e a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990 as decisões e discussões são direcionadas para o processo de municipalização e descentralização das ações de saúde. A descentralização das ações de controle

de zoonoses se concretizou com o remanejamento de profissionais do DCZ para os Distritos Sanitários. O DCZ perdeu sua posição transformando-se no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), com representação de serviços nos Distritos. A Lei n. 6.352 de 1993 normatizou essa nova proposta de organograma, assim a unidade física do CCZ tornou-se referência laboratorial e de suporte para captura e manejo de animais, atendendo à demanda dos Distritos Sanitários segundo diretrizes técnicas e administrativas da SES. Esta Lei também reconheceu o Serviço de Controle de Zoonoses, dentro do novo Departamento de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (DPCAS), que se trona responsável pelo planejamento técnico das ações e análise de dados produzidos pelos Distritos. Com o aparecimento de casos de leishmaniose visceral em Belo Horizonte e o agravamento da situação nacional com relação ao dengue, não é possível mais trabalhar com o atendimento de reclamações pontuais. Trona-se necessário o estabelecimento de um planejamento anual das ações com consequente apropriação das informações geradas no campo.

- O controle de endemias se torna objeto de discussões permanentes envolvendo todos os níveis. A realização e o planejamento dos serviços são revisados e adaptados à realidade do município. Os espaços urbanos adquirem importância diferenciada e os serviços começam a identificar as especificidades de cada microárea. A partir do conhecimento dos problemas e desafios específicos de cada área um grande avanço com relação ao controle de zoonoses é proporcionado. Entre 1995 e 1996 os serviços de controle de zoonoses foram descentralizados para as UBS.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2008 a) novos avanços relacionados às ações de vigilância, promoção e proteção à saúde foram obtidos com a descentralização das atividades de controle de zoonoses para as UBS. Esta nova configuração

demanda a integralidade das ações e a vinculação com a população adscrita favorece o cuidado com o meio ambiente diante das ações de prevenção de doenças transmitidas por vetores. Este cenário favorece uma maior vinculação das ações de controle de zoonoses com a assistência e as áreas da vigilância em saúde.

A interação dos serviços de controle de zoonoses com a ESF proporcionou a criação de processos de identificação de territórios e discussões sobre atribuições complementares entre os profissionais de campo. Essa configuração se estabelece no âmbito da organização da assistência e da consolidação do papel dos agentes de endemias como parte integrante da equipe das UBS, além de criar um vínculo destes profissionais com a unidade de atuação e a comunidade. A participação destes profissionais nas UBS de inserção possibilita o desenvolvimento de ações coletivas que visam à realização de práticas educativas em associação à execução de métodos para prevenção do controle de zoonoses prevalentes no município. Nos Distritos Sanitários a organização deste tipo de serviço é representada pelo gerente distrital de zoonoses, técnicos de nível superior (biólogos e veterinários) e coordenadores de zoonoses. As equipes de Agentes de Combate a Endemias I e II, antigamente denominados agentes de controle de zoonoses, são distribuídas nas áreas de abrangência nas UBS, de acordo com o zoneamento (BELO HORIZONTE, 2008 a).

De acordo com a Lei n. 9.490 de 14 de janeiro de 2008, art. 4º, que cria estes cargos, as atribuições dos ocupantes dos cargos de Agente de Combate a Endemias I são:

- I - atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde;
- II - discernimento e execução das atividades dos programas de controle de zoonoses;
- III - pesquisa e coleta de vetores causadores de infecções e infestações;
- IV - vistoria de imóveis e logradouros para eliminação de vetores causadores de infecções e infestações;
- V - remoção e/ou eliminação de recipientes com focos ou focos potenciais de vetores causadores de infecções e infestações;
- VI - manuseio e operação de equipamentos para aplicação de larvicidas e inseticidas;
- VII - aplicação de produtos químicos para controle e/ou combate de vetores causadores de infecções e infestações;
- VIII - execução de guarda, alimentação, captura, remoção, vacinação, coleta de sangue e eutanásia de animais;

IX - orientação aos cidadãos quanto à prevenção e tratamento de doenças transmitidas por vetores;

X - participação em reuniões, capacitações técnicas e eventos de mobilização social;

XI - participação em ações de desenvolvimento das políticas de promoção da qualidade de vida.

No art. 5º desta mesma lei observam-se as atribuições dos ocupantes dos cargos de Agente de Combate a Endemias II que são:

I - atividades de vigilância, de prevenção e controle de doenças e de promoção da saúde;

II - discernimento e execução das atividades dos programas de controle de zoonoses;

III - acompanhamento, monitoramento, capacitação e avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes de Agentes de Combate às Endemias I, organizando e distribuindo essas equipes em suas áreas de atuação respectivas;

IV - cooperação no implemento das atividades do Agente de Combate às Endemias I;

V - orientação aos cidadãos quanto à prevenção e ao tratamento de doenças transmitidas por vetores;

VI - participação em reuniões, capacitações técnicas e eventos de mobilização social;

VII - participação em ações de desenvolvimento das políticas de promoção da qualidade de vida.

5 – REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Com relação à representatividade do grupo na fala do indivíduo, Minayo (2007) sinaliza que a mesma ocorre porque os comportamentos, tanto individual quanto o social, seguem modelos interiorizados. Citando Lukács (1967) a autora afirma que a consciência coletiva é expressa nas consciências individuais, pois o pensamento do indivíduo se integra no conjunto da vida individual pela análise da função histórica das classes sociais. Afirma também que a compreensão do indivíduo como representativo deve considerar as variáveis das especificidades históricas e os determinantes das relações sociais.

5.1 – Dimensões teóricas da teoria das representações sociais

Para Herzlich (2005) e Minayo (2007) o conceito de “representação social” foi proposto primeiramente por Durkheim através da utilização do termo “representação coletiva”. Ambas pontuam que para este autor as representações sociais se configuram como uma realidade externa às consciências individuais e que se impõe sobre as mesmas.

Herzlich (2005) afirma que a proposição deste termo pelo autor se deu diante do desejo de enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social frente ao pensamento individual. Entretanto sinaliza que Moscovici, em 1961, com a publicação de sua obra sobre representação social da psicanálise na França ofereceu nova vida a essa noção, tentando articular o sujeito ativo e a estrutura social. Entretanto, essa reflexão se apoiava mais no sujeito ativo do que na própria estrutura social.

A autora afirma ainda que no caso da representação social da psicanálise o problema era observar como os sujeitos sociais construiriam uma nova realidade da vida psíquica, a sua e a dos outros. No entanto, sinaliza que a escolha da psicanálise como objeto de estudo introduz uma ambiguidade entre os mecanismos de funcionamento de uma representação e os da difusão de uma teoria científica. Fugindo dessa ambigüidade, a autora tem sua inspiração de estudos sobre representação social na linha de trabalhos antropológicos. Ela pontua que:

a predição de condutas individuais não é o objetivo dos estudos de representação, que me parece ser, sobretudo, evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas [...] o interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível do esclarecimento de fenômenos mais coletivos. Uma representação social permite em princípio compreender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores. Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas – tal o papel de orientação das representações; mas a explicitação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações (HERZLICH, 2005, p. 61).

De acordo com Jovchelovitch (2000) a teoria das representações sociais tem sido foco de crescente atenção ao longo das últimas décadas dentro da psicologia social e a pesquisa em torno dessa temática já se estruturou o suficiente para desenvolver um campo de discussão que lhe é próprio. Apesar de a realidade social instituir o sujeito individual, com relação à especificidade das representações sociais a autora afirma que:

...elas não podem ser simplesmente reduzidas à atividade representacional porque as representações sociais vão além dos trabalhos do psiquismo individual e emergem como um fenômeno que expressa à subjetividade do campo social e sua capacidade para construir saberes (JOVCHELOVITCH, 2000, p. 79).

Segundo a mesma autora, ao se abordar a questão das representações sociais a análise não deve estar centrada no sujeito ontológico, mas nos fenômenos produzidos pelas construções específicas do campo social. Entretanto, não se trata de descartar o sujeito individual porque a análise do indivíduo leva necessariamente a uma perspectiva individualista, mas ao contrário, a questão central é o reconhecimento de que a análise das representações sociais se dirige ao social como totalidade. Da mesma maneira que “o social é mais que um agregado de indivíduos, as representações sociais são mais do que um agregado de representações individuais” (JOVCHELOVITCH, 2000, p. 79).

Para Farr (2008) a teoria das representações sociais é uma forma sociológica de Psicologia Social cuja origem, européia, se deu com a publicação da obra intitulada “La Psychanalyse: Son image et son public” de Moscovici (1961) na França. Nesta obra estuda as representações da psicanálise com um enfoque claramente sociológico e realiza uma análise em nível cultural. Esta forma sociológica possui tradição de pesquisa européia, diferentemente da forma psicológica de Psicologia Social, com tradição de pesquisa norte americana. Com relação às origens da Psicologia Social moderna, Allport (1954), defensor da forma psicológica, escolhe Comte como seu fundador, estabelecendo uma ruptura com o passado desta ciência. Fez isso através da adoção de uma filosofia positivista da ciência, considerando seu

surgimento a partir do momento que se tornou uma ciência experimental, principalmente na América do Norte. De outro lado S. Moscovici enfatiza a continuidade entre passado e presente ao eleger Durkheim como fundador desta ciência. O autor afirma que existe uma clara continuidade entre o estudo de representações coletivas de Durkheim e o estudo mais moderno sobre representações sociais, de Moscovici.

Farr (2008) pontua que a maioria dos teóricos anteriores à Segunda Guerra Mundial distinguiu entre o nível individual e coletivo dos fenômenos devido a uma crença de que as leis que explicavam fenômenos coletivos eram diferentes das que os explicavam em nível individual. Entre eles, Durkheim (1898) considerava que representações coletivas não poderiam ser reduzidas a representações individuais. Interessado em estudar a sociedade se mostrou hostil à psicologia do indivíduo. Contrariamente, Le Bon (1895) ao contrastar a racionalidade do indivíduo com a irracionalidade das massas, tornou-se o responsável pela individualização da Psicologia Social, influenciando Allport e Freud, entre outros.

A antítese entre individual e coletivo foi solucionada por Moscovici (1961) e Mead (1934) que produziram uma síntese, na forma sociológica da Psicologia Social. Apoiado nos fundadores das ciências sociais na França Moscovici desenvolveu sua teoria. Entretanto, considera mais adequado estudar as representações sociais, em contexto moderno, do que representações coletivas, já que existem poucas representações verdadeiramente coletivas nos dias de hoje. Assim, estava modernizando a ciência social (FARR, 2008).

Com relação à característica “coletiva” referente à teoria de representação desenvolvida por Durkheim (1898), Guareschi (2008) afirma que ela está mais ligada à cultura e relacionada a um modelo de sociedade estático e tradicional. Foi desenvolvido em um tempo em que as mudanças sociais se processavam lentamente. Como as sociedades modernas são mais dinâmicas afirma que Moscovici preferiu o termo “social”.

Este autor sinaliza que a teoria das representações sociais de Moscovici se configura como uma importante crítica da natureza individualizante da maior parte das pesquisas em Psicologia Social na América do Norte. Seguindo esta linha de pensamento considera que o indivíduo tanto é uma agente de mudança na

sociedade, quanto um produto da mesma.

Em uma perspectiva mais conceitual, Goulart (1993, p. 477) define as representações sociais como “as opiniões, imagens e percepções dos atores sociais”. Do ponto de vista teórico, afirma que as representações sociais formam um sistema de valores, noções e práticas ligado a um conjunto de relações sociais e processos simbólicos que favorece a possibilidade de orientação dos sujeitos no mundo social e material, além de permitir a tomada de posição e comunicação entre os grupos, bem como a decodificação deste mundo e da história individual e coletiva do grupo.

Esse autor afirma também que o estudo das representações sociais deve levar em conta um contexto sempre em mudança, marcado pelo caráter contraditório das relações sociais, dentro do qual a representação social não deve ser buscada como única explicação correta de um fenômeno, mas como fator favorecedor da comunicação.

Nesta mesma perspectiva Minayo (2007, p. 219) afirma que “representações sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento.” São definidas como categorias de pensamento, sentimento e ação que além de expressarem a realidade, podem explicá-la, questioná-la ou justificá-la.

No âmbito da prática da pesquisa qualitativa Minayo (2007) pontua que a categoria da representação social é central no desenvolvimento de suas técnicas. Estas representações estão presentes nas falas, atitudes e condutas que se institucionalizam, devendo, portanto ser analisadas.

Constituindo a naturalização de modos de fazer, pensar e sentir habituais que se modificam a partir de estruturas e relações coletivas a autora sinaliza que as representações sociais não são necessariamente conscientes. Elas podem ser consideradas matérias-primas para uma análise do social por retratarem essa realidade, mas é importante ressaltar que elas não conformam a realidade, não devendo assim ser tomadas como “verdades científicas, reduzindo a análise de um processo ou fenômeno social à concepção que os atores sociais fazem dele” (MINAYO, 2007, p. 238).

Diante deste cenário de discussão Gomes e Mendonça (2002) sinalizam que o conceito de *habitus* de Bourdieu (1992, 1998)

representa uma tentativa, no campo das ciências sociais, de articular o pólo estrutural e subjetivo das representações sociais. A definição desse conceito se refere a um conhecimento adquirido e os autores pontuam que, de acordo com Bourdieu, a expressão *habitus* se diferencia da palavra “hábito” devido ao fato de envolver “capacidades criadoras, ativas e inventivas” (GOMES E MENDONÇA, 2002, p. 112). Nessa perspectiva o sujeito receberia a herança e a reinventaria para a constituição do *habitus*. Dessa forma o estudo das representações sociais passa pela reconstrução dos aspectos intersubjetivos que se desenvolve concomitantemente à “trajetória da produção e reprodução de um texto socialmente constituído e com determinada permanência e pertinência – lugar da negociação e da co-presença de autores/atores” (GOMES E MENDONÇA, 2002, p. 112).

5.2 – Aspectos sobre os limites da representação social

Melo (2002), a partir de uma análise de Foucault (1999), afirma que quando o estudo da representação se limita a buscar a ordem geral de semelhanças e diferenças não envolve todo o contexto no qual está inserido. Este contexto se refere ao espaço, sua organização, temporalidade e especificidades e ao desconsiderá-lo corre-se o risco de deixar de lado justamente aquilo que realmente importa ao estudo.

De acordo com Herzlich (2005) o principal limite da noção de representação social está presente na generalidade do nível de análise que essa noção constitui. Como, na maioria das vezes parte de material verbal, este fato coloca o problema da mediação da representação pela linguagem. Entretanto, sinaliza que a partir destes discursos específicos o pesquisador busca apreender a “lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas essas discussões, que é o nível das representações sociais” (HERZLICH, 2005, p. 65).

Na perspectiva de uma concepção pós-moderna das representações sociais Santos (2000) afirma que se torna necessária a instauração de um novo senso comum, como um conhecimento vulgar mais crítico. Afirma isso

principalmente para o caso das representações sociais institucionalizadas pela sociedade moderna e que tem ampla reprodução realizada por organizações formais dotadas de conhecimentos e práticas profissionalizados. Assim, a trivialização e vulgarização dos conhecimentos dominantes implicam uma fase de transição ideológica, questionando os poderes sociais que sacralizam estes conhecimentos.

Para este autor, essa nova abordagem embasada no estudo das escalas, das projeções e das simbolizações tem basicamente três virtualidades. Em primeiro lugar, é um modo de pensar e analisar as práticas institucionais independente das formas de autoconhecimento produzidas pelos quadros profissionais que as servem. Tal dependência tem sido um dos mais persistentes obstáculos epistemológicos à construção do pensamento sociológico. Fugindo deste obstáculo a sociedade moderna refugiou-se no estudo do impacto destas representações, processo que monopolizou o que de melhor se produziu na sociologia durante muitos anos (SANTOS, 2000).

Entretanto, este processo fez esquecer que entre os interesses e os impactos, se encontravam as coisas instituídas, com sua materialidade própria e formas de auto-organização. Assim, a atenção a esta materialidade seria a segunda virtualidade deste modo de pensar. Esta abordagem parte de pressuposto que os interesses grupais ou de classe fazem acontecer tudo, mas não explicam nada. Finalmente, a terceira virtualidade desta abordagem se encontra na combinação entre a análise estrutural e fenomenológica. Esta separação nos levou a “desacreditar dos indivíduos e do sentido que conferiam à sua vida e à vida dos outros” (SANTOS, 2000, p. 224).

No desenvolvimento do seu trabalho, Santos (2000) analisa quatro limites da representação social que impedem uma adequação ideal da mesma. Com relação ao primeiro limite, o autor considera que a relevância de um dado objeto de análise não reside no objeto em si, mas nos objetivos da análise. Entretanto a discussão acerca dos objetivos impede a concordância acerca dos objetos.

É negando a hierarquia da relevância dos objetivos que a ciência moderna estabelece, sociologicamente, a hierarquia da relevância dos objetos. Esta relevância distorcida é aceita pela criação de ilusões de correspondência com o que

se deseja analisar. Os processos utilizados para criar essa ilusão estão submetidos aos interesses do capitalismo e outras formas de dominação. A realidade é criada no sentido de maximizar a eficácia da regulação que o poder em questão propõe (SANTOS, 2000).

Estabelecida a relevância, o autor afirma que são utilizados processos que manipulam os graus e as proporções das relevâncias científicas. Desta forma, a ciência moderna tem trabalhado em benefício próprio, criando uma ilusão da realidade que passa a ser a realidade da realidade. Neste cenário, a perspectiva e os interesses dos estudos não têm sido outros que os dos próprios produtores do conhecimento.

O segundo limite, de acordo com este autor, se encontra sobre a determinação da identificação do quais fenômenos podem ser considerados relevantes. Deve-se considerar a qualidade e os pormenores da identificação de um dado fenômeno, como por exemplo, um comportamento social, referentes ao procedimento da resolução. Esta funciona nos níveis da metodologia e da teoria e ambas estão presentes na identificação científica dos objetos de análise científica. Entretanto, o grau de resolução dos métodos é mais elevado que o das teorias particularmente nas ciências sociais. Assim, as nossas capacidades de detecção científica, onde predominam os métodos, ocorrem em detrimento das nossas capacidades de reconhecimento, onde predominam as teorias. Ao não enfatizar o grau de resolução do reconhecimento como caminho mais adequado para identificar o que é relevante, a ciência pode estar comprometendo a legitimidade dessa identificação.

No terceiro limite considera a impossibilidade da duração da representação, ou seja, a necessidade de determinação de sua localização temporal. Como todos os objetos existem em espaços-tempos essa determinação se torna necessária. Na tentativa de neutralizar as diferenças de espaço-tempo do sujeito e do objeto a ciência moderna atua unificando-as. No âmbito da relevância, privilegiando-se a análise em pequena escala, a duração deixa de ser captada e pode-se exagerar na identificação das características observadas como meramente residuais, considerando como residuais características emergentes que vão numa direção diferente da adotada pela ciência dominante. Intervenções que atuam na determinação dos

graus de relevância simbolizam o lado destrutivo da investigação científica. Tal postura consiste na quebra com os conhecimentos anteriores.

Finalmente, o autor pontua que o último limite diz respeito à interpretação e à avaliação, que possibilitam a integração dos objetos de pesquisa em contextos mais amplos, cenários das transformações sociais. Dependem do conhecimento dos agentes em questão, das práticas do seu conhecimento e dos seus objetivos. A visão única, característica da ciência moderna leva a uma destruição criativa da mesma e evitando perturbações epistemológicas destrói conhecimentos alternativos que, epistemologicamente, representam os elos ausentes dos registros incompletos. Sem a consideração destas alternativas rejeitadas ou entidades inexistentes a avaliação e a interpretação se tornam pouco nítidas.

Na perspectiva de conhecimentos e práticas alternativas, Santos (2000) afirma que os limites da representação da ciência social convencional perdem o seu monopólio de representação. Para ultrapassar essas limitações torna-se necessário rever os limites da representação, indicado modos de superá-los.

Com relação à transposição dos limites da relevância torna-se necessário que aprendamos a traduzir entre as diferentes escalas, pois os limites de representação em uma determinada escala tornam-se mais visíveis quando comparados com a representação numa escala diferente. No que diz respeito ao rompimento dos limites da identificação torna-se necessário modificar a prioridade de um enfoque excessivo sobre aquilo que conhecemos bem para um enfoque sobre aquilo que sabemos menos, aumentando o nosso grau de exigência de resolução (SANTOS 2000).

Quanto à superação dos limites da representação da duração o autor propõe a intertemporalidade já que a realidade social possui diferentes cenários, todos eles em ação ao mesmo tempo, de forma não uniforme, em uma “convergência momentânea de diferentes projeções temporais” (SANTOS, 2000, p. 252).

Finalmente, quanto aos limites da interpretação e avaliação, pontua que se deve transcender alguns limites que visem a produção de processos que nos levem a um paradigma de “aplicação edificante de conhecimentos prudentes” capazes de transformar a nossa forma de observar e fazer ciência visualizando a busca das consequências. (SANTOS, 2000, p. 253)

6 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 – O campo das Ciências Sociais e a metodologia de pesquisa qualitativa

No intuito de investigar as percepções, ideias e imagens de profissionais das ESF de uma regional de Belo Horizonte com relação à temática em investigação, o presente estudo foi desenvolvido no âmbito das Ciências Sociais. Para tal, torna-se necessário a utilização de ferramentas qualitativas para coleta e análise de informações.

No âmbito da discussão sobre algumas propriedades dos campos, Bourdieu (1983) afirma que os mesmos são espaços estruturados de posições (ou de opostos) que tem suas propriedades dependentes das posições nestes espaços. Estas propriedades podem, assim, ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes. Os campos possuem leis gerais de funcionamento invariantes e cada vez que se estuda um novo campo segundo Bourdieu (1983, p. 89) “descobre-se propriedades específicas, próprias a um campo particular, ao mesmo tempo em que se faz avançar o conhecimento dos mecanismos universais dos campos que se especificam em função de variáveis secundárias”, como por exemplo, as variáveis de uma determinada nação. Ele ainda sinaliza que em cada um dos campos existe uma luta, da qual se devem buscar as formas específicas, entre novos elementos que buscam entrar neste campo, forçando o direito de entrada e o dominante que tenta defender seu monopólio.

Ainda pontua que um campo se configura através da definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos. Assim, para que funcione é preciso que haja objetos de disputas e pessoas preparadas para entrarem no jogo, dotadas de *habitus* específicos. Considera também que a estrutura do campo “é um estado de relação de força entre os agentes ou as instituições engajadas na luta ou, se preferirmos, da distribuição do capital específico que, acumulado no curso das lutas anteriores, orienta as estratégias ulteriores” (BOURDIEU, 1983, p. 90).

No campo das ciências sociais Minayo (2007) afirma que, diferentemente das ciências naturais, o objeto de estudos desta área de

conhecimento é histórico. Assim toda pesquisa social deve registrar a historicidade humana, considerando as especificidades das culturas e a simultaneidade das mesmas. Neste sentido, pode-se afirmar que a sociedade e os indivíduos possuem consciência histórica. Isso significa que não é somente o pesquisador que confere sentido à produção científica, os indivíduos e grupos também o fazem.

Outra característica das Ciências Sociais é que elas trabalham no nível da identidade entre o observador e o objeto de observação, já que a pesquisa nesta área lida com seres humanos. Para Triviños (2009, p. 121), “o pesquisador não fica fora da realidade que estuda, à margem dela, dos fenômenos aos quais procura captar seus significados e compreender.”

Minayo (2007, p. 47) afirma que a pesquisa social se configura como “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. A pesquisa social em saúde seria aquela relacionada às investigações sobre o processo de saúde ou doença e sua representação pelos vários atores que atuam no campo.

Citando Weber (1970), Minayo e Sanches (1993, p. 243), afirmam que “cabe às Ciências Sociais a compreensão do significado da ação humana, e não apenas a descrição dos comportamentos.” No início de desenvolvimento das Ciências Sociais, o positivismo teve representatividade nesta área de conhecimento devido à força e hegemonia científica que abarcava e ainda abarca este enfoque, através do positivismo sociológico. Entretanto, de acordo com Triviños (2009), o positivismo perdeu importância nas pesquisas sociais porque a prática da investigação se transformou numa atividade mecânica e que muitas vezes desconsiderava as necessidades dos países.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem positivista está limitada à observação dos fenômenos e ao estabelecimento de ligações de regularidade que possam existir entre eles, fixando as leis que os regem. Dessa maneira, se abstêm de descobrir as causas dos mesmos. Esta abordagem não nega os significados, mas se recusa a trabalhar com eles por considerá-los uma realidade incapaz de ser abordada cientificamente.

A visão positivista, que apenas reconhece a atividade “objetiva” como ciência e menospreza os aspectos “subjetivos”

desconsidera que a objetividade no aspecto amplo do termo não pode ser alcançada. O simples fato da realização de uma análise de dados estatísticos confere ao estudo uma carga considerável de subjetividade relativa ao olhar do sujeito/pesquisador. Desta maneira, com relação ao processo social denominado “investigação qualitativa”, a autora pontua que a própria expressão “Metodologias Qualitativas” revela uma dificuldade histórica das teorias em se posicionarem ante a especificidade do social. Supõe uma afirmação de qualidade contra a quantidade, o que reflete um debate teórico entre o positivismo e as correntes compreensivas em relação às formas de valorização dos significados. Além disso, nega a “subjetividade” e interesses diversos presente na construção e desenvolvimento de qualquer tipo de estudo investigativo (MINAYO, 2007).

A autora ainda relata que, em oposição ao positivismo sociológico, que se caracteriza pela busca de leis de funcionamento atribuídas às comunidades ou grupos, as perguntas sobre valores, crenças e relações são respondidas de forma melhor pela Sociologia Compreensiva. Esta corrente de pensamento considera como tarefa das Ciências Sociais, de acordo com (MINAYO, 2007, p. 24), “a compreensão da realidade humana vivida socialmente e de forma diferente do universo das ciências naturais”, que em suas múltiplas manifestações tem o *significado* como conceito central para a análise sociológica. Esta ciência propõe a subjetividade como fundante de sentido.

É preciso, no entanto, evitar análises atomizadas da realidade e dos grupos sociais, através da aplicação de teorias compreensivas, considerando que esses fenômenos constituam realidades reduzidas a si mesmas. Isso ocorre quando os estudos qualitativos não contextualizam problemas históricos, culturais e estruturais aos eventos (MINAYO, 2007).

Segundo a mesma autora, diferentemente do positivismo e das análises compreensivas, a dialética considera os *significados* como parte da totalidade, assumindo a qualidade dos fatos e das relações sociais como sua propriedade. Contudo, torna-se necessária a inclusão de *significados* na totalidade histórico-estrutural.

Com relação aos modelos complexos de investigação, que têm sua origem nas abordagens sistêmicas, a autora considera o pensamento sistêmico como uma forma de ver e articular a

realidade. Esta corrente de pensamento requer um olhar e abordagem diferentes, nega a visão unidimensional dos fenômenos, valoriza as diversas interações, desvaloriza regularidades e normas, desconsidera a compartimentalização dos saberes e busca a comunicação entre as diferenças e as oposições.

O objeto de estudos das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, assim as “Metodologias de Pesquisa Qualitativa”, utilizadas nesse campo do conhecimento são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às estruturas sociais, aos atos, e às relações. As consequências teóricas e práticas da abordagem social referem-se à interrogação sobre a possibilidade de conferir cientificidade a um trabalho de investigação que, ao considerar os níveis mais complexos das relações sociais, não pode quantificá-los (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa aborda questões muito particulares e, nas Ciências Sociais, ocupa-se de um universo de significados, motivos, valores, aspirações, crenças e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Muitas pesquisas de caráter qualitativo não precisam se apoiar em informações estatísticas. Entretanto, isso não significa que sejam estudos especulativos, pois têm um “tipo de objetividade e validade conceitual que contribuem decisivamente para o desenvolvimento do pensamento científico” Triviños (2009, p. 118). Além disso, este autor sinaliza que este tipo de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave. Este ambiente é pensado como uma realidade muito ampla e complexa, vinculada a realidades sociais maiores e o pesquisador tem sua grande importância associada ao fato de não deixar de considerar essa visão ampliada da realidade social.

Com apoio teórico na fenomenologia a pesquisa qualitativa é essencialmente embasada na descrição dos fenômenos. Esta descrição se encontra repleta de significados provenientes do ambiente, os quais são produtos de uma visão subjetiva da realidade. Neste sentido, a pesquisa do tipo histórico-estrutural, dialética, adotada neste estudo, parte da descrição aparente do fenômeno e da sua essência. Busca as causas da

sua existência e a explicação da sua origem, relações e mudanças e tenta intuir as consequências que terão para a vida humana (TRIVIÑOS, 2009).

Segundo o mesmo autor, neste tipo de pesquisa o processo se torna objeto de preocupação e não somente os resultados e o produto. No contexto histórico cultural, este tipo de investigação considera o desenvolvimento do fenômeno na sua visão atual, que marca o início da análise, e na sua estrutura interna, que pode não ser visível à simples observação. Direciona-se, desta maneira, no caminho de descobrir as forças responsáveis pelo seu desenvolvimento e avançar no entendimento de seus aspectos evolutivos.

Triviños (2009) ainda sinaliza que para esta prática de pesquisa, com base na dialética, o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência, e como tal é estudado. Desta maneira é focado indutivamente, mas ao descobrir a sua essência e aparência avalia-se um suporte teórico que atua dedutivamente. Assim, o fenômeno social é explicado em um processo dialético indutivo-dedutivo. Pontua ainda, que neste fazer investigativo existe uma atenção especial ao estudo do que pensam os sujeitos sobre suas experiências, vida e projetos, principalmente através da observação participante e entrevista semi-estruturada. Nesta busca os pesquisadores procuram detectar os significados dados aos fenômenos, pelas pessoas.

Nesta mesma linha de pensamento Conde e Andrés (1995) afirmam que na metodologia qualitativa de pesquisa tem como elementos de estudo os discursos e como ferramenta a análise e interpretação da linguagem. Neste contexto, o sentido deste tipo de investigação se volta para a recuperação do campo da palavra e da linguagem, da consciência e da vontade, silenciadas em outras abordagens.

6.2 - Fundamentação teórica e metodológica e caracterização do estudo

No desenvolvimento de um trabalho científico os caminhos utilizados para nos aproximarmos de um tema são denominados métodos. Esses caminhos “sempre são estradas por onde passam as linhas teóricas e as abordagens da realidade, seja pela

experimentação, seja observação: são os métodos. Não é possível fazer ciência sem método” (MINAYO, 2002. P. 17).

Entretanto existe, segundo a autora, uma controvérsia com relação ao conceito de metodologia. Para alguns autores metodologia se iguala a métodos e técnicas, para outros o conceito se enquadra no campo da epistemologia, separado da operacionalização. Certos cientistas separam teoria e método, mas outros consideram que estes dois temas são inseparáveis.

Para Habermas (2009) a metodologia se ocupa das normas do processo de pesquisa, que requerem ao mesmo tempo uma obrigatoriedade fática para o pesquisador tanto quanto para o contexto material. Independente do campo de conhecimento, “ela sempre desenvolve uma programática que dirige o progresso científico” (HABERMAS, 2009, p. 74). O autor ainda afirma que requisições metodológicas exercem influência sobre a articulação da auto compreensão das ciências.

Minayo (2002) considera, em primeiro lugar, metodologia como a discussão epistemológica sobre o caminho o pensamento que o tema de investigação requer. Em segundo lugar sinaliza que a metodologia se expressa nos métodos, nos experimentos e em todas as modalidades de abordagem, buscando adequação à realidade, de forma que o processo científico e seus resultados possam ser divulgados, debatidos e testados por outros cientistas. Por último compreende a metodologia também como a criatividade do pesquisador, ou seja, sua experiência reflexiva, sua capacidade pessoal de síntese e análise teórica, sua memória intelectual, seu nível de comprometimento com o objeto e sua capacidade de exposição lógica.

Habermas (2009) ainda pontua que na medida em que a epistemologia reflete sobre as condições de pesquisas possíveis realiza a tarefa de uma interpretação prévia da realidade. Sendo assim, a metodologia se torna parte do corpo do estudo, não podendo assumir a função de uma ciência auxiliar ou compartilhar das atitudes das ciências.

Dessa maneira, é possível perceber que a metodologia encontra-se integrada ao contexto e ao desenvolvimento do estudo, determinando os possíveis caminhos de abordagem dos dados e da realidade em questão. Além disso, a metodologia também se encontra intimamente relacionada ao tipo de estudo que será

desenvolvido.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho caracteriza-se por um estudo qualitativo de caráter transversal. Essa abordagem, como pontuado na introdução, busca a percepção das ações e relações humanas, não perceptíveis quantitativamente. Segundo Minayo e Sanches (1993, p. 239), “um bom método é sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria.”

O referencial teórico adotado para esta discussão, como sinalizado anteriormente, encontra-se sob a linha do enfoque histórico-estrutural dialético que favorece a busca da raiz dos problemas em um contexto histórico.

O método para a análise do material, escolhido para o desenvolvimento deste estudo, foi a análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2001) essa técnica, compreendida muito mais como um conjunto de técnicas, surgiu nos Estados Unidos, no início do século passado.

Segundo Bardin (2010) esta técnica desenvolveu-se no início do século passado, ao longo de quarenta anos cujo material analisado era essencialmente jornalístico. Entretanto, o contexto muito normativo da época limitava o funcionamento da análise de conteúdo. A partir da década de 1960, observa-se uma expansão das aplicações da técnica a várias disciplinas e com isso surgem interrogações e novas respostas a este plano metodológico. Além dos aperfeiçoamentos técnicos, a exigência da objetividade torna-se menos rigorosa e ela deixa ter um caráter exclusivamente descritivo. Surge então a consciência de que seu objetivo é a inferência. Em outros termos, “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2010, p. 40).

A inferência, ou dedução lógica, se caracteriza por uma interpretação controlada do conteúdo das mensagens na busca do que estes nos poderão ensinar após serem tratados, por classificação, por exemplo. Assim, o analista utiliza o tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos relativos à origem das mesmas. No processo de análise a descrição é a primeira etapa a ser desenvolvida e a interpretação é a última. De forma intermediária, a inferência permite a passagem controlada de uma para a outra. Finalmente, sinaliza que a

leitura da mensagem, feita pelo analista, não é uma leitura ao pé da letra, mas o realçar de um sentido contido em um segundo plano. Assim, trata-se de atingir através de significantes ou significados outros significados de natureza psicológica, social, histórica, política, entre outras. (BARDIN, 2010).

A mesma pontua que o recurso da análise de conteúdo é útil quando se pretende compreender além dos significados imediatos da comunicação. Assim, estes métodos têm como objetivos a superação da incerteza com relação ao que possa estar contido em uma mensagem, e o enriquecimento da leitura que favorece a descoberta de conteúdos relativos ao que se busca demonstrar através das mensagens. Além disso, possui uma “função heurística” útil em cenário exploratório e uma “função de administração da prova” quando se deseja verificar ou confirmar uma hipótese.

Esta autora conceitua a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2010, p. 44). Seu campo de aplicação definido pela comunicação é muito vasto, porém torna-se possível sistematizar o conjunto dos tipos de comunicação como domínios de aplicação das técnicas de análise de conteúdo. Esta sistematização se dá sob o critério da quantidade de pessoas implicadas na comunicação e a natureza do código e do suporte da mensagem.

De acordo com Triviños (2009), a definição de Bardin caracteriza a análise de conteúdo com características essenciais. Primeiramente, pontua que a autora limita o âmbito do método privilegiando as formas de linguagem escrita e oral, ou seja, a “mensagem”. Também sinaliza que, através da “inferência”, a informação surge da análise objetiva da mensagem, seja a partir das informações contidas no conteúdo das mensagens ou de premissas obtidas como resultado do estudo dos dados da comunicação. Ainda, ressalta que se não houver clareza sobre a característica da análise ser “um conjunto de técnicas” o processo da inferência se torna muito difícil, ou seja, não será possível realizar a inferência se não houver domínio dos conceitos básicos das teorias relacionadas ao

conteúdo das mensagens.

A análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados, como por exemplo, a análise temática ou uma análise dos significantes. A análise temática é transversal, organizando as entrevistas através de categorias projetadas sobre os conteúdos, levando em conta a frequência dos temas extraídos das mensagens.

Por outro lado, como dito anteriormente, o tratamento descritivo constitui a primeira fase de qualquer tipo de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2010, p. 37), “a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, ou seja, é o tratamento das informações contidas nas mensagens. As características relacionadas à “sistemática e objetiva”, apesar de não serem específicas da técnica, são extremamente importantes para sua adequada utilização. Este aspecto da técnica deve possibilitar e orientar a criação das categorias de fragmentação objetiva da comunicação para que a análise seja válida. Neste trabalho, o analista ainda deve delimitar as “unidades de codificação”, ou de “registro”. Estas unidades podem ser a palavra, a frase, entre outras (BARDIN, 2010).

A autora ainda ressalta que este tipo de análise mais generalizado foi cronologicamente o primeiro a ser desenvolvido. Sob a denominação de “análise categorial” tem por finalidade tomar em consideração a totalidade de um texto através da classificação dos itens de sentido. É o método das categorias que permite a classificação dos elementos de significação existentes na mensagem (BARDIN, 2010).

Desta maneira, no contexto da codificação, a categorização se constitui por uma operação de classificação destes elementos pela diferenciação e reagrupamento sob um título genérico. Este processo dá origem às categorias, caracterizadas como classes que reúnem um grupo de elementos, como as unidades de registro, no caso da análise de conteúdo, de acordo com o gênero. Tal agrupamento é realizado em razão das características comuns dos elementos. Dentre as diferentes possibilidades de categorização a investigação que privilegia a frequência dos temas, ou análise temática, é eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples (BARDIN, 2010).

De acordo com a mesma autora, as unidades de registro são as unidades de significação a codificar correspondendo ao

segmento do conteúdo a considerar como unidade de base. No caso da escolha do “tema” enquanto unidade de registro o critério de categorização é semântico, como no caso das categorias temáticas utilizadas na sistematização do conteúdo das entrevistas desta pesquisa.

Complementarmente à análise temática, a análise de enunciação apóia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado e funciona desviando-se das estruturas e elementos formais aplicando-se muito bem ao método de entrevistas semi-estruturadas. Assenta-se numa concepção de discurso como palavra em ação, pois a produção da palavra é um processo. Como o discurso não é um produto acabado, mas um processo em elaboração onde se confrontam os desejos, as motivações e os investimentos dos sujeitos com as imposições da língua e condições de produção o desvio pela enunciação se mostra como uma boa maneira de se encontrar o desejado (BARDIN, 2010).

O nível de aproximação desviada da análise de enunciação utilizada nesta pesquisa foi a “análise lógica”, que se baseia num conhecimento do arranjo do discurso e se caracteriza pela observação das relações entre proposições. Com relação ao processo de categorização utilizou-se o procedimento por “acervo”, pois as categorias resultaram de uma classificação analógica e progressiva dos elementos.

De maneira geral, Bardin (2010) afirma que as fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos, quais sejam a pré-análise, a exploração do material e o tratamento.

Com relação à pré-análise a autora afirma que a mesma se caracteriza pela fase da organização, correspondendo a um período de intuições cujo objetivo seria sistematizar e operacionalizar as idéias iniciais. Esta fase possui, segundo a autora, as funções de escolha dos documentos, formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração dos indicadores. Definindo o gênero de documentos sobre os quais se efetuará a análise, torna-se necessário estabelecer um “corpus”, definido como o conjunto dos documentos que serão analisados. Finalmente, o material deve ser preparado materialmente. No caso de entrevistas gravadas, as mesmas deverão ser transcritas e as gravações conservadas.

A exploração do material, segundo

Bardin (2010), seria a fase da análise propriamente dita através da aplicação sistemática das decisões tomadas. É uma fase que consiste em operações de descrição, codificação, decomposição, elaboração de unidades de registro contextualizando-as e compreendendo sua significação e categorização.

De acordo com o tratamento dos resultados, inferência e interpretação a autora afirma que tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis obtidos através de tratamentos metodológicos válidos e rigorosos, pode-se então propor inferências e adiantar interpretações acerca do objetivo previsto ou de descobertas inesperadas (BARDIN, 2010).

Apesar de haver analistas com uma linha de pesquisa positivista que se especializam no conteúdo manifesto das mensagens estudadas com caráter marcadamente positivista e uma corrente idealista, existem também analistas cuja tendência de emprego da análise de conteúdo se situa no contexto materialista dialético. Essa tendência se vincula ao estudo de variáveis complexas da vida social e suas formações históricas (TRIVIÑOS, 2009).

6.3 – Campo de pesquisa

O trabalho de campo, segundo Minayo (2001), consiste no recorte empírico da construção teórica que realiza um momento relacional e prático de grande importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias.

Diante das diversas formas de investigar um objeto de estudo, Cruz Neto (2001, p. 51) afirma que “o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. Nesta modalidade de investigação, a relação do pesquisador com os sujeitos de pesquisa é extremamente importante.

Diante desta abordagem de investigação foram escolhidas 03 (três) UBS do Distrito Sanitário Oeste como campo para realização deste trabalho.

Com relação ao número total de trabalhadores das UBS em estudo, incluindo os que não pertencem à ESF e o grupo de

profissionais entrevistados, estas unidades

apresentam os seguintes dados:

TABELA 1

Distribuição da amostra e total de recursos humanos em valores absolutos, segundo UBS. Belo Horizonte, 2010.

UBS	Total RH	ACS	Enfermeiros	Médicos
Amilcar Viana Martins	53	14	3	8
Conjunto Betânia	58	15	4	4
Salgado Filho	69	19	6	9

Fonte: BELO HORIZONTE, 2010

A população de usuários classificada por faixa etária, segundo a área de abrangência das UBS em estudo do Distrito Sanitário Oeste, se

encontra distribuída de acordo com tabela abaixo:

TABELA 2

Distribuição da população de Usuários das UBS em estudo segundo faixa etária. Belo Horizonte, 2010.

Área de abrangência	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Total	21.288	20.970	22.333	25.957	51.152	45.553	35.018	21.912	13.991	7.412	3.112	268.698
Conjunto Betânia	585	593	643	767	1.857	1.406	1.018	809	407	141	44	8.270
Amilcar Viana Martins	743	808	884	930	1.914	1.851	1.287	909	570	255	99	10.250
Salgado Filho	1.635	1.618	1.765	1.926	3.704	3.542	2.674	1.645	1.105	577	254	20.445

Fonte: IBGE 2000

Estas e todas as demais UBS de BH se encontram sob a responsabilidade da Gerência do Distrito Sanitário Oeste da Secretaria de Administração Regional Municipal Oeste da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte que está localizada na Avenida Silva Lobo nº 1280, 5º andar, bairro Nova Granada-CEP 30.460.000.

As primeiras Equipes de Saúde da Família, cerca de 176, foram implantadas em Belo Horizonte no ano de 2002. Em meados de 2004 foram implantadas todas as equipes restantes para alcançar a meta de 500 (BELO HORIZONTE, 2008 a).

A rede Básica de Saúde de Belo Horizonte divide-se em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde, possuindo mais de 180 unidades distribuídas por toda a cidade.

As UBS formam a rede de atenção básica e são a porta de entrada do sistema base do PSF - BH Vida. São os serviços mais próximos da casa do cidadão e devem ser os primeiros a serem procurados quando as pessoas apresentam algum problema de saúde (BELO

HORIZONTE, 2008 b)³.

Nas UBS estão as equipes do BH Vida: Saúde Integral, o Programa de Saúde da Família de BH. Existe atualmente em BH 523 equipes formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS. Estas unidades de saúde têm também profissionais de apoio ao BH Vida: Saúde integral, como clínicos, pediatras, ginecologistas, cirurgiões-dentistas e em algumas existem também assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e acupunturistas. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais (BELO HORIZONTE, 2008 b)⁴ Esta rede conta com 147 UBS, distribuídas nos nove Distritos Sanitários da cidade, quais sejam, Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As UBS são responsáveis pelas ações básicas voltadas para a população da área de abrangência, funcionando de segunda a sexta-feira. Destas unidades, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Devem ser as primeiras unidades a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde (BELO HORIZONTE, 2008 b)⁵

No início do período de implantação da ESF houve discussão para

³http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

⁴http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

⁵http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

avaliação do momento político da SMSA. Foram revistos os projetos de outros setores da secretaria o que originou o documento BH Vida: Saúde Integral. Ainda, diante do desejo de resgatar a gestão colegiada em todas as instâncias da secretaria instituíram-se vários espaços de discussão. Neste período, esta instituição reafirmou a saúde da família como eixo norteador da organização da atenção básica e definiu as diretrizes assistenciais do processo de trabalho como: acesso universal, estabelecimento de vínculo e responsabilização do cuidado, autonomização do usuário, atuação em equipe, assistência integral e resolutiva, equidade, participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais e desenvolvimento (BELO HORIZONTE, 2008 a).

No sentido de envolver os profissionais na discussão relativa à temática da saúde da família, existe uma estratégia de capacitação das equipes em curso de Especialização nesta área, que é desenvolvido em parceria com o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG.

A SMSA (BELO HORIZONTE, 2008 a), com relação à discussão acerca do papel da saúde da família no SUS-BH, pontua que a mesma deve propiciar a reorganização da assistência à saúde, à partir da atenção básica, através da reorganização do processo de trabalho nas UBS e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano desses serviços. Contudo, ressalta que:

O grande movimento em prol de se propiciar a atenção à demanda dos usuários nos centro de saúde (UBS) dificultou melhor organização das ações programadas e de vigilância; ainda falta efetiva integração com as áreas de ação coletiva, como vigilância sanitária, a zoonoses e a saúde do trabalhador. Esta dicotomia entre ações curativas e ações de promoção e prevenção precisa ser melhor processada. Ainda se faz necessário esclarecer qual o potencial do trabalho de promoção à saúde para que se possibilite o avanço da prática

baseada em evidências científicas, com realização de ações comprovadamente eficazes na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tais questões citadas não podem ser desvinculadas da discussão sobre a persistência do modelo biomédico na prática dos profissionais e a conseqüente medicalização da atenção (BELO HORIZONTE, 2008 a, p. 40).

Entretanto, as dificuldades impostas ao desenvolvimento desta estratégia devem ser avaliadas com cuidado para a produção de propostas para solução. Entre as propostas levantadas pela SMSA estão: ampliação do quadro de profissionais, reforço das residências de medicina da família, ações de valorização da rede básica, plano de adequação física e tecnológica, entre outras.

A organização territorial estabelecida pela SMSA é realizada de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, sendo adotada a seguinte sub-divisão:

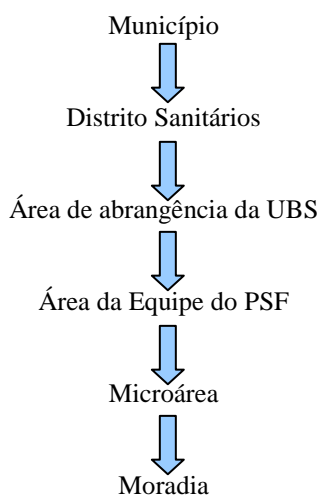


Figura 1 - Subdivisões adotadas na organização territorial em saúde

Fonte: BELO HORIZONTE (2008 a, p. 24)

Os nove distritos sanitários coincidem com as nove áreas administrativas da cidade. Eles seguem a delimitação das Administrações Regionais

e correspondem à organização administrativa da SMSA. As definições territoriais das áreas de abrangência são estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São constituídas por agrupamento de setores contíguos, com possibilidade de modificações de acordo com a mobilidade da população.

6.4- Caracterização da Regional Oeste

A Regional Oeste possui uma população de 268.124 habitantes sendo 141.848 mulheres e 126.276 homens. Existem 76.949 domicílios residenciais em que cerca de 60% são casas. Dos responsáveis por esses domicílios, 66% são homens e 25% têm idade entre 30 e 39 anos. A maior parte - 35,11% - com rendimento médio entre ½ e 3 salários mínimos segundo dados do IBGE (2000). A distribuição da população se dá em 37 bairros oficiais da região. Grande parte desta população se concentra entre a Avenida Amazonas, Anel Rodoviário e o Ribeirão Arrudas (BELO HORIZONTE, 2010)⁶

No começo do século XX teve início a ocupação da região Oeste e no princípio da década de 80 ocorreu o surgimento dos bairros Buritis e Estoril. Em 1935 a 1938 aconteceram as primeiras ocupações no Morro das Pedras (BELO HORIZONTE, 2008 c)⁷.

A região possui topografia muito acidentada, apresentando raros e descontínuos trechos de declividade suave. O aglomerado Morro das Pedras

⁶<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contenets.do?evento=conteudo&idConteudo=23837&chPlc=23837&termos=Regional%20Oeste>

⁷<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contenets.do?evento=conteudo&idConteudo=17024&chPlc=17024&termos=Regional%20Oeste>

destaca-se como local mais acidentado da região, que apresenta uma declividade variável de 20 a 50%, caracterizada pela existência de áreas de risco de deslizamento, formadas por solos de rochas graníticas, de pouca resistência às intempéries, o que é agravado pelo alto adensamento da área (BELO HORIZONTE, 2008 c)⁸. Toda a região Oeste está situada na bacia do Ribeirão Arrudas e tem a maior sua maior parte territorial interceptada por afluentes da margem direita. Entre eles se destacam os córregos Piteiras e Marinho, que já foram canalizados e capeados, constituindo as avenidas Barão Homem de Melo e Silva Lobo, e o Córrego do Cercadinho que ainda corre a céu aberto, separando vários bairros. A região Oeste ocupa 31,27 Km², do território do município de Belo Horizonte com uma densidade demográfica de 8.573,38 hab./Km² e se encontra na segunda colocação entre as regionais em número de áreas de risco. Está dividida em seis Unidades de Planejamento (UP). São elas: Cabana, Jardim América, Barroca, Betânia, Estoril/Buritis e Morro das Pedras. Existem na região 827.809 metros quadrados de áreas verdes distribuídos em oito parques municipais que abrigam espécies como pau-brasil, pau-ferro e sibipiruna, além de diversos tipos de animais. A sub-área que engloba os bairros Betânia e Palmeiras abrigam a única mata nativa de preservação ambiental restante na região, que está concentrada próxima à BR-262. No âmbito da educação possui 16 escolas municipais, 25 escolas estaduais, uma escola federal de ensino superior e 52 escolas particulares de ensino fundamental, médio e superior. Nesta região também se encontra o cemitério Parque da Colina, o Parque de Exposições da Gameleira, o EXPOMINAS, o Asilo Bom Pastor, as Igrejas Curas D'Arce e São José do Calafate, além de ser sede da centenária Orquestra Carlos Gomes. Na

⁸<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contnts.do?evento=conteudo&idConteudo=17024&chPlc=17024&termos=Regional%20Oeste>

área de esporte e lazer possui ainda campos de futebol, praças esportivas, pistas de caminhada e quadras poliesportivas, além de uma feira semanal de arte e artesanato. As atividades econômicas desenvolvidas na região são: Serviços 57%, Comércio 15%, Indústria 12%, Outros: 10% e Construção civil: 6% (BELO HORIZONTE, 2008 c)⁹.

No campo do atendimento em Saúde Pública a SMSA possui 14 UBS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Oeste), uma Unidade de Referência Secundária (URS-PAM Campos Sales), uma Farmácia Distrital, um Laboratório Distrital, um Centro de Referência em Saúde mental (CERSAM), uma Central de Esterilização, um Centro de Apoio Comunitário, um Centro de Convivência de Saúde Mental, cinco hospitais particulares, além do Núcleo de Apoio à Família - NAF, que presta assistência psicológica e social a famílias e a grupos comunitários (BELO HORIZONTE, 2010)¹⁰.

A localização da regional Oeste com relação às demais pode ser observada na figura 2.

⁹<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contnts.do?evento=conteudo&idConteudo=17024&chPlc=17024&termos=Regional%20Oeste>

¹⁰<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contnts.do?evento=conteudo&idConteudo=23837&chPlc=23837&termos=Regional%20Oeste>

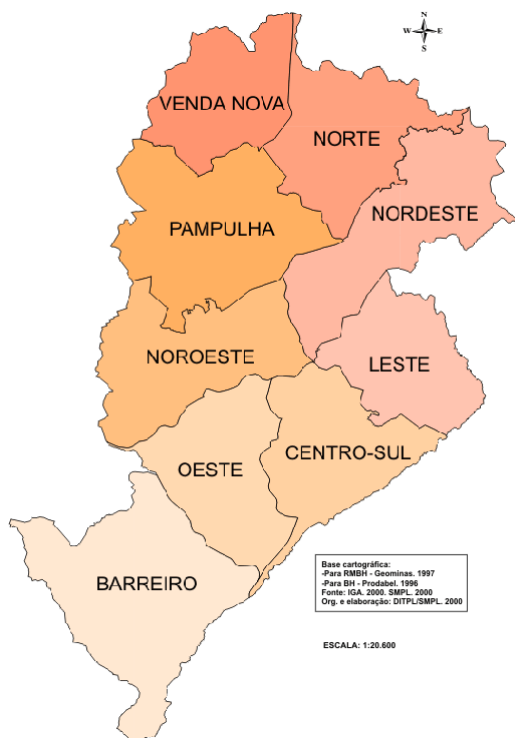


Figura 2 – Distribuição espacial das Unidades Administrativas Regionais de Belo Horizonte

Fonte: BELO HORIZONTE, SMSA - Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008¹¹.

6.5 - A escolha dos atores sociais e o desenho da pesquisa

A opção pela realização de entrevistas semi-estruturadas na coleta de dados se deu mediante o objetivo da utilização desta técnica, que é a busca sobre percepções, ideias e imagens que o grupo apresenta acerca da temática em questão. As questões apresentadas neste procedimento buscaram favorecer a obtenção de informações relacionadas aos questionamentos ligados ao objeto desta pesquisa, como intuito de não levar à indução das respostas.

Como os indivíduos entrevistados neste estudo trabalham em

UBS da PBH o projeto foi enviado para avaliação e aprovação em primeira instância do Comitê de Ética em Pesquisa da PBH mediante anuência da Gerência Regional de Saúde da SMSA. Em segunda instância foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. A Gerência Regional de Saúde indicou três UBS onde foram realizadas as entrevistas.

Mediante aprovação nos citados comitês a proposta de pesquisa foi apresentada aos Gerentes das UBS para autorização profissionais ACS, enfermeiros e médicos, das três UBS da Regional Oeste de Belo Horizonte indicadas, foram questionados acerca da relação saúde ambiente, influência e utilização prática dessa temática no cotidiano de trabalho e influência de impactos ambientais no surgimento de zoonoses.

As entrevistas foram realizadas após preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido e foram direcionadas por um roteiro previamente testado em entrevista piloto. Todas as entrevistas foram registradas em gravador digital.

Para a definição do número de participantes foi utilizado o critério de saturação. Devido ao fato de esta ser uma pesquisa qualitativa, não foi selecionada uma grande amostra, pois o critério numérico não garante sua representatividade. De acordo com Minayo (2001, p. 43) uma “amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Sendo assim, uma amostra significativa deve abranger indivíduos sociais com relevância para a investigação e não uma grande quantidade dos mesmos. Indivíduos sociais são repletos de subjetividade, integrados em fenômenos complexos e isto torna muito difícil a análise dos dados coletados a partir da prática da pesquisa qualitativa.

Segundo Fontanella *et al.* (2008, p. 20), “o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a

¹¹<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf>

representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles”.

A amostragem por saturação, de acordo com estes autores, é uma ferramenta conceitual utilizada frequentemente em relatórios de investigações qualitativas. É utilizada para estabelecer o tamanho final da amostra, interrompendo a captação de novos indivíduos. O fechamento da amostra, por saturação teórica, é definido como a suspensão da inclusão de novos componentes, quando os dados obtidos parecem representar certa repetição. Neste caso, novas informações pouco acrescentariam, não contribuindo mais de maneira significativa para o objeto de estudo. Com relação à discussão sobre a não representatividade da realidade e das populações estudadas por parte de amostras não probabilísticas os autores afirmam que:

Essa visão não valoriza o fato de que, quando se trata de questões psicossociais do ser humano, o desempenho de um atributo, mesmo que de maneira superdimensionada por indivíduos típicos quanto a determinado parâmetro em investigação (e, talvez por isso mesmo, especiais candidatos a serem selecionados), revele funções ou características representativas daquele mesmo contexto (FONTANELLA *et al.*, 2008, p. 18).

Desta maneira, a pesquisa foi realizada com 29 profissionais, sendo 17 ACS, cinco enfermeiros e sete médicos

das ESF da Regional Oeste. Nesta regional existem atualmente 56 médicos, 53 enfermeiros e 242 ACS. Soma-se um total de 351 trabalhadores. Essas três classes profissionais foram escolhidas porque englobam a maior parte dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família.

As UBS desta regional foram selecionadas devido à facilidade de acesso às mesmas e disponibilidade da Gerente Regional Saúde para a realização deste estudo.

6.6 - Caracterização da amostra

Durante a realização das entrevistas foi possível levantar variáveis como sexo, escolaridade, realização de visita domiciliar, faixa etária, UBS de atuação profissional, e no caso de enfermeiros e médicos, faculdade de origem, se possuem pós-graduação e, neste caso, em qual instituição concluíram o curso. Diante destas informações foi possível desenvolver uma sistematização dos dados coletados. Estas informações foram descritas no formato de tabelas.

Com relação aos ACS é possível observar na tabela 3 que a maioria pertence ao sexo feminino (88,2%) e quase a totalidade dos entrevistados possui ensino médio concluído (94,1%). Todos os profissionais entrevistados realizam visitas domiciliares (100%).

TABELA 3

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, escolaridade e realização de visita domiciliar no grupo de ACS. Belo Horizonte, 2010.

Sexo		Escolaridade		Realização de visita domiciliar	
Feminino	15 (88,2%)	Ensino Médio	16 (94,1%)	Sim	17 (100%)
Masculino	2 (11,8%)	Ensino Fundamental	1 (5,9%)	Não	0 (0%)
Total	17 (100%)	Total	17 (100%)	Total	17 (100%)

A faixa etária da maior parte dos entrevistados deste grupo, descrita na tabela 4, está na faixa acima dos 40 anos (64,4%)

configurando uma população de profissionais com idade mais avançada. A maioria de ACS entrevistados atua na UBS Salgado Filho

(70,9%).

TABELA 4

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de ACS. Belo Horizonte, 2010.

Faixa etária		UBS	
20 a 30 anos	2 (11,8%)	UBS Salgado Filho	12 (70,9%)
31 a 40 anos	4 (23,6%)	UBS Conjunto Betânia	3 (17,3%)
Acima de 40 anos	11 (64,6%)	UBS Amílcar Viana	2 (11,8%)
Total	17 (100%)	Total	17 (100%)

Com relação ao grupo de enfermeiros entrevistados observa-se que toda a amostra pertence ao sexo feminino (100%). Mais da metade dos entrevistados deste grupo é pós-graduada (60%). É possível observar também

que a maior parte destas profissionais realiza visita domiciliar. Uma única profissional não realiza esta atividade devido ao fato de ser enfermeira de apoio. Neste caso, a visita domiciliar não faz parte de suas atribuições.

TABELA 5

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, pós-graduação e realização de visita domiciliar no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.

Sexo		Pós-graduação		Realização de visita domiciliar	
Feminino	5 (100%)	Sim	3 (60%)	Sim	4 (80%)
Masculino	0 (0%)	Não	2 (40%)	Não	1 (20%)
Total	5 (100%)	Total	5 (100%)	Total	5 (100%)

A faixa etária deste grupo se mostra mais homogênea. Existem três profissionais na faixa de 20 a 30 anos (60%) e dois na faixa acima de 40 (40%). Não possui nenhum

representante na faixa de 31 a 40 anos. De acordo com a UBS de atuação profissional a amostra é bem distribuída como pode ser observado na tabela abaixo.

TABELA 6

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.

Faixa etária		UBS	
20 a 30 anos	3 (60%)	UBS Salgado Filho	2 (40%)
31 a 40 anos	0 (0%)	UBS Conjunto Betânia	2 (40%)
Acima de 40 anos	2 (40%)	UBS Amílcar Viana	1 (20%)
Total	5 (100%)	Total	5 (100%)

A origem das instituições de graduação dos entrevistados é bem diversa, sendo que cada uma das cinco profissionais entrevistadas

realizou seu curso em uma universidade diferente.

TABELA 7

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faculdade de origem no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.

Faculdade de origem	
UFMG	1 (20%)
PUC MINAS	1 (20%)
UNIFOA	1 (20%)
UNIFENAS	1 (20%)
Universidade Estácio de Sá	1 (20%)
Total	5 (100%)

Com relação ao tipo de pós-graduação, especialização neste grupo, observa-se que todos os possuem título de

TABELA 8

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo nível de pós-graduação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.

Nível de pós-graduação	
Especialização	3 (100%)
Mestrado	0 (0%)
Doutorado	0 (0%)
Total	3 (100%)

A maior parte dos profissionais entrevistados concluiu seus cursos de pós-graduação na UFMG (66,7%). Tal fato pode estar relacionado à estratégia de capacitação das equipes de saúde da família em curso de

Especialização na área de saúde coletiva, que é desenvolvido em parceria com o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG.

TABELA 9

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo instituição de pós-graduação no grupo de enfermeiros. Belo Horizonte, 2010.

Instituição de pós-graduação	
UFMG	2 (66,7%)
Faculdade São Camilo	1 (33,3%)
Total	3 (100%)

Com relação ao gênero do grupo de profissionais médicos a amostra é equilibrada. Todos os profissionais entrevistados concluíram algum curso pós-graduação (100%). A maioria destes realiza visita domiciliar (71,4%). Os dois

que não fazem visita são um médico ginecologista e uma pediatra, que não têm essa atividade como uma atribuição.

TABELA 10

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo sexo, pós-graduação e realização de visita domiciliar no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.

Sexo	Pós-graduação		Realização de visita domiciliar		
Feminino	4 (57,2%)	Sim	7 (100%)	Sim	5 (71,4%)
Masculino	3 (42,9%)	Não	0 (0%)	Não	2 (28,6%)
Total	7 (100%)	Total	7 (100%)	Total	7 (100%)

De acordo com a faixa etária o grupo não possui representantes de 20 a 30 anos. Os demais estão divididos nas faixas seguintes, como pode ser observado na tabela abaixo. A

grande maioria dos entrevistados pertence à UBS Salgado Filho (85,7) e nenhum profissional deste grupo atua na UBS Amílcar Viana.

TABELA 11

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faixa etária e Unidade de atuação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.

Faixa etária	UBS		
20 a 30 anos	0 (0%)	UBS Salgado Filho	6 (85,7%)
31 a 40 anos	3 (42,9%)	UBS Conjunto Betânia	0 (0%)
Acima de 40 anos	4 (57,2%)	UBS Amílcar Viana	1 (14,3%)
Total	7 (100%)	Total	7 (100%)

A maior parte dos profissionais deste grupo concluiu a graduação na UFMG (71,4). Apenas um médico desta amostra não estudou

em universidade federal.

TABELA 12

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo faculdade de origem no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.

Faculdade de origem	
UFMG	5 (71,4%)
UFJF	1 (14,3%)
Ciências Médicas	1 (14,3%)
Total	7 (100%)

Grande parte dos profissionais deste grupo possui pós-graduação no nível de

especialização (71,4%). Um profissional tem curso de mestrado e outro de doutorado.

TABELA 13

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo nível de pós-graduação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.

Nível de pós-graduação	
Especialização	5 (71,4%)
Mestrado	1 (14,3%)
Doutorado	1 (14,3%)
Total	7 (100%)

No âmbito da pós-graduação todos os profissionais concluíram seu curso na UFMG.

TABELA 14

Distribuição da amostra em valores absolutos e percentuais segundo instituição de pós-graduação no grupo de médicos. Belo Horizonte, 2010.

Instituição de pós-graduação	
UFMG	7 (100%)
Total	7 (100%)

6.7 - Coleta de informações

A técnica de pesquisa utilizada neste estudo foi de entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas com todos os profissionais participantes desta investigação sendo que a totalidade das mesmas foi registrada em aparelho gravador digital.

Os dados coletados através das entrevistas foram direcionados por um roteiro pré-determinado (ANEXO A). A linguagem utilizada neste instrumento foi elaborada com o objetivo de que a mesma estivesse acessível a todos os indivíduos pertencentes aos três grupos de profissionais entrevistados, quais sejam ACS, enfermeiros e médicos.

Segundo Cruz Neto (2001), este é o procedimento mais comum no trabalho de campo da pesquisa qualitativa. Através desta técnica o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos indivíduos entrevistados. Ela ainda afirma que “num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala” (CRUZ NETO, 2001, p. 57).

De acordo com Triviños (2009, p. 146),

“a entrevista semi-estruturada [...] ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”. Como procedimento, mantém a presença do investigador ao mesmo tempo que permite a relevância na situação do ator. Este fato favorece, segundo o autor, a descrição dos fenômenos sociais, como também sua explicação e compreensão na sua totalidade.

Além disso, o autor afirma que esta técnica parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e assim oferecem amplo campo de interrogativas, oriundas de novas hipóteses que vão surgindo no desenvolvimento da entrevista, mediante as respostas que vão sendo dadas pelo informante. Assim, o informante começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A gravação, segundo Triviños (2009), se faz necessária para que se tenha o registro, posteriormente transcrito, do conteúdo das entrevistas. Ela permite ao autor contar com o material fornecido pelo informante de forma permanente, podendo consultar os dados na oportunidade que se fizer necessários. Esse

retorno é que possibilita ao pesquisador a releitura da sua fonte de informação e reflexões verticalizadas sobre os discursos.

Todas as entrevistas foram realizadas no ambiente das 03 (três) UBS da regional Oeste para que os profissionais não tivessem sua atuação profissional comprometida pela ausência no local de trabalho. Esses trabalhadores possuem uma demanda muito grande de trabalho, com um ritmo muito intenso de atividades. Dessa maneira, a estratégia de entrevistá-los no local de trabalho objetivou a minimização dessa ausência. As entrevistas foram realizadas em salas separadas dos demais profissionais para evitar o constrangimento e uma possível avaliação da sua atuação na entrevista por parte dos colegas de trabalho.

Para realização das entrevistas foi necessário o comparecimento periódico nas unidades durante o período de aproximadamente um mês. Nesta ocasião o profissional ACS, enfermeiro e médico, que se encontrasse disponível era convidado a participar da entrevista mediante apresentação e explicação do motivo do estudo, além do possível tempo de duração do procedimento.

Os primeiros profissionais que aceitaram participar da entrevista foram incluídos na pesquisa em questão. Antes da entrevista o objetivo do estudo era exposto com a indicação da sua relevância para o contexto da saúde. Após a apresentação da pesquisadora, da sua formação e atuação profissional o motivo do estudo era novamente pontuado e o participante informado sobre a liberdade de desistir do procedimento a qualquer momento. Sinalizava-se também neste momento o sigilo das informações coletadas e a destinação das mesmas.

No momento da entrevista era apresentada ao participante a anuência da gerência regional da PBH, as aprovações nos comitês de ética em pesquisa da PBH e UFMG. Também nesse momento era entregue ao mesmo um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B) contendo o convite à participação, a descrição e objetivos do estudo, possíveis riscos de participação, nome, telefone e endereço do pesquisador, orientador e comitês de ética. O documento foi elaborado em duas vias assinadas e datadas, sendo uma direcionada ao pesquisador e outra ao entrevistado para que houvesse registro da sua autorização.

Triviños (2009) afirma que, com relação à gravação das entrevistas, o gravador pode inibir

o informante no começo do trabalho, mas depois de certo tempo a pessoa atua normalmente. Este fato pôde ser observado no momento das entrevistas. Antes, durante ou depois do procedimento 18 entrevistados (62,1%) sinalizaram um desconforto de se expressarem diante do gravador.

Entretanto, frente a este constrangimento foi apontada a relevância da gravação da fala e da participação dos mesmos no estudo, com o intuito de estimular o envolvimento dos mesmos e amenizar o desconforto. Foi possível observar também que ao longo da entrevista o participante se soltava mais.

Após o término da entrevista algumas pessoas se sentiam mais à vontade de falar sobre o tema e estas informações adicionais foram registradas em um diário de anotações de campo. Esta técnica segundo Triviños (2009) pode ser entendida, num sentido restrito, como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo comentários críticos sobre as mesmas.

Ele afirma que nas definições de vários autores as anotações de campo consistem na manifestação por escrito de todas as manifestações (verbais, ações, atitudes etc.) que o pesquisador observa no sujeito e as circunstâncias físicas relevantes que o rodeiam. Além disso, elas devem registrar “as reflexões” do pesquisador diante da observação dos fenômenos.

Para Neto (2001) o diário de campo é um instrumento utilizado em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Nele podem ser registradas percepções, angústias, questionamentos e informações que não podem ser obtidas através da utilização de outras técnicas.

Como registrado em diário de anotações de campo, durante as visitas às UBS para realização das entrevistas, nas três classes de profissionais houve recusa explícita em participar da pesquisa. A recusa deu-se por ausência de interesse do profissional. Apenas um participante, do grupo de ACS, desistiu da entrevista. Após o início das perguntas manifestou interesse em suspender participação, se retirando da sala onde estavam sendo realizadas as entrevistas.

O primeiro momento da entrevista, após apresentação da pesquisadora e documentos

pertinentes, foi direcionado ao conhecimento acerca de questões sócio-culturais do entrevistado como idade, sexo, escolaridade no caso dos ACS, origem de graduação, conclusão de curso de pós-graduação e instituição de realização da mesma, em caso positivo, no grupo dos enfermeiros e médicos. Essa caracterização foi realizada para que houvesse um conhecimento mais amplo sobre as características dos profissionais atuantes nas ESF. Neste momento da entrevista foi possível observar que os participantes ficavam mais à vontade para responderem às questões presentes no roteiro (ANEXO A).

No segundo momento os participantes foram questionados sobre as questões presentes no roteiro que se referiam à como os indivíduos relacionam saúde e ambiente, como essa temática é utilizada na prática profissional, quais as influências do ambiente na saúde das pessoas e como impactos ambientais influenciam no surgimento de zoonoses.

Ao final de cada entrevista ela era transferida para o computador e transcrita em forma de texto na sua integralidade. As transcrições foram realizadas de forma literal para manter o registro linguístico da oralidade, não havendo nem mesmo correções gramaticais das falas registradas. Desta forma o material coletado ficou acessível para releituras, criação das categorias e posterior análise.

Cabe ressaltar que o objetivo das entrevistas não foi avaliar ou medir o nível de conhecimento dos profissionais com relação à temática em questão, mas compreender como eles percebem esse tema de maneira associada à sua prática. Isto foi muito bem exposto para o participante para que ele se sentisse à vontade durante a sua fala. Entretanto, um entrevistado do grupo dos médicos (14%), dois do grupo das enfermeiras (40%) e 10 dos ACS (59%) sinalizaram insegurança em responder às questões manifestando falta de domínio sobre temática.

7 - ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A partir da coleta das informações foi possível realizar uma análise do material, que possibilitou o desenvolvimento de quadros (Anexo III) onde o material foi organizado. A

análise de conteúdo foi o método utilizado para o tratamento das informações e a realização deste procedimento seguiu as diretrizes propostas por esse método.

Primeiramente foram realizadas leituras repetidas dos textos transcritos que foram divididos de acordo com a categoria profissional dos ACS, enfermeiros e médicos. Essa leitura exaustiva permitiu uma sistematização das falas com conseqüente reconhecimento das suas características e especificidades. Este procedimento permitiu a escolha do referencial teórico, que orientaria tal análise, sob o enfoque crítico-participativo com visão histórico-estrutural, dialética.

Em segundo lugar foram estruturados os quadros de acordo com a categoria profissional onde foram inseridas as falas cujas características principais foram divididas em unidades de registro temáticas. Os títulos dos temas começaram a ser desenvolvidos durante a transcrição das entrevistas. Nesse momento já era possível perceber alguns conceitos e pensamentos que se repetiam e poderiam ser agrupadas. A partir da sistematização dos temas foi possível a elaboração de três categorias analíticas.

Finalmente foi realizada a interpretação dos dados a partir das categorias analíticas contidas no interior das entrevistas. Neste processo, a redação foi realizada a partir da integração dos significados presentes nas categorias e os conteúdos teóricos relacionados através da realização de inferências e interpretação destas.

Os temas referentes às unidades de registros elaborados a partir da sistematização do material analisado foram os seguintes:

1º Tema: Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.

2º Tema: Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.

3º Tema: O lixo no cenário da saúde e ambiente.

4º Tema: Condições de vida e ambiente.

5º Tema: Confusão com relação ao conceito de zoonoses.

6º Tema: Associação do impacto ambiental com o surgimento de doenças.

7º Tema: Personificação do ambiente.

8º Tema: Relação antropocêntrica com o ambiente.

As categorias segundo Gomes e

Mendonça (2002) são empregadas para se obter classificações, assim trabalhar com elas significa agrupar ideias, elementos ou expressões em torno de um conceito que abrange todos esses fatores.

A partir dos temas acima descritos as categorias analíticas elaboradas foram:

- Discurso higienista na relação saúde e ambiente.
- Visão antropocêntrica com relação ao ambiente.
- Fragilidade do conceito de zoonoses no âmbito da saúde pública.

7.1 - Discurso higienista na relação saúde e ambiente

As recomendações higiênicas, de acordo com Scliar (2002 b) podem ser encontradas já nos textos hipocráticos e foram adotadas pelos romanos. Regimes higiênicos eram seguidos também na Idade Média como mostram os textos da Escola de Salerno, na Itália. Esta instituição surgiu em 1240 e formava profissionais licenciados pelo rei.

Na Alemanha do século XVIII nasce a idéia de intervenção do Estado na área da Saúde Pública. Nessa mesma linha Leibniz propõe a criação de uma repartição administrativa central para assuntos de polícia, incluindo um conselho de saúde (SCLIAR, 2002 b).

Segundo o autor, nesse contexto de uma filosofia natural alemã, onde o universo é permeado pela Ideia Absoluta, havia o favorecimento de uma busca intensa de disciplina nas coisas terrenas. A polícia sanitária traduzia assim uma filosofia maior e continuou se desenvolvendo com base em leis e regulamentos. As medidas listadas referiam-se à prevenção de doenças contagiosas, à higiene pré-natal, qualidade do alimento, à limpeza das ruas, à pureza do ar, entre outras.

Este contexto histórico favoreceu um cenário tradicional com um forte enfoque sanitário por parte dos profissionais da saúde. Tal enfoque também foi grandemente favorecido pelo sucesso do modelo biomédico vigente em livrar o mundo de várias doenças, como pontuado por Waltner-Toews (2001).

Assim, seguindo esta tradição histórica,

observou-se que a grande maioria dos entrevistados apresentou em sua fala um discurso com forte caráter higienista. Estes profissionais demonstraram uma preocupação muito grande com a higiene dos ambientes domiciliares, presença de animais domésticos nas residências e limpeza dos quintais.

A atividade de muitos ACS se configura, entre outras coisas, na fiscalização destes ambientes. Eles podem se tornar propícios ao desenvolvimento de focos de doenças, principalmente a dengue. Cabe ressaltar que no período da realização das entrevistas estava ocorrendo um surto desta doença e os olhares estavam muito voltados para o controle da mesma.

Em algumas falas dos ACS pode-se perceber a existência de uma relação direta entre saúde e ambiente, no sentido negativo em que esta relação pode ser concebida. No discurso dos profissionais enfermeiros pode-se observar uma semelhança com relação ao dos ACS. O forte caráter higienista se encontra também muito presente em suas falas, mas com um enfoque mais específico e biomédico. Na fala dos profissionais médicos se encontra a forma mais biomédica da percepção do ambiente, com uma ênfase nas enfermidades e no caráter higienista da saúde. Entretanto, nesse discurso também se encontram algumas menções à necessidade de uma prática de saúde mais ampliada e holística.

A percepção do ambiente em uma perspectiva fortemente higienista ficou muito evidente.

Se a pessoa vive num ambiente, né, um ambiente carregado... um ambiente sujo... um, um ambiente que não é cuidado, reflete totalmente na saúde dela. (ACS 01)

Nesta fala as expressões “carregado”, “sujo” e “não cuidado” relacionadas ao ambiente no contexto de profissionais de saúde indicam uma noção de que a relação entre saúde e ambiente seria mais relevante neste contexto, em que o ambiente se torna fonte de influência negativa para a saúde das pessoas. Indica a necessidade do cuidado com ambiente para torná-lo adequado às condições, que seriam consideradas, ideais para a saúde humana.

Entretanto, essa fala se encontra desvinculada de um discurso ambiental mais ampliado, como ocorre no enfoque ecossistêmico de saúde, quando não considera que o desequilíbrio ambiental em si, e não

simplesmente a “sujeira” dos ambientes, causa impactos na saúde de todos os organismos vivos.

No âmbito da atuação profissional, percebe-se que a utilização da temática ambiente e saúde na prática destes profissionais parece estar muito relacionada à limpeza do ambiente. A saúde, neste contexto, torna-se favorecida por um ambiente considerado saudável para os seres humanos.

As pessoas também têm que contribuir pra limpeza do ambiente, mas... (MED 06)

(A utilização dessa temática na prática profissional ocorre) Na conscientização da pessoa de ter um ambiente limpo, saudável, pra ela ter uma condição de vida e uma saúde melhor. (ACS 02)

O ambiente influencia como eu falei, porque se você tem um ambiente saudável, um ambiente limpo, né... (ACS 02)

Porque, se o ambiente não for tranquilo... limpo corretamente, não tem saúde. (ACS 09)

Que é um ambiente limpo, um ambiente com água saudável... (ACS 14)

Então, se o ambiente ele tá adequado, né, pra, pra nossa população, que, no caso o ambiente limpo, é, é, longe de roedores, né, insetos e outras coisas mais, então se não tiver essa situação, então é mais propício à saúde. (ENF 05)

Capra (2006) afirma que, “Ares, águas e lugares”, um dos mais significativos livros do *Corpus hippocraticum*, representa o que poderíamos chamar hoje de um tratado sobre a ecologia humana. Mostra como o bem estar dos indivíduos é influenciado pelos fatores ambientais, como a qualidade do ar, das águas, dos alimentos, a topografia da terra e hábitos de vida em geral.

Tais contribuições foram amplamente divulgadas e aceitas por fornecerem a melhoria das condições de saúde das populações humanas. Entretanto, a “limpeza” do ambiente não deve ser considerada somente com o foco na saúde humana. Ela deve ser pensada em um cenário de equilíbrio ambiental, pois a simples retirada de fatores “sujos” não significa a busca da manutenção das relações ecossistêmicas dos ambientes em questão.

Quando os detritos humanos são retirados do ambiente domiciliar ou peri-domiciliar eles normalmente são destinados de

forma imprópria no meio ambiente, afetando a vida de populações de outros organismos que numa visão ampliada afetam a vida e subsistência de todas as populações. Considerando, por exemplo, a destinação do esgoto comum, sem tratamento, em rios e córregos pode-se afirmar que estamos minando de forma muito perigosa nossos recursos aquáticos. Esta ação, que parece muito natural e corriqueira no cotidiano das cidades, compromete toda a vida existente no planeta de uma forma muito ampla.

Neste contexto, a questão dos ambientes peri-domiciliares, como os quintais, possui extrema relevância na discussão sobre saúde e ambiente. A forma de conviver com esse ambiente e percebê-lo como parte de um ambiente maior e mais complexo deve estar presente nos discursos relacionados à saúde humana e ecossistêmica.

Porque nós temos que orientar com relação à limpeza do quintal, porque um quintal sujo trás doença... (ACS 15)

... até aquela tampa de garrafa que tá lá jogada no quintal, que tem muita gente que não joga no lixo, tem gente que não conhece, é, diferenciar quintal de, de lixo, eles joga no quintal. (ACS 15)

Então, a pessoa tem que ter mais higiene... nos quintais... mais cuidado... (ACS 06)

Diante destas falas é interessante perceber que alguns moradores da região, usuários das UBS, utilizam os quintais como depósitos de lixo ou entulho. Isto configura um importante problema de uma saúde pública. Contudo, há de se considerar que as ações desta saúde pública têm sido desenvolvidas em um nível reducionista e higienista de saúde e doença. Assim, até mesmo ações que buscam a promoção da saúde e a prevenção da doença situam-se em níveis muito superficiais do processo de saúde quando desconsideram as complexas interações que existem entre os diversos sistemas da natureza. Neste contexto o enfoque é dado para as ações imediatas como as curativas e de saneamento básico sem considerar que as ações predatórias do homem na natureza alteram de modo geral os ecossistemas locais e globais.

Como pôde ser observado na caracterização da regional Oeste, esta área possui muitas casas que são, em muitos casos, compostas por quintais. Esse fato favorece a

preocupação de fiscalização sanitária destes ambientes, principalmente no âmbito da proliferação de vetores de doenças tropicais. Mas, a presença dos quintais favorece também uma melhoria na qualidade do ar, quando tem uma cobertura vegetal considerável, além de uma maior interação com a natureza. Desta maneira, o cuidado com os quintais deve ser enfatizado, não somente em um contexto reducionista de higiene e limpeza, mas também em um cenário de preservação ambiental.

Neste mesmo sentido, a questão dos ambientes domiciliares, como um dos mais importantes para a promoção da saúde surge como um reflexo do modelo biomédico vigente. Entretanto, tal forma de perceber o ambiente enfatiza a desconsideração do mesmo em sua forma ampla e complexa, no contexto do enfoque ecossistêmico de saúde.

... se a pessoa é... não cuida (do meio ambiente) o que é que vai acontecer, vai, ela vai pegar doença e... daí pra frente várias coisas vão acontecer, porque se, se ela não tem condições de, de se cuidar o problema vai ser esse. Ela não vai, vai ter condições de fazer nada, vai, vai ficar em casa é... adoentada e... não vai ter condições de fazer mais nada né, porque é... daí pra frente, além da doença que ela vai pegar, vai ter outros é... problemas além disso, porque... eu tive um... um morador da minha área, que assim, a zoonose foi, pediu pra que é... olhasse o quintal, olhasse a, a casa e... não foi cuidado. Então agora, essa semana ele tá com dengue, tá sem condições de trabalhar, sem condições de cuidar da pessoa, uma idosa que tá dentro de casa e... e tá... sem é...sem condições de fazer mais nada né. (ACS 04)

Eu acho que é... se você é... cuida na sua casa né, de uma é... o ambiente, por exemplo, se você lava, se você é... levanta da sua... cuida da sua higiene, tudo isso é importante pra, pra pessoa. E... se você não faz nada disso você vai pegar doença né, você vai se sentir mal e não vai conseguir de forma nenhuma, né melhorar a sua saúde... (ACS 04)

(O ambiente) Influencia doenças, patologias, é... ou agrava, ou intensifica né, então a gente tem que tentar reduzir no ambiente... e isso começa do dia a dia, por exemplo, o paciente hipertenso, diabético, idoso, que eu vou fazer visita domiciliar, que eu vejo tapete dentro de casa, esse tapete, o calçado que o paciente usa, então eu falo "Esse calçado tá inadequado", é, usa meia com sandália havaiana, a casa tá cheia de tapete..." (MED 04)

Por exemplo, (em relação a saúde e ambiente) relação a... é... doenças ambientais, doenças que podem surgir com mudanças da expectativa do próprio ambiente... (MED 03)

Uai, o ambiente interfere na saúde por, por conta das, das debilitações que pode dar, dos agravos, do que pode ser passado pras pessoas... (ENF 03)

Como que o ambiente interfere! Assim, na doença respiratória direto né, mas interfere em tudo né, até... acho que até na doença mental mesmo, né. Cê trabalha, enfrentando trânsito, aquela confusão... Várias horas pra chegar no trabalho, várias horas pra voltar e tal, cê vai ter uma vida mais estressante né e isso tudo interfere né. (MED 05)

Como pode ser observado, a questão do ambiente relaciona-se à condição de fonte de doenças que nestas falas são ligadas diretamente às condições do domicílio. Tais condições são muito associadas ao impacto do ambiente na saúde. Essas são certamente influências ambientais, mas derivam da forma como esse ambiente é manipulado. Reflete também a relação estabelecida com a natureza.

A limpeza e o cuidado se configuram como formas de proteção da saúde com relação ao meio. Estas seriam medidas de proteção da saúde de forma que o não cumprimento acarretaria em doença e mal estar. Estes olhares demonstram uma visão de desconexão com o meio, pois se o mesmo não estiver humanamente moldado para uma condição de saúde ideal, ele não está adequado. A questão de um equilíbrio ambiental, melhoria das relações ecológicas e proteção de todas as espécies que convivem em harmonia não existem.

O paradoxo desta visão está no fato de quando se limpa um ambiente, sem observar a complexidade das interações sistêmicas, esta ação poderá favorecer o desequilíbrio do ecossistema no qual estamos inseridos pela eliminação de seres que fazem parte desta relação ecológica. Por exemplo, o desmatamento de uma região silvestre como uma ação de "limpeza" de um terreno para estabelecimento de moradias ou agricultura, pode eliminar as fontes naturais de alimentação de seres vivos existentes nesta região. Nesta ocasião estes organismos podem atuar como vetores de doenças, enquanto encontram novas fontes de alimento nos seres humanos. Nesta nova relação, onde não houve tempo evolutivo para uma adaptação, doenças

letais podem ser transmitidas aos seres humanos.

Outra importante questão que pôde ser observada neste contexto de discussão está relacionada ao lixo produzido, no âmbito da comunidade em questão. A frequente menção ao lixo nos discursos dos profissionais pode indicar um problema iminente de saúde na região de abrangência das equipes.

Entretanto, as ações de remoção de lixo, limpeza de terrenos, dedetização, demonstram um caráter extremamente imediatista e reducionista das ações de proteção e promoção da saúde humana.

Como as pessoas também não cuidam do quintal, esperam o caminhão de lixo passar, jogam o lixo em local não adequado, ta... Mesmo que tenha os dias que o caminhão passa, terça, quinta e sábado, as pessoas acordam depois do horário, a vez de colocar o lixo é, na lixeira, depois que o caminhão passa eles pegam e jogam no local é... igual à linha férrea. ... Pode trazer transtornos igual tem muita vez agora, epidemia de dengue, lá mesmo já tem vários casos, várias notificações, porque? Por que o pessoal joga o lixo no local que não é adequado. (ACS 05)

Cê quer dizer esse ambiente de preservar a natureza... de não acumular lixo pra não chamar bicho. (ACS 15)

... cuidar de sua própria residência, né, olhando os ambientes, locais onde não deve acumular lixos, água, e procurar também não só aquela família, mas os próprios vizinhos. (ACS 12)

Waltner-Toews (2001), afirma que muitos esforços são focados na busca de determinantes individuais para as doenças enquanto as amplas condições sistêmicas são amplamente ignoradas. Isto significa dizer que se houver um esforço para a preservação do ambiente e dos recursos naturais através de uma menor produção de lixo por parte da população, os problemas relacionados ao excesso e acúmulo de lixo em locais inapropriados, que representam fontes causadoras de enfermidades, deixarão de ser significativos.

Quanto menos lixo produzido, menor o problema de acúmulo e poluição e menos esforços e recursos, financeiros e ambientais se tornam necessários para resolver a questão da destinação do mesmo. Essa deveria ser a linha de raciocínio das políticas públicas e ambientais e de saúde, pois se direciona para a origem de importantes questões relativas à promoção e

proteção da saúde do ambiente e humana. Aliás, cabe ressaltar que políticas de saúde deveriam ser desenvolvidas juntamente com as políticas ambientais, pois as mesmas, no contexto da abordagem ecossistêmica de saúde, são inseparáveis.

Além disso, é possível perceber que questão do lixo está muito evidente nos discursos, possivelmente devido ao fato de se relacionar muito intimamente com o desenvolvimento de focos de doenças. Diante de uma epidemia de dengue, que tem tirado a vida de muitas pessoas, o acúmulo de lixo nas ruas e nos quintais é uma questão extremamente relevante para a saúde pública, mas isso configura somente uma visão local deste problema. Apesar de estar diretamente relacionado ao acometimento e morte de muitas pessoas por dengue, num aspecto mais abrangente o lixo reflete outras questões além da poluição e desmatamento de áreas para destinação do mesmo. Reflete a produção e consumo exagerado de produtos a partir de insumos naturais.

Deve-se considerar neste contexto que a questão do lixo é um problema ambiental muito relevante. A produção de lixo tem sido extremamente exagerada e irresponsável, reforçada por uma pressão enorme da mídia para a obtenção de excessivos bens de consumo. Estes bens têm se tornado cada dia mais variados e numerosos na mesma proporção em que se tornam supérfluos, ou seja, dispensáveis à vida. Essa produção exagerada de resíduos, de várias origens, não traz somente doenças. Traz também uma grave questão de poluição ambiental pela construção de lixões e aterros sanitários, cujo desenvolvimento se encontra em ampla expansão. Áreas cada vez maiores precisam ser desmatadas para comportar a destinação de toneladas diárias de resíduos. Esta ação causa a destruição do habitat de inúmeras espécies animais e vegetais, entre outras, necessárias para o equilíbrio da vida na Terra.

Aparelhos elétricos, embalagens de alimentos, produtos de limpeza e higiene, cosméticos entre outros são produzidos a partir de fontes naturais das respectivas matérias primas, de origem orgânica ou mineral. Além disso, outras fontes naturais como a água e não naturais como a energia elétrica são também utilizadas na produção industrial. Muita água é gasta neste processo. O lixo, além de gerar focos de doenças reflete, num contexto mais ampliado,

a degradação das fontes naturais de matérias primas a partir de um consumismo irresponsável e generalizado, além da poluição e desmatamento de vastas áreas para construção de aterros sanitários que comportem os resíduos desta produção.

Devido à frequente associação do lixo com o surgimento de doenças, ele é muito considerado nas falas destes profissionais. Entretanto, neste discurso não se considera, de maneira ampliada, o problema ambiental relacionado à produção do mesmo.

Igualzinho, a gente passa pelas ruas né, a esse problema aí de dengue, esse negócio, essas coisas aí. Muita sujeira na rua, aí eu explico pras pessoa... (ACS 06)

É... problema de, de, por exemplo, a dengue, por exemplo, é... quintal sujo... (ACS 03)

A melhoria da condição ambiental é muito relevante na eliminação de focos de doenças, entretanto, Waltner-Toews (2001) sinaliza que para que haja uma promoção concreta da saúde, diante da presença de doenças transmissíveis, se torna necessária a criação de estratégias adaptativas para viver com estas enfermidades através de uma melhor nutrição, infra-estrutura de saúde pública, redes de suporte social e equidade econômica. Estas situações têm sido demonstradas como atenuadoras do impacto das doenças sem a erradicação das mesmas.

Além do favorecimento de focos de doenças e proliferação de roedores, a presença do lixo em locais públicos pode ocasionar também a poluição das águas, principalmente, na época das chuvas. É importante, nesse sentido, considerar que a destinação do lixo nas ruas ou em locais inapropriados tem também consequências não imediatas para a saúde, como a produção de doenças, citadas pelos profissionais da saúde. Ela pode causar a poluição dos nossos mananciais de maneira ainda mais grave, do que tem sido observado. Como a vida, em todas as suas formas, depende da água, desconsiderar esse fato é incompreensível num cenário global de destruição ambiental.

Diante da nossa realidade de saúde o lixo torna-se realmente um favorecedor do surgimento de focos de dengue, entre outras doenças. Entretanto faz-se necessário ressaltar que o olhar voltado para a limpeza e higiene ambiental, em seu aspecto restrito, pode indicar

uma visão reducionista da saúde humana e do ecossistema. Nesse sentido é que este estudo aponta a importância do discurso dos profissionais da saúde, com relação à influência do ambiente se tornar mais abrangente, ou seja, ecossistêmico.

No contexto da abordagem ecossistêmica, torna-se necessária a discussão de uma outra questão importante num cenário ecológico.

A proliferação de populações de organismos em níveis elevados indica desequilíbrio nas relações ecossistêmicas. Dessa forma, pensar que o acúmulo de entulho conduz, por si só, ao desenvolvimento de animais “nocivos” à saúde humana é um engano.

Ela entulha tudo na casa dela, entendeu? Aí é rato, barata, escorpião, então a Zoonoses teve que fazer um trabalho, o Centro de Saúde teve que fazer um trabalho, nós pedimos inclusive à Vigilância Sanitária pra poder fazer uma visita domiciliar nesse ambiente... Eu não sei te informar em que pé que ficou essa situação, mas isso assim, barata, rato, aqui nós temos muito carroceiro, que tem muito carrapato, que tem muito... entulho dentro de casa, é... (MED 04)

O desequilíbrio das relações ecológicas leva a uma mudança nas taxas de reprodução e predação dos organismos, favorecendo o crescimento exagerado de algumas populações e o decréscimo de outras tantas. Os seres capazes de se adaptar às condições domiciliares e peridomiciliares criadas pelos seres humanos encontram nestes ambientes as características perfeitas para seu estabelecimento e reprodução.

Desta maneira, diante de uma situação de proliferação de organismos “indesejáveis” devemos refletir também acerca da maneira como estamos manipulando nosso ambiente e nas complexas relações que estabelecemos com ele, em diversos níveis.

A fala de caráter higienista foi identificada como a principal forma de representação em relação à interface entre saúde e ambiente, por parte dos profissionais entrevistados. Quase a totalidade dos entrevistados, durante suas falas, expressaram pensamentos e percepções de forte caráter higienista, como pode ser observado nos quadros 2, 7 e 12 do Anexo III.

A ênfase dada à questão da higiene também se torna muito evidente e caracteriza o

modelo de saúde vigente. Apesar de ser essa a maneira com a qual a busca pela saúde tem se desenvolvido, ela reflete uma perspectiva muito reduzida e limitada desta prática, não indicando uma forma holística de concebê-la. Assim, tal perspectiva é muito valorizada nos discursos observados.

A falta de higiene, por exemplo. Impacta negativamente na saúde. (ACS 03)

...saneamento da pessoa, moradia, a, moradia, tudo isso influencia, a influenciando na saúde da pessoa... (ACS 14)

(O ambiente) Interfere na, a, a higiene, o cuidado, tudo isso interfere na saúde né? (ACS 06)

A gente orienta também assim... falo assim com relação a casa, higiene também como cuidar do ambiente né? Evitando doenças né? (ACS 17)

Higiene muito ruim, a pessoa não tá com a saúde bacana, mas cê fala... não resolve nada... Porque higiene é tudo. (ACS 16)

(A gente utiliza a questão da temática ambiental na prática) Pra às vezes ver e mostrar pra pessoa também se tem alguma... até por questão de higienização, por exemplo criança ou então da gente falar "Toma cuidado com aquilo ali" e tudo... (ENF 03)

Ué, nós temos é... por exemplo, com, conforme o grau de pobreza, nós temos baixa, baixa condição higiênica que pode propiciar várias patologias né. Mesmo o contato entre as pessoas provocando essas reações, essas contaminações cruzadas de parasitoses intestinais né, de... é... fungos respiratórios... esse tipo de... de patologia né. (MED 03)

A questão da higiene também está muito relacionada ao histórico do desenvolvimento da saúde ambiental, no Brasil e no mundo, onde as ações fiscalizadoras tem sido as únicas medidas encontradas para proteger a saúde das populações. A origem da prática higienista se encontra presente desde os escritos higiênicos de Hipócrates.

Entretanto, essa prática não deve ser considerada incorreta, mas sim limitada, com relação às interações dos seres vivos com seu ambiente. Capra (2006) afirma que a maior parte dos reformadores da saúde pública do século XIX, apesar de não acreditar na teoria

microbiana das doenças, supunha que a precariedade das condições de saúde tinha origem na pobreza, na desnutrição e na sujeira. Assim organizaram vigorosas campanhas de saúde para combater essa situação, o que levou à melhoria das condições de higiene pessoal e da nutrição e à introdução de novas medidas sanitárias como purificação de água, eficiente rede de esgotos, pasteurização do leite e melhor higiene dos alimentos. Essas medidas se mostraram extremamente eficazes no controle de doenças infecciosas.

Estas ações muito eficazes para aquele período da história não podem consideradas hoje como os principais meios de proteção humana na sua interação com o ambiente. As ações higienistas protegem de infecções, mas também podem degradar o ambiente. Assim, os esgotos devem ser canalizados, mas devem ser tratados antes de serem despejados nos mananciais dos rios e mares, ou seja, devemos cuidar da nossa saúde, mas também do ecossistema. Além disso, se há necessidade de haver uma cultura higienista e de "limpeza" isso pode nos levar a supor que temos uma relação inadequada com o nosso meio. Estamos "sujando" e ao mesmo tempo destruindo o nosso ambiente e o das outras espécies que nele vivem.

Na última fala, também é possível perceber que alguns profissionais concebem uma associação entre o nível de pobreza e higiene. Esta associação pode estar relacionada ao fato de que essas populações têm possivelmente acesso menor a uma condição de saúde aceitável para o seu desenvolvimento humano pleno. A pobreza em situações muito extremas de carência, em todos os níveis de sobrevivência, encontra-se, normalmente, acompanhada da falta de acesso também ao conhecimento, que pode favorecer a não percepção de um comportamento equilibrado diante do seu meio de convivência. Este fator dificultaria o estabelecimento de uma relação mais estável com seu entorno, favorecendo a criação de situações de risco à saúde e à vida, como o favorecimento da criação de focos de doença, nos domicílios e peri-domicílios, na presença de lixo, matéria orgânica mau condicionada e acúmulo de água em locais inapropriados, por exemplo.

Contudo, a questão maior aí não seria a falta de higiene ocasionada pela pobreza e sim a maneira como estas pessoas podem estar vulneráveis a situações de pouca ou nenhuma qualidade de vida. Estes grupos podem estar,

pela sua condição de habitação e comportamento, desenvolvendo uma relação inadequada com seu ambiente e todo o ecossistema onde está inserido.

Neste contexto de visão reducionista diante da relação saúde e ambiente, observa-se que o fato de não haver deposição de lixo nas ruas e nos quintais sugere uma necessidade menor de intervenção, junto à população, com relação ao cuidado ambiental, por parte de alguns profissionais entrevistados.

... até que as minhas famílias são mais... caprichosa, como se diz, mas mesmo assim, a gente tem que bater na mesma tecla todo dia, cuidar do meio aonde vive, devido as doença, chama rato, né, sujeira chama rato. (ACS 15)

Olha, eu trabalho, por exemplo, uma área que o pessoal é bem... assim tem... bem caprichoso, assim, sabe. Não tem, assim, muita sujeira sabe, então... eu quase nem falo sobre isso com eles sabe. Muito cuidado (o ambiente)... trabalho ao redor aqui do posto sabe. As ruas são limpas, as casas são, é... todo mundo tem o seu filtro... (ACS 07)

Os profissionais afirmam que por trabalhar em área onde os moradores são considerados por eles “caprichosos” a necessidade de uma abordagem mais enfática com relação à questão da relação entre saúde e ambiente seria desnecessária. Este fato parece significar uma associação simples da influência ambiental na saúde, como abordado acima, considerando somente o aspecto da sujeira, falta de cuidado e presença de filtro como exemplos de relação entre saúde e ambiente.

Além de ser uma abordagem que só considera os aspectos negativos dessa relação, reflete uma visão extremamente reducionista ao desconsiderar as inúmeras interfaces das relações dos seres vivos com seu meio ambiente.

Outra importante questão relacionada a esta fala é que a população considerada como mais “caprichosa” é aquela que possui poder aquisitivo mais elevado e que vivem em regiões mais estruturadas. Estes profissionais trabalham nas regiões mais “nobres” da área de abrangência da UBS e consideram que um melhor poder aquisitivo favorece uma melhor relação com o meio ambiente.

De acordo com LaDou (2001), a destruição dos recursos ambientais pode ser relacionada à extrema pobreza que caracteriza

muitas nações em desenvolvimento. Citando Ramphal (1990) afirma que a pobreza é ao mesmo tempo causa e efeito da degradação ambiental. Mas essa destruição não se dá apenas pela ignorância, mas pela sobrevivência.

Isso pode ser considerado uma meia verdade, porque ao passo que o mais desfavorecidos geram maior impacto “observável” nos ambientes, pela degradação de áreas para moradia e deposição de lixo em locais inadequados, as pessoas de melhor poder aquisitivo, tendo maior acesso aos bens de consumo, geram mais lixo. Tal impacto não pode ser observado nas regiões de domicílio, pois esse lixo recolhido é levado para longe das moradias e dos olhos, assim como o esgoto e todos os resíduos gerados nas cidades. Entretanto, ele existe.

Aprofundando a discussão acerca da relação entre pobreza e degradação ambiental, apreendida das falas, pode-se observar que a carência sócio-econômica favorece condições negativas extremas de saúde humana e ambiental

Por exemplo, a vila não tem rede de esgoto né, é... a céu aberto, é... (ACS 13)

Mas aonde que eu moro (a questão ambiental) interfere muito porque existe um, um esgoto a céu aberto que é... avenida Bom Sucesso, vai ser né, falam que é uma avenida, mas não é. E nesse córrego, corre, é, um esgoto a céu aberto, e, sabe o quê que os menino faz? Brinca. (ACS 13)

Então, a gente tem que ter o olhar pra, pros, pros depósitos de, de, que pode ter dengue, onde, os beiradas de rios que tem os, os roedores, né, onde tem acúmulo de lixo, é, onde tem é... é, paredes mofadas pra pessoas que têm problema de respiratório, entendeu. É, crianças que usam muito, é, pé no chão que gente também olha muito em beira de rio. ... E se é, é... rede esgoto, é, vazando, cisterna, se ta em pé, então tudo isso a gente tem que olhar, né. (ACS 14)

Se... dependendo do local onde tem essa moradia, essa, essa vivência, se for um ambiente, é, sujo, maltratado, é, com presença de córregos próximos, então isso vai impactar totalmente dentro da saúde, né, porque não tem como a gente falar de saúde quando não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto, né, quando tem lixos presentes, próximo das residências, é, é, a, quantitativo de roedores, insetos e assim por diante... (ENF 05)

Nestas falas cabe observar dois cenários muito relevantes para uma concepção

ecossistêmica de saúde. No primeiro, a questão da pobreza se torna evidente e deve conduzir a uma reflexão profunda sobre justiça social. Diante de uma realidade completamente inadequada para o estabelecimento de uma condição digna de sobrevivência, os mais desfavorecidos lidam com possibilidades reduzidas de desenvolver uma convivência harmoniosa com seu meio. Os moradores de regiões próximas a córregos e rios poluídos ficam expostos a condições de vida extremamente desequilibradas e insalubres, além da existência do risco de inundações. De acordo com Capra (2006) o equilíbrio ambiental também requer justiça social.

Segundo Goldberg (1994) o estudo das relações entre os problemas de saúde e o meio socioeconômico de uma população interessava, desde há muito, alguns daqueles que desempenhavam a “epidemiologia” e atualmente certos epidemiologistas conservam vivo este interesse. Assim, se torna possível encontrar traços de interesse dos médicos e higienistas com relação ao papel dos fatores sociais e econômicos, que remontariam a muitos séculos.

O mesmo autor ainda afirma que a existência de “desigualdades” diante da saúde devido às condições sócio-econômicas, é agora bem conhecida e tem sido estudada em vários níveis. Pesquisas neste sentido têm permitido demonstrar a relevante influência desses fatores sobre a morbidade, mortalidade, acesso aos cuidados, entre outros.

Entretanto, ele pontua a existência de um descaso com relação aos aspectos sócio-econômicos que pode ser atribuído à posição secundária da pesquisas em Saúde Pública e das disciplinas diretamente envolvidas no seu campo como a Sociologia, Economia da Saúde e Epidemiologia. Sinaliza ainda que esse não seria um exemplo único de descompasso considerável entre a importância real e a que os cientistas lhe concedem.

No âmbito do desenvolvimento de doenças hídricas devido à poluição das águas, como relatado nestas falas, Moraes e Jordão (2002) afirmam que a cada 14 segundos morre no mundo uma criança em decorrência deste tipo de enfermidade. Devido ao consumo de água contaminada estima-se que ele seja a causa de cerca de 80% de todas as enfermidades e de mais de um terço dos óbitos dos países em desenvolvimento. Além disso, em média, até um décimo do tempo produtivo de cada pessoa seja

perdido devido a doenças hídricas. Como causas importantes destas contaminações, cujo resultado é deterioração da qualidade da água e de seus ecossistemas, estão os esgotos com resíduos de diversas origens e excrementos humanos, principalmente no caso de países em desenvolvimento.

Em um segundo cenário, o impacto ambiental se mostra contundente. Parece ideal apenas que os córregos contaminados devam ser tampados, afastados da convivência humana, para que as pessoas tenham dignidade de moradia, com um ambiente limpo. Evidentemente, todos devem estar afastados de riscos à saúde e fontes de contaminação, mas deve-se considerar que é a existência desta fonte que está inadequada e não simplesmente o fato dela estar próxima ou não das residências. Nesta perspectiva da proteção da saúde humana desconsidera-se a dignidade dos demais seres, presentes neste ambiente, que tem o mesmo direito à sobrevivência que nós.

Todos os riscos que esses ambientes contaminados oferecem à saúde destas pessoas desfavorecidas pela sua baixa condição sócio-econômica e de todo o ecossistema são consequências da nossa própria forma de utilização inadequada destes recursos naturais.

Se ele tá perto dum rio, que tá cheio de rato, mesmo que não tá perto do rio, tão perto, mas... eu vou falar da prática que tá acontecendo aqui, tem lixeira, as pessoas colocam o lixo fora do dia do lixeiro, não fecham a lixeira, os roedores tão vindo do rio, aí você tenta conscientizar as pessoas, as pessoas não querem se conscientizar. Então aquilo vai trazer o quê? Doença. (ACS 11)

O fato de um rio estar contaminado, no contexto da saúde humana local, leva ao favorecimento da multiplicação de roedores transmissores de doenças e mesmo carreadores de contaminações para o ambiente familiar. Entretanto, deve-se questionar que o fato de um rio estar recebendo, sem tratamento, esgoto humano, detritos de fábricas, granjas, açougues, hospitais, entre outros, é por si só uma questão de saúde ecossistêmica extremamente relevante. A infestação por roedores é somente uma de milhares de consequências que esta ação antrópica pode ocasionar como, por exemplo, a destruição de habitats de diversos organismos animais e vegetais.

Segundo Nielsen (2001) os sistemas sociais humanos têm se tornado muito influentes no sistema ecológico que a sociedade pode não pode mais atuar sem a devida atenção com a natureza. Estes sistemas sociais humanos causam impactos locais e globais que podem comprometer a qualidade de vida e aumentar a predisposição a doenças. Assim, torna-se essencial tentar entender nosso mundo como um complexo ecossistema sócio-ecológico tomar os passos necessários para gerenciar as questões humanas em caminhos que promovam a saúde, não só das pessoas, mas também do planeta.

No âmbito da assistência, algumas falas refletem o caráter biomédico sob o qual se encontra a base das atividades e concepções dos profissionais em questão. Apesar de estar relacionada à formação tradicional que os profissionais recebem como formação, não se justifica porque, como pontua Waltner-Toews (2001), a saúde não é considerada somente a ausência de doenças.

Eu falo assim, se a pessoa for asmática, tem bronquite, assim se for uma casa que tem mofo, com pouca ventilação isso pode atrapalhar muito. (ACS 17)

O grupo de asma, que a gente participa, a... vamos supor, a criança vem na médica, a médica oriente, passa a medicação. Se ela não muda o ambiente... aquelas orientações que a gente passa, sobre ácaro, cortina, cigarro, tapete... né, não, não, ela vai viver tomando remédio. O local cheio de mofo, por exemplo, então ela vai ter que mexer naquele ambiente. (ACS 11)

... inclusive nós já tivemos até intervenções com sucesso, de melhorar o ambiente familiar, o ambiente de, de convivência da pessoa com a saúde, né, que os, as, problemas respiratórios, as, problema de, de higiene mesmo. (ACS 14)

Porque a gente nota o seguinte, que tem certas casas que a gente entra, que tem muita... Problemas alérgicos e tudo que a gente nota que é, né, problemas até de higiene mesmo. (ACS 08)

Eu acredito assim, que você tendo um ambiente, limpo, mais bem cuidado e tudo... nós temos a obrigação de... nisso, porque isso aí vai, vai ir pra vida da gente em saúde, que aí vai ter menos alergia, menos é... poluição... (ACS 08)

Por exemplo, é, paciente com asma, se ele não tem um ambiente salubre, se ele não tem uma casa arejada, ventilada que né, que tenha um controle rigoroso do ambiente

com colchões encapados e tal, parará, parará, parará, o que é que vai acontecer, ele vai ter um risco maior. (MED 04)

A questão alérgica ou mesmo da asma é muito voltada para a influência do ambiente sem higiene e com mofo, ou seja, foca-se o olhar na unicausalidade. Contudo, nem todas as pessoas do ambiente têm essas respostas alérgicas, o que significa que existem também os fatores individuais de desequilíbrios na saúde destes indivíduos que levam a respostas excessivas do organismo ao agente alérgico.

Segundo Capra (2006), o resfriado comum é bom exemplo para ilustrar esse quadro. Ele só se desenvolve se uma pessoa estiver exposta a um determinado vírus, mas nem todas as pessoas expostas serão contaminadas. A exposição resulta em doença somente quando o indivíduo exposto se encontra num estado receptivo. Isso depende de muitos fatores como condição climática, fadiga, estresse e de uma série de outras circunstâncias que influenciam a resistência da pessoa à infecção, ou ao processo alérgico, como abordado nos relatos acima.

Baseado no conceito de saúde, segundo Waltner-Toews (2001) como a capacidade de atingir metas definidas culturalmente e diante das falhas do modelo biomédico, por exemplo, com relação ao surgimento de organismos multi-resistentes a pesticidas e antibióticos não é possível conceber essa concepção reducionista de saúde.

Com relação ao aspecto higienista da prática de saúde, algumas falas remetem a duas questões importantes. Uma relacionada, em um primeiro momento, ao desenvolvimento de doenças devido à ingestão de alimentos contaminados e em segundo lugar ao modo de produção agrícola familiar no Brasil.

... um que paciente acabou de falar ali comigo numa consulta agora, que ele não lava as, as verduras, as folhas que às vezes ele tá num, num que ele tá num sacolão e lá mesmo ele já pega um rabanete e coloca na boca, sem lavar. Aí ele falou assim: "ah eu não lavo". Aí nos explicamos pra ele, assim, ó, é, tem certas é... tem, além de ter as verminoses que interferem na saúde, eu conheço uma pessoa que tem é... convulsão porque ele comeu uma verdura contaminada... (ENF 01)

É... essa falta de, de, de cuidado que a gente tem com o ambiente em relação a lixo, em relação a poluição, em relação a coisas pequenas igual eu falei, de uma lavagem de

uma verdura, de uma fruta, de uma alface, eu acho que interfere muito, muito, muito na saúde. (ENF 01)

... o paciente falou que ele não lava, não lava as verduras pra alimentar, aí a gente explica né, que o ambiente tem parasitas, tem bactérias que vão interferir na saúde... (ENF 01)

As bactérias e parasitas, citadas pela entrevistada, que podem estar presentes em alimentos contaminados e podem eventualmente ocasionar enfermidade em seres humanos, se desenvolvem grandemente devido à utilização inadequada do meio ambiente. Além disso, o foco que o modelo biomédico confere aos processos de saúde e doença é muito voltado para a uniausalidade, como por exemplo, o risco de se entrar em contato com determinados patógenos através de alimentos contaminados.

A grande ênfase que os profissionais da saúde conferem ao risco do contato com organismos patogênicos é desproporcional à quantidade dos mesmos na biosfera. Segundo Capra (2006), da gigantesca população de bactérias da Terra, apenas um pequeno número é capaz de gerar doenças em organismos humanos e mesmo essas que penetram em nosso organismo são, na maioria das vezes, eliminadas pelo nosso sistema imunológico.

O autor, citando Thomas (1978), ainda afirma que o desenvolvimento de doenças infecciosas depende tanto da resposta do hospedeiro quanto das características específicas do agente patológico. “Parece haver muito poucas doenças infecciosas em que as bactérias causam um dano real e direto às células ou tecidos do organismo hospedeiro. Existem algumas, mas na maioria dos casos o dano é causado por uma reação excessiva do organismo” (CAPRA, 2006, p. 146-147).

De maneira complementar, ele afirma ainda que as doenças infecciosas surjam, em muitos casos, a partir de uma falta de coordenação dentro do organismo, e não de danos causados por organismos invasores. Diante disso se torna extremamente útil estudar as complexas interações da mente corpo e meio ambiente que afetem a resistência aos microrganismos patogênicos, ao invés de focar as ações somente na eliminação das fontes de contaminação.

Com relação à produção de alimentos esta, em sua grande maioria, não é realizada para gerar uma boa nutrição e sim para a obtenção de

lucro. A produção agrícola pode causar danos enormes às regiões onde ocorre com esgotamento e contaminação do solo por pesticidas e fertilizantes químicos, além da contaminação das águas.

Além disso, a contaminação de alimentos por agentes causadores de doenças pode ocorrer através da utilização de fezes humanas para adubação, ou água contaminada para irrigação de hortas e plantações. Como essa prática pode ser observada no cotidiano de alguns pequenos produtores, os alimentos oriundos destas plantações podem se tornar fontes de contaminação por patógenos, entre eles o cisticercos, como citado na fala acima.

De acordo com Almeida *et al.* (2001) à partir de dados da FAO-INCRA (1995) estima-se que dos 6,5 milhões de explorações agrícolas familiares existentes no Brasil, cinco milhões estejam diante de uma situação financeira precária ou de total marginalidade. Essa marginalização socioeconômica deste setor da população rural condena-o ao ciclo da pobreza e degradação ambiental.

Estes pequenos produtores desprovidos de quase todas as condições necessárias para desenvolver sua prática de maneira ecologicamente adequada, e empurrados para ecossistemas extremamente frágeis, desenvolvem estratégias de sobrevivência que acarretam a completa exaustão dos recursos naturais disponíveis (ALMEIDA *et al.*, 2001).

A prática agrícola desenvolvida nestas condições precárias pode ocasionar inúmeros danos ao ambiente, além de gerar alimentos de qualidade comprometida pelo excesso de agrotóxicos e contaminação por patógenos. Entretanto, como pontuado anteriormente a infecção não depende somente da exposição ao patógeno, mas também da resposta imunológica do hospedeiro.

Além das questões já mencionadas, como higiene e saneamento, surge no discurso destes profissionais a questão da educação em saúde e qualidade de vida. A educação em saúde direcionada tanto para a população, quanto para os profissionais de saúde deve ocorrer no contexto ecossistêmico, para que seja suficientemente ampla no alcance de metas verdadeiramente concretas de saúde.

Se a pessoa ela não vive num ambiente adequado com saneamento básico, as questões de higiene, as questões de educação em saúde, qualidade de vida, ela

tá interferindo diretamente nessa questão da saúde, né. (ENF 02)

No âmbito da educação dos profissionais de saúde, de acordo com Nielsen (2001), a pedagogia de ensino envolvida no pensamento ecossistêmico não é servida pelas abordagens reducionistas atuais das disciplinas tradicionais. Esse tipo de abordagem deve ser transdisciplinar considerando situações onde os estudantes de saúde lidem com problemas reais de saúde ecossistêmica, uma abordagem familiar para muitos educadores médicos.

Pontua ainda a importância de estes estudantes aprenderem a lidar com a complexidade e integrar as disciplinas relevantes das ciências naturais e humanas, envolvidas em fornecer soluções ou estratégias de enfrentamento das questões de saúde. Neste sentido, considera que seria interessante que estes alunos interajam com aqueles de outras disciplinas que terão uma participação na gestão da saúde do ecossistema, como, por exemplo, os estudantes de carreiras de planejamento em saúde pública. Além disso, ressalta também que os cursos convencionais fornecem conhecimentos disciplinares essenciais, tal como a ecologia.

Com relação ao conceito de qualidade de vida, como já pontuado o mesmo é muito abrangente, já que leva em conta as necessidades e riscos dos indivíduos e grupos populacionais considerando diversas variáveis. O grupo de Qualidade de Vida da OMS, segundo Fleck *et al.* (1999, p. 179), definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Os autores consideram que nessa definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo e multidimensional.

Pelicioni (1998) considera que o conceito da OMS é abrangente e incorpora de uma forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com características que se destacam no ambiente. Ela firma que esta definição mostra as visões que consideram a qualidade de vida como uma avaliação subjetiva induzindo dimensões positivas e negativas e que se apóia no contexto cultural, ambiental e social.

A autora pontua que esse conceito

transcende o conceito de padrão ou nível de vida, passando da satisfação das necessidades do ter para a valorização da essência humana do ser. Deve ser avaliada pela capacidade que tem determinada sociedade de proporcionar oportunidades de realização pessoal a seus indivíduos no sentido psíquico, social e espiritual ao mesmo em que lhes permita um nível de vida minimamente aceitável.

Minayo (2007) contextualiza que o conceito de qualidade de vida se fundamenta na compreensão de um processo de construção de novas subjetividades pela participação em projetos de mudança, sob uma ótica de desenvolvimento e responsabilidades com as gerações presentes e futuras. Ela define esse conceito como se fosse uma medida que reunisse, concomitantemente, o sentimento de bem estar, a visão de finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para ampliar as possibilidades. Assim, para a autora, a noção de qualidade de vida, no contexto do enfoque ecossistêmico de saúde, abriga nossos desejos de felicidade, nossos parâmetros de direitos humanos, nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde.

Desta maneira, a educação em saúde ecossistêmica e a qualidade de vida são conceitos que se encontram subjacentes ao enfoque ecossistêmico de saúde, na busca de uma interação mais consciente e saudável com nosso meio, entre nós e os demais seres vivos.

Ampliando a discussão acerca da formação dos profissionais da saúde, pode-se inferir, a partir do discurso destes profissionais, que a causa da ausência de uma abordagem mais ecossistêmica se encontra na limitação da sua formação.

Segundo Nielsen (2001) infelizmente as universidades e a ciência em geral têm sido amplamente reducionistas em sua abordagem pedagógica, até o momento. Os profissionais graduados, incluindo os da área da saúde, são preparados inadequadamente para atuar dentro da complexidade inerente das questões e problemas ambientais e da saúde ecossistêmica.

Assim... a gente tem, eu vou dizer a verdade, tem pouca prática nessa abordagem né; a gente aqui como médico de programa de saúde da família, a gente tem dado enfoque mais individual pras coisas né; até por... por conta dos atendimentos mesmo, é muita coisa em

relação ao indivíduo, e às vezes essa parte mais geral a gente perde um pouquinho, mas eu tenho eu tenho que... é... a questão ambiental tem uma influência importante né, no que vem pra gente dentro do consultório. A gente vê quando faz visita, é... visitas domiciliares, algumas questões ambientais que trazem repercussão como o controle de roedores, como controle de... do ambiente mesmo da casa né, das construções, do... onde a casa tá inserida né, as... as encostas né, então a gente vê algumas questões dessas refletirem dentro do centro de saúde mesmo, de forma individual, mas é isso. (MED 01)

Ainda, Capra (2006) afirma que tanto a ênfase na tecnologia de equipamentos como o uso excessivo de medicamentos e a prática da assistência médica centralizada e amplamente especializada têm suas origens nas escolas de medicina e nos centros acadêmicos. O autor pontua também que qualquer tentativa de mudar o modelo atual da assistência deverá começar, portanto, pela mudança no ensino de medicina.

A questão ambiental dentro do contexto da Saúde da Família parece estar se tornando mais evidente para os profissionais que atuam nesse sistema. Estes profissionais encontram-se frequentemente diante das situações ambientais, econômicas e sociais da população, através da prática da visita domiciliar. Desta forma se torna impossível ignorar a influência destes fatores na saúde dos usuários do SUS. Esta condição é muito diferente daquela na qual se encontram os médicos de hospitais, consultórios e clínicas particulares, onde o contexto global de vida do paciente, se não for muito bem explorado na anamnese, é muitas vezes desconsiderado.

Já que os profissionais da assistência à saúde privada não tem acesso ao contexto de vida de seus pacientes através da realização de visitas domiciliares, para prática de uma medicina mais ampliada, a utilização de uma anamnese bem elaborada seria uma ferramenta muito preciosa para se alcançar tal meta. Entretanto, a partir da experiência individual e da observação da experiência de amigos e familiares com profissionais, pode-se perceber, que uma anamnese bem elaborada e extensa, para que haja uma contextualização do processo de adoecimento e melhor compreensão do mesmo, não é uma prática muito comum nestes tipos de ambiente.

Em contrapartida, a fala do profissional entrevistado indica uma carência de atuação neste contexto, o que já configura um passo

importante para a mudança da prática. Entretanto, o modelo biomédico vigente, de caráter assistencial e curativo imprime uma demanda excessiva de trabalho sobre estes profissionais, dificultando uma atuação mais reflexiva e ecossistêmica das questões de saúde da população.

Diante desta formação limitada observa-se um grande problema. Existem muitos aspectos a serem considerados por estes profissionais para a promoção da saúde ambiental, entretanto eles não se encontram, em sua maioria, preparados para tal.

Neste sentido, pode-se observar em algumas falas, uma preocupação com a questão do tratamento das águas de córregos e rios poluídas por esgoto, mas de forma desconectada com o ecossistema. Esta preocupação pode estar relacionada à presença de muitas moradias próximas às córregos e rios, nesta região. Como caracterizado anteriormente, a região Oeste está situada na bacia do Ribeirão Arrudas e tem a maior parte do seu território interceptada por afluentes da margem direita.

... nós temos e tivemos graves problemas na, na área ambiental, né, é... em termos de moradia, em termos de... da... do não tratamento de, de um, de um, de uma água poluída, roedores... entendeu, coleta de lixo não seletiva... a, a relação que o usuário muitas vezes estabelece com o ambiente... (ENF 04)

(Um ambiente adequado) Seria um local com, coleta de lixo adequada, né, é... local onde córregos e rios, com um certo tratamento... (ENF 05)

Em situações de chuvas intensas, as casas são invadidas pelas águas contaminadas, ocasionando sérios problemas de saúde para essa população, principalmente aqueles relacionados à transmissão de doenças infecto-contagiosas.

Em outro aspecto, este cenário indica a destruição de ricos ambientes lacustres, pela eliminação dos esgotos não tratados nestas águas. Deve ser desenvolvida, num contexto da manutenção de uma vida saudável para toda a biosfera, uma visão abrangente das relações ecossistêmicas que permeiam todas as formas de vida. Assim, o tratamento das águas, além de proteger a vida dos ecossistemas aquáticos, protege todos outros seres relacionados à eles, inclusive os humanos.

A água doce é um recurso natural

bastante escasso no planeta, já que sua quantidade disponível para o consumo humano representa menos de 1% da disponibilidade hídrica mundial. Assim, a quantidade disponível estaria atualmente em torno de 600 a 700 litros *per capita*. Contudo, torna-se necessário ressaltar que a questão da escassez dos recursos hídricos não pode ser observada apenas em âmbitos geofísicos ou quantitativos, pois é uma questão eminentemente social relacionada também a padrões de desenvolvimento econômico, de demanda e de qualidade das águas (VARGAS, 1999).

Apesar da relevância da água para a manutenção dos sistemas ecológicos, o comportamento humano tem uma tendência contrária à manutenção do equilíbrio ambiental. Ele desperdiça energia e desestabiliza as condições de equilíbrio através do aumento da sua densidade populacional e suas exigências individuais, além da capacidade de renovação da natureza. Além disso, os produtos residuais transportados pela água são frequentemente tóxicos e podem degradar seriamente o ambiente aquático. Assim, a qualidade da água doce está sendo comprometida em todas as regiões povoadas da terra (MORAES; JORDÃO, 2002).

Além dos aspectos relacionados à higiene do ambiente, algumas falas também levantam a questão da relevância da alimentação como um fator ambiental relevante para a saúde.

Falo da questão do, da alimentação adequada né da... do... duma higiene, do ambiente de higiene, falo da questão do é... poeira, às vezes ambientes do ponto de vista físico eu comento sempre, o paciente que às vezes que tem uma relação direta com isso. (MED 02)

Mas tem aquela (questão) também assim, da, da criança que mora lá num, num cantinho onde não tem recurso, onde não tem higiene, onde não tem comida, que eu acho que isso também é o ambiental né. (MED 05)

O fator nutricional, como um importante fator do ambiente no favorecimento da saúde humana é extremamente relevante. Um organismo bem nutrido se torna apto a reagir naturalmente aos organismos causadores de doenças, através da atuação equilibrada do sistema imunológico.

Capra (2006) afirma que o acentuado declínio das doenças infecciosas no final do século XIX e começo do século XX tem sido

normalmente creditado à medicina moderna. Entretanto, afirma que estudos da história dos tipos de doença mostraram que essa contribuição foi muito menor do que realmente se acredita. Pontua que Thomas McKeown, destacada autoridade no campo da saúde coletiva e medicina social, realizou um dos mais detalhados estudos da história das infecções que forneceu evidências de que o declínio impressionante da mortalidade a partir do século XVIII foi devido principalmente à melhoria da nutrição e condições de higiene e saneamento.

Desta maneira, pode-se perceber que a influência do ambiente na saúde humana e ecossistêmica ocupa um lugar de destaque, que tem sido muito discutido nos últimos séculos. Cabe acrescentar, entretanto, que todas as ações de melhoria ambiental, voltadas para a saúde humana favoreceram muito a melhoria da vida, mas não deve ser desenvolvidas separadamente do cuidado e preservação do mesmo. Sem um ambiente equilibrado e preservado, nenhuma ação de promoção e proteção da saúde e a prevenção da doença estarão garantidas, já que a desconsideração deste fator, em longo prazo, pode comprometer a manutenção dos recursos naturais básicos para a subsistência da vida no planeta.

Ainda de acordo com Capra (2006), a saúde dos seres humanos é predominantemente determinada, não por intervenção médica, mas pela alimentação e natureza de seu meio ambiente. Os aspectos de higiene ambiental, muito abordados na maioria das falas, têm seu lugar e importância em ambientes extremamente modificados pelo homem como áreas urbanas e até mesmo rurais, mas as questões fundamentais como a da necessidade de uma boa alimentação e preservação do meio ambiente, para que um organismo se encontre saudável e equilibrado devem ser consideradas também neste cenário.

No aspecto da assistência à saúde contemporânea, o problema central da mesma, segundo Capra (2006), é o conceito biomédico de doença segundo o qual as doenças são entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular e tem raízes unicasais. Ou seja, este modelo deixa margem a várias espécies de fatores causativos aderindo à doutrina de “uma doença, uma causa”.

Ó, eu percebo, por exemplo, pacientes que tem problemas respiratórios, por exemplo o ambiente domiciliar inadequado, mofo né, ou poeira, pais... familiares que fumam

dentro de casa, por exemplo, paciente que tem problema de saúde, de... respiratório. Os, os pacientes que tem às vezes problemas intestinais, gastrintestinais, diarréias associadas às vezes ao uso de água não tratada, né... (MED 02)

É, é, é interessante assim, por, por lidar com criança e criança tem muita doença respiratória, então assim, é, é... a gente trabalha muito... a, a questão ambiental enquanto é, é... a poluição do ar, né. (MED 05)

Uma criança vivia aqui, dois irmãos com asma, rinite, direto. Vivia em crise, usando antibiótico, a mãe vivia reclamando que tava sempre em crise. Fui visitar a avó e aproveitei e peguei a casa de surpresa. Cheguei lá, o avô tinha mais de 90 pombos no quintal, bicho de pelúcia na casa onde a criança passava o maior tempo, tapete e, cortina, e eu já havia orientado o controle ambiental. (MED 04)

Então, assim, é a casa mofada que a gente tem que orientar que não pode ser... (MED 05)

Pode-se perceber nestas falas que as doenças respiratórias estão associadas ao mofo, poeira, presença de animais, tapete, cortina, fumo, entre outros e as doenças intestinais são associadas à utilização de água não tratada. Estes são exemplos de explicações de causas únicas para as enfermidades.

Ainda de acordo com Capra (2006), a teoria da causação específica foi muito bem sucedida em casos, por exemplo, de infecções agudas e deficiências nutricionais, mas a maioria das enfermidades não pode ser entendida em termos de conceitos reducionistas. Em muitos casos, contudo, principalmente em populações usuárias de serviços públicos de saúde de países em desenvolvimento, como no caso Brasil, as doenças devem ser consideradas no contexto de uma alimentação precária, forte estresse oriundo de situações de desemprego e violência, por exemplo, e baixa qualidade de vida, como pontuado anteriormente.

Outro ponto a ser observado é que o termo controle ambiental, na fala acima, é utilizado na perspectiva da adequação do ambiente domiciliar de acordo com a necessidade de saúde do morador. Deve-se ponderar que um controle ambiental adequado deve considerar, principalmente, o impacto que as ações humanas estão causando nos ambientes de ocupação destas residências. Desconsiderar o

equilíbrio ambiental e a complexidade do processo de saúde, onde diversos fatores interagem leva à necessidade de uma medicalização excessiva, como citado na fala acima. Mesmo esse “controle ambiental” não será suficiente para o alcance de um estado de saúde satisfatório, já que desconsidera o ambiente e a saúde como realidades muito mais amplas e complexas.

Ainda cabe ressaltar que na perspectiva da saúde humana, mesmo que os fatores ambientais domiciliares sejam reestruturados para a melhoria de sintomas alérgicos, infecções gastrointestinais, entre outras, a questão do equilíbrio com o meio ambiente de forma ampla, incluindo uma alimentação adequada, devem ser pensadas, no sentido de buscar uma imunidade aos fatores irritantes do ambiente e a cura das patologias, não só dos sintomas.

Tal visão está intimamente relacionada com visão cartesiana que se encontra muito fortemente presente na prática atual da saúde. Assim, também é possível observar a compartimentalização da medicina cartesiana onde as diversas áreas são restritas ao cuidado de enfermidades específicas desconsiderando o ser humano na sua integralidade e na sua inter-relação ecossistêmica.

É, na ginecologia isso tá mais relacionado com o ambiente de... é... banheiro né, de higiene íntima, esse tipo de relação. Na ginecologia e obstetrícia o máximo que se pode ter seria isso. (MED 03)

De acordo com Capra (2006), o método cartesiano desenvolveu excelentes progressos em certas áreas e continua gerando resultados estimulantes. Entretanto, o fato de ser inadequado para resolver outros problemas fez com que os mesmos fossem negligenciados quando não desconsiderados.

As funções que representam as atividades integrativas do organismo e suas interações com o ambiente são as funções fundamentais para a saúde do organismo. “Como a medicina ocidental adotou a abordagem reducionista da biologia moderna, aderindo à divisão cartesiana e negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos acham-se hoje incapazes de entender ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais” (CAPRA, 2006, p. 98).

Da mesma maneira, com a compartimentalização da medicina, diferentes

especialistas sentem-se limitados quando se defrontam com questões de saúde que não estão relacionadas diretamente ao objeto da sua especialidade médica.

7.2 - Visão antropocêntrica com relação ao ambiente

A forma do ser humano se relacionar com a natureza é bastante diferente dos outros tipos de vida existentes no planeta no que tange principalmente a utilização dos meios de sobrevivência. Mantemos uma relação de exploração com relação aos recursos naturais e tal comportamento leva conseqüentemente um significativo desequilíbrio ambiental pela alteração de inúmeros ecossistemas. De acordo com Capra (2006) a agressão excessiva e comportamento destrutivo são aspectos predominantes apenas dentro da espécie humana e estão relacionados a valores culturais e não a “fenômenos intrinsecamente naturais.”

Esse tipo de comportamento está ligado a uma visão de mundo antropocêntrica que, de acordo com Cuéllar Saavedra (2006), se refere à maneira como o homem se concebe no conjunto dos seres vivos. O ser humano é visto como o centro de onde o resto dos seres adquire sentido e esta posição lhe confere uma autoridade sobre os demais organismos.

Para este autor a origem do antropocentrismo se encontra em textos bíblicos de origem judaico-cristã onde se pode observar que o ser humano é considerado como criação divina, feito sua imagem e semelhança, elevado à categoria de filho de Deus, herdeiro de alma imortal e de um espírito superior. Esta altura divina na qual se encontra o homem, o destina a exercer o domínio sobre todo o ser vivente, a crescer e multiplicar-se. De acordo com Milaré (2007), essa forma de pensamento com raízes no pensamento judaico-cristão, talvez distorcida, vem há séculos moldando a chamada civilização ocidental.

Entretanto, Cuéllar Saavedra (2006) afirma que a partir de uma perspectiva verdadeiramente religiosa este pensamento não se justifica. Desta semelhança com Deus não se pode inferir uma superioridade sobre o resto dos seres criados, mas uma irmandade, como disse São Francisco de Assis, e uma responsabilidade

para justificar as ações humanas como mostra o escrito da parábola dos talentos no Novo Testamento

Neste cenário de discussão acerca da visão antropocêntrica Capra (2006) afirma que, no âmbito da ciência clássica a natureza era percebida como sistema mecânico, composto de várias estruturas básicas. Mediante esta visão Darwin desenvolveu a teoria da evolução onde as unidades de sobrevivência eram a espécie, a subespécie e outros componentes da estrutura do mundo biológico. Entretanto, passado mais de um século do desenvolvimento desta teoria, sabe-se que a unidade de sobrevivência é o organismo no seu ambiente.

O autor afirma ainda que, um organismo que se comporte unicamente em termos de sua própria sobrevivência destruirá o seu meio, destruindo conseqüentemente a si mesmo. É este cenário que temos observado na história da evolução humana. Do ponto de vista sistêmico, a unidade de sobrevivência não é uma entidade e sim um modelo de organização desenvolvido ao longo dos séculos por organismos determinados e suas formas de interação com o ambiente.

Diante desta grande relevância do meio para a sobrevivência das espécies, pode-se afirmar também que é este meio, complexo e amplo, que proporciona as condições básicas para a saúde humana e dos demais organismos vivos. Assim, cabe ressaltar que a apropriação da discussão ambiental é extremamente necessária por parte de todos os seres humanos, mas principalmente, por parte das pessoas responsáveis por gerir e desenvolver as ações de saúde.

Estes profissionais têm no contexto da promoção da saúde e prevenção da doença um amplo leque de possibilidades de utilizar conceitos e práticas ambientais no desenvolvimento de suas ações, de forma a favorecer uma relação mais consciente das pessoas com o seu ambiente, de forma ampla, e conseqüentemente com a sua saúde e a saúde ecossistêmica.

Entretanto, apesar destas possibilidades a visão antropocêntrica se torna muito evidente. Foi possível observar em algumas falas a personificação do ambiente juntamente com a idéia de retorno negativo por parte deste. Tal retorno estaria relacionado aos fenômenos naturais resultantes do desequilíbrio ambiental, causado pela ação predatória que desenvolvemos em nosso meio. Esta forma de observar os

fenômenos naturais pode estar muito relacionada com a visão antropocêntrica que temos desenvolvido ao longo da nossa evolução cultural.

... devido ao que tá acontecendo agora com o ambiente o resultado tá vindo pra gente, são doenças que antigamente eram restritas a certos ambientes e agora já tá chegando pra gente aqui, e tá atacando muito a população, inclusive questões de óbito... (ACS 01)

Nós prejudicamos o ambiente e ele volta contra a gente. (ENF 01)

Porque aí a gente tá trazendo pras equipes o... a questão da pessoa adoecer mais, quando tá tendo agudos, o porquê que o ambiente tá fazendo ela adoecer, é isso, né. (ACS 14)

Existe uma forma de pensar hegemônica na qual todas as coisas do meio natural foram criadas para a nossa utilização. Em “A Escalada do Monte Improvável” Dawkins (1998, p. 279) afirma que há ao longo da história “acreditou-se amplamente que a criação bruta estava aqui para nosso proveito.” Essa visão é explícita no primeiro capítulo do livro do Gênesis onde existe a afirmação que o homem tem o “domínio” sobre todas as coisas vivas e que animais e plantas existem para nosso proveito.

Este autor pontua que as atitudes de que as coisas existem para nosso proveito ainda domina em nossa cultura, mesmo com o desaparecimento de seus fundamentos. Precisamos desenvolver uma mentalidade menos centrada nos seres humanos, para finalidades de compreensão científica. Se os organismos tivessem sido colocados na Terra por algum propósito este certamente não seria para o benefício humano. Ele enfatiza a necessidade de aprendermos a ver as coisas através de olhos não humanos.

Diante deste pensamento antropocêntrico é lógico pensar que os fenômenos catastróficos também seriam originados para punir a nossa espécie. Se todas as coisas não foram criadas como o objetivo de nos servir, também os fenômenos naturais negativos não têm a intenção de nos prejudicar. Apesar de não ocorrerem objetivamente para a nossa destruição os processos naturais catastróficos representam cada vez mais uma questão extremamente relevante a ser considerada.

Além dos fenômenos locais como enchentes de rios próximos às residências que são muito facilmente associados às ações predatórias do ser humano sobre estes ambientes, existem fenômenos resultantes da alteração ambiental antrópica de amplitude global cujas consequências tendem a ser extremamente drásticas.

Segundo Ricklefs (1996), devido à circulação da atmosfera e dos oceanos determinados tipos de poluição têm consequências globais, ou seja, os seus efeitos se dissipam muito além da fonte de poluição. Dentre as mais preocupantes destas alterações ambientais se encontram a destruição da camada de ozônio e o aumento da emissão de gás carbônico (CO₂) e outros gases estufa.

O autor ainda afirma que as consequências destes fenômenos, no caso da camada de ozônio, estão relacionadas à elevação drástica da radiação ultravioleta na Terra com riscos de alteração das moléculas de DNA dos organismos, inclusive das plantas. Tal fenômeno, além de aumentar a taxa de incidência de câncer de pele na perspectiva de danos diretos à saúde humana, e alterar o funcionamento de inúmeros ecossistemas, poderia causar uma redução da produção primária de alimentos.

No caso do aumento da emissão de CO₂ e outros gases estufa, a consequência seria a intensificação do efeito estufa no planeta ocasionado uma alteração na produção agrícola, elevação do nível do mar e rompimento generalizado das comunidades ecológicas naturais com extinção de parte da fauna e flora associada. Apesar de ser impossível medir a precisão destas previsões o potencial de deterioração do ecossistema, associado a problemas sociais e econômicos relacionados às possíveis mudanças na agricultura, deve levar a uma ação imediata de redução na emissão destes gases. (RICKLEFS, 1996).

Precisamos tomar consciência das nossas ações no meio, de forma local e global, deixando de pensar e utilizar o ambiente somente no sentido de satisfazer nossas necessidades construídas pelo pensamento hegemônico capitalista. Nossas ações devem estar de acordo com uma forma de vida voltada para a proteção do equilíbrio ambiental, do qual necessitam todos os seres vivos.

Esta forma de perceber o mundo deve estar presente na consciência individual e coletiva, entretanto, deve existir de maneira mais

enfática nas atitudes e discursos dos profissionais responsáveis pela busca de uma condição melhor de vida humana e planetária.

Porém, ainda no âmbito de uma visão fortemente antropocêntrica, algumas falas representam a idéia de ambiente “adequado”, “apropriado”, “controlado”, “livre” de condições inadequadas para se alcançar a saúde. Entretanto, essa visão orienta apenas para o bem-estar humano, desconsiderando que ele depende de um equilíbrio ecossistêmico.

É... na saúde, eu acredito que, na saúde que quando cê tem um ambiente adequado a saúde também vai caminhar junto né. (ENF 01)

É... eu percebo que ambientes onde a gente não consegue ter um controle legal é... né, desse convívio homem/é...saúde ambiental eu percebo que tem, tem tido alguns resultados negativos e impactos negativos pra esses indivíduos né. (MED 01)

Porque se agente não tem um ambiente, é... adequado, consequentemente a gente não vai ter uma saúde adequada e vice-versa. (ENF 02)

Então, é essencial que a gente tenha um ambiente adequado, né, pra que a gente possa ter uma, uma vida mais saudável. Então, é fundamental que esse ambiente esteja preparado, é, é, pra que o ser humano, né esteja em *locus*, nessa moradia, nesse ambiente, nessa, nessa sociedade. (O ambiente adequado) Seria um local com, coleta de lixo adequada, né, é... local onde córregos e rios, com um certo tratamento... mais o quê? Seria um ambiente propício, até mesmo pra algum, algum tipo de atividade física, né, pro, pro ser humano, e o ambiente mesmo saudável, né, pra que possa tá convivendo as pessoas, né. (ENF 05)

... (um ambiente) livre de qualquer coisa que possa prejudicar a sua saúde, a sua saúde com certeza vai ser melhor, né e nosso dever como agente de saúde é proporcionar isso pro paciente, tá. (ACS 02)

A influência da, do, da, duma pessoa que tem um habitat apropriado pra ela ter um bom... uma boa, uma boa saúde, né. (ACS 14)

O homem faz parte de um sistema que deve estar equilibrado para que todos os organismos em interação tenham seu funcionamento biológico ocorrendo da maneira certa. Contudo, esta forma de perceber o

ambiente favorece uma percepção do mesmo como externo ao homem, cujas características devem estar adequadas às necessidades humanas.

Neste sentido Forget e Lebel (2001) afirmam que a gestão humana do ecossistema é antropocêntrica e não necessariamente busca a manutenção do balanço do ecossistema tal como existia antes do surgimento dos seres humanos, a menos que este equilíbrio inicial fosse considerado vantajoso para o homem.

Esta forma antropocêntrica de reconhecer o ambiente pode ser observada inclusive na nossa legislação. Segundo Milaré (2007) a Constituição Federal de 1988, no art. 225, *caput*, afirma que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as futuras gerações.” Ele sinaliza que esta afirmação enfatiza “o caráter patrimonial” do meio quando o caracteriza como “bem de uso comum”. Além disso, afirma que tal conceituação demonstra uma fundamentação claramente antropocêntrica segundo a qual o mundo natural tem valor somente quando atende aos interesses dos seres humanos.

Por um lado pode-se dizer que a legislação de uma determinada sociedade se encontra baseada na sua cultura. Sendo assim, ela reflete as características culturais de um povo e o pensamento destas pessoas acerca de temáticas específicas. Por outro lado, se o ambiente é considerado pela lei maior deste país como “um bem de uso comum” é natural que as pessoas percebam como legítimas as necessidades de adequação do ambiente às demandas de saúde e qualidade de vida. Este texto da lei além de caracterizar a relação da maioria pessoas com meio certamente atua como diretriz para a elaboração de programas públicos relacionados à proteção ambiental e da saúde.

Todas as características do meio, citadas nas falas, refletem também uma idéia finalística do meio, na direção de que o mesmo deve estar adequado ao bem-estar e segurança da população humana. O ambiente equilibrado deve deixar ser visto unicamente através da perspectiva higienista, cuja finalidade é saúde humana, e ser visto como uma condição para a sobrevivência de todos os organismos.

A idéia de que o ambiente seria somente o espaço de convivência humana como o

domicílio ou o ambiente de trabalho também pode ser observada nestes discursos. De acordo com a formação e a prática destes profissionais, no âmbito do modelo biomédico, essa visão reducionista pode ser considerada muito natural.

Então, quando a gente faz as visita domiciliar a gente tem um, um olhar, né, do ambiente que o, a doença também pode estar no seu ambiente, no seu habitar né. (ACS 14)

... a poluição... domiciliar, eu tenho pacientes aqui que é uma coisa que, eu não fui a casa não, mas eu, eu... ACS visitou e a Auxiliar de Enfermagem visitou. É... ela trabalha com reciclagem, então ela vive do lixo e convive com o lixo e mora no lixo. A casa dela é um lixo. (ACS 14)

Se cê mora num, num ambiente saudável, cê vai ter mais saúde do que cê morar num, num ambiente insalubre. (MED 05)

O ambiente é muito importante, ele interfere... totalmente na saúde, né, porque às vezes a pessoas vive no médico, mas tem que mudar o ambiente dele porque, senão, não vão ver nenhum resultado. (ACS 11)

Tem aí na Prefeitura esse programa de asma, então drena pra gente muito paciente asmático, que, é assim, a primeira fala é perguntar como é seu ambiente e a última fala é falar vão melhorar o ambiente, cem por cento das crianças que são asmáticas o ambiente tem alguma coisa que pega. (MED 05)

Desde, da, do, de, de áreas que um, um trabalhador que trabalha ou que mora em uma área de muito barulho, por exemplo, né, ele vai adoecer por causa do barulho, ele vai adoecer por causa da inalação de produtos tóxicos, ele vai adoecer é... pelos hábitos, né, que ele, que ele desenvolve... Então esse ambiente que o cerca, né, ele... a, a insalubridade aí, ela... acontece de todos os lados, né. (ENF 04)

... às vezes você vê os pacientes, por exemplo, que trabalham é... é, né... o, o nível de esforço físico muito grande, o ambiente de trabalho às vezes difícil isso repercutindo em problemas de coluna, dores né, relacionadas a esse tipo de ambiente. (MED 02)

Se eu trabalho num ambiente insalubre, com a casa... né, a sala sem ventilação, uma ergonomia não adequada, isso tudo vai tá relacionado com a minha saúde, minha posição, minha coluna né, tudo isso eu acho que tá... é diretamente relacionado. (MED 04)

Entretanto, no contexto ampliado do enfoque ecossistêmico de saúde, o ambiente deve ser percebido de maneira ampliada como o espaço de interação de inúmeros seres vivos que se encontram presentes no mesmo. Em um cenário global, o ambiente domiciliar e de trabalho está inserido em um ecossistema maior que é influenciado grandemente pelas ações que realizamos em nosso meio.

Todo o contexto de sobrevivência dos cidadãos deve se considerado também no aspecto da conscientização de que atitudes e condições de vida podem impactar na sobrevivência de outras formas de vida. Assim como o contexto ambiental global também interfere na vida das pessoas, de forma individual, e dos demais seres vivos.

Uma simples ação de queimada de lixo ou folhas de árvores nos domicílios causa a emissão de CO₂ na atmosfera. Tais ações individuais, somadas, podem refletir na qualidade de vida global, ou seja, de todos os seres vivos. Este tipo de comportamento deve ser questionado por parte destes profissionais, e não somente os aspectos relacionados ao domicílio, que tem relação imediata com a saúde, como a presença de mofo, por exemplo.

A eliminação de mofo ou objetos que favorecem o acúmulo de poeira e ácaro das residências de pessoas com problemas respiratórios é uma ação extremamente relevante para a qualidade de sua saúde. A questão da ergonomia e da salubridade no ambiente de trabalho também é muito importante. Mas outras características destes ambientes, além do comportamento destes cidadãos com relação à natureza, também devem ser considerados. Um ambiente de trabalho que é insalubre para os profissionais que nele atuam, no caso de fábricas que eliminam gases tóxicos, tem grande repercussão para a saúde dos mesmos, mas também pode configurar uma importante fonte de poluição ambiental.

Além de atuar no âmbito da proteção da saúde cabe salientar a relevância da participação dos profissionais da saúde pública em discussões acerca da conscientização da população (e quem sabe deles mesmos) com relação à preservação ambiental. Devem ser questionados comportamentos que causam impacto no ambiente buscando o desenvolvimento de um maior conhecimento sobre as questões ecológicas. Estes comportamentos podem ser caracterizados, por exemplo, pela produção

excessiva de lixo, queimada e eliminação incorreta do mesmo.

Desta maneira, não basta enfatizar somente as questões domiciliares e de ambientes de trabalho como impactantes na saúde. Não basta também considerar que os impactos causados nestes ambientes estariam voltados somente para as pessoas que neles vivem. As ações individuais quando somadas podem ter impactos ambientais em contextos muito mais amplos como da rua, bairro, cidade, estado, país ou mundo.

Com relação ao cuidado com o ambiente, este se mostra relacionado exclusivamente à proteção contra doenças, numa perspectiva de caráter antropocêntrico. Esta é uma visão que possibilita muitos benefícios imediatos para a saúde humana, mas este cuidado centrado no ser humano deve se expandir para o contexto ambiental, já que dependemos desde ambiente de forma muito ampla. Segundo Almeida *et al.* (2001) a posição antropocêntrica ao defender a centralidade indiscutível do ser humano, valorizando a natureza de um ponto de vista instrumental.

... E... se você não faz nada disso (cuidado com o ambiente) você vai pegar doença né, você vai se sentir mal e não vai conseguir de forma nenhuma, né melhorar a sua saúde e também, não só a sua saúde, mas também das pessoas que vivem ao seu redor. (ACS 04)

Cuida gente, do meio onde cês vivem, viu. Não coloca fogo não, porque trás problema respiratório, é, não joga lixo na rua não, porque, não faz mal procê aqui, suponhamos, cê jogou na rua, mas a chuva vai levar, o bueiro, vai cair no bueiro, do bueiro vai pro ali córrego, do córrego vai pro rio Arrudas ali, entope o rio Arrudas. (ACS 15)

De acordo com essa tendência de instrumentalizar o ambiente os seres humanos tendem a considerar que o mesmo deve ser cuidado no sentido de atender às necessidades de saúde ou qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, a manipulação ambiental ocorre no sentido de proteger a saúde sem questionar os graves impactos que as ações antrópicas causam no meio.

Nestas falas as consequências do descuido com o ambiente estão ligadas diretamente ao prejuízo da saúde humana. Apesar de serem afirmações verdadeiras, estas

falas demonstram um caráter fortemente reducionista e antropocêntrico. De acordo com as idéias expostas, as queimadas e a deposição de lixo nas ruas levam à consequências imediatas à saúde, mas estas ações ocasionam também problemas ambientais muito importantes.

A queima de materiais orgânicos no âmbito das cidades, como folhas de árvores e lixo orgânico, além de prejudicar a saúde de pessoas alérgicas leva à emissão de CO₂ na atmosfera, que como abordado acima, atua na intensificação do efeito estufa.

O lixo não orgânico ao ser queimado pode produzir gases tóxicos prejudiciais à saúde. A deposição de lixo em ambientes públicos ocasiona, em um cenário facilmente observável, o assoreamento de rios que correm próximos a inúmeras residências. Este assoreamento ocasiona enchentes que são extremamente prejudiciais para a saúde humana e ecossistêmica.

Neste cenário de visão com grande ênfase nas questões humanas foi possível observar, com relação à percepção de mundo, que o mesmo é considerado inexistente sem a presença humana. Tal percepção expressa forte visão antropocêntrica. De acordo com Milaré (2007, p. 129), essa “corrente de pensamento, ou tendência inconsciente, faz do homem o centro incontestável de tudo quanto se pratica e se desenvolve sobre a Terra.”

Né, o mundo que a gente vive, nós somos, é, pessoas que fazem parte do mundo, né. Porque mundo sem gente não é mundo, né. (ACS 15)

A natureza precede a existência dos seres humanos, mas a visão antropocêntrica é tão arraigada na sociedade humana que permite a existência de pensamentos deste tipo. Este fato esta ligado à forma como percebemos o mundo e as outras criaturas, como se tudo existisse para realizar as nossas necessidades. De acordo com esta forma de pensar não seria lógica a existência do mundo, sem a nossa presença.

Finalmente, pode-se perceber que a questão ambiental na concepção atual da assistência à saúde pode estar sendo caracterizada apenas por um cenário higienista reducionista. Ou seja, o problema ambiental aí seria a presença de esgoto a céu aberto, ausência de água tratada e condição sanitária satisfatória.

Uai, essa, essa relação (saúde e ambiente)

ela existe, ela é comprovada né, eu acho que um, um dos fatores mais importantes na nossa sociedade, por exemplo, cidade grande, pra isso é... tem muito mais haver com o ambiente emocional que o ambiente, do ponto de vista é... de salubridade.

Eu acho que isso tem um impacto hoje em dia, no, no, pelo menos em Belo Horizonte, onde eu trabalho, um impacto muito maior do que a questão de salubridade de ambiente, de, de contaminação bacteriana ou qualquer coisa que vá... eu acho que um ambiente de estresse de pressão social, um ambiente de alta competitividade, um ambiente de, de cobrança muito grande, de condição de trabalho as vezes inadequada, condições é, familiares, ambiente familiar deteriorado, prejudicado por conflitos, por problemas de, de, de, né, de drogadição, famílias estão desestruturada em função de infidelidades né, ou abandono familiar, é, idosos que estão recebendo pouco auxílio, suporte familiar. Acho que isso adocece muito mais do que a condição de salubridade, então eu vejo essa relação emocional e, e, maior do que a... é o ambiente de pressão emocional, de desajuste, impacto enorme na saúde, enorme, assim... não dá nem pra quantificar de tão presente que ele é. (MED 02)

Tirando, as, as famílias que tem, né, o esgoto a céu aberto, não tem uma... um filtro em casa né, não tem uma água tratada, não tem uma condição sanitária satisfatória é... a população que resta ela tá exposta a um ambiente de muito estresse, na sociedade. (MED 02)

Esta visão reducionista e a desconsideração da questão ambiental somam-se ao problema da existência de um elevado nível de estresse na sociedade. Mediante a realização das entrevistas foi possível perceber que a questão do desemprego, da pobreza, da violência, das drogas, da criminalidade, entre outros, tem tido um impacto mais perceptível para estes profissionais. Estes problemas são muito mencionados nas consultas e configuram um verdadeiro problema de saúde.

Em um contexto mais ampliado, ou seja, na concepção holística de doença, a enfermidade física é apenas uma das inúmeras manifestações de um desequilíbrio do organismo. Assim, outras manifestações podem aparecer na forma de psicopatias e sociopatias, consideradas hoje importantes problemas de saúde pública.

Neste sentido, o enfoque ecossistêmico de saúde está fundamentado, de acordo com Minayo (2007), na construção de nexos que vinculam estratégias de gestão integral do meio

ambiente com uma abordagem da promoção da saúde humana dentro de uma visão complexa. Este enfoque tem como dois de seus importantes pressupostos a existência de uma profunda e dinâmica interação entre os diversos componentes do ecossistema e o bem-estar da saúde humana e o fato de que a articulação entre os componentes da saúde, da questão social e do ambiente requer novas metodologias de abordagem. Além disso, tem como um dos seus desafios metodológicos, promover a participação das pessoas que vivem os problemas ambientais e de saúde e considerar o conceito de participação social incluindo nas reflexões e ações, os gestores públicos, os políticos e os cidadãos.

Nestas falas verifica-se que as questões emocionais ligadas ao estresse e à pressão social possuem maior relevância do que as questões consideradas ambientais. De acordo com Capra (2006) é possível verificar um aumento alarmante do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, como sintomas de uma precária saúde social. Ele afirma que a saúde tem muitas dimensões que são decorrentes da complexa interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais da natureza humana.

Entretanto é impossível considerar qualquer aspecto da saúde humana separadamente do cenário ambiental. Por maior que seja o impacto causado pela vida social sobre a saúde humana, o ambiente ecologicamente equilibrado é um fator de extrema relevância.

Ao focar a questão emocional em detrimento da ambiental desenvolve-se uma visão compartimentalizada da saúde e do ser humano desconsiderando-o como um organismo participante de inúmeras relações ecológicas. A concepção cartesiana que considera os organismos vivos como máquinas, constituídas de partes separadas, permite que na prática da saúde os profissionais elejam fatores únicos de doença. Quando você enfatiza apenas um aspecto, como a questão emocional abordada nas falas, desconsidera fatores muito relevantes como a relação ambiental e compromete a busca por uma melhora dos sintomas ou da cura, num cenário bem mais desejável. Somado a este fato tal visão pode favorecer um comportamento destrutivo com relação ao ambiente. Quando o profissional desconsidera a estabilidade ecológica do meio como um dos principais fatores para a manutenção do bem-estar humano delega essa relação para um plano de menor

importância tornando-a foco de menor cuidado e atenção.

Num cenário global do impacto pela ação antropogênica no planeta, Ricklefs (1996) afirma que a população humana está aumentando em todo o mundo em uma taxa de quase 2% ao ano e consumindo os recursos naturais mais rapidamente do que eles são regenerados pela biosfera. Ao mesmo tempo esbanjamos as fontes de energia não-renovável e depositamos tantos rejeitos que a qualidade do ambiente em determinadas regiões do planeta se deteriora a uma taxa alarmante.

Para controlar o impacto das nossas ações precisamos desenvolver urgentemente uma visão mais ecológica, com o objetivo de garantir a sobrevivência da vida na Terra como conhecemos e consequentemente das gerações futuras. Essa visão conservacionista é, entretanto incompatível com o posicionamento antropocêntrico e o modelo de dominação que temos desenvolvido ao longo da nossa história neste planeta.

Essa mudança de paradigma depende exclusivamente da nossa ação. Para Capra (2006), podemos deliberadamente alterar nosso comportamento mudando nossas atitudes e nossos valores, a fim de adquirirmos a espiritualidade e a consciência ecológica que perdemos.

7.3 - Fragilidade do conceito de zoonoses no âmbito da Saúde Pública

O WHO Expert Committee on bacterial and Viral Zoonoses considera que determinadas zoonoses bacterianas e virais têm maior impacto sobre a saúde e economia de muitas pessoas. Este impacto é aumentado pelo fato de que, em adição à transmissão direta, um grande número de zoonoses pode ser transmitido ao homem de reservatórios animais através de alimentos de origem animal e resíduos animais. Outras zoonoses dependem total ou parcialmente de vetores artrópodes para manter suas cadeias de infecção em e entre animais e seres humanos, expondo assim um grande número de pessoas às doenças em questão (WHO, 1982).

De acordo com este comitê, zoonoses são responsáveis por enfermidades generalizadas e morte entre humanos, além de minar a saúde animal e a produtividade, reduzindo a produção

de alimentos. Sua propagação está muito relacionada ao movimento das populações humanas através do mundo e mudanças em seu tamanho e densidade. Este fator tem alterado os padrões de resistência e exposição a doenças zoonóticas, afetando assim seu curso. Ainda, o aumento de populações de animais domésticos e sinantrópicos e as condições sob as quais esses animais estão vivendo têm aumentado a exposição das pessoas a esse tipo de enfermidade. Estas questões associadas a mudanças ambientais têm favorecido o aparecimento de certas zoonoses em regiões que não eram anteriormente afetadas.

Atividades humanas como desmatamento, irrigação, drenagem, criação de lagos artificiais, urbanização, tanto quanto as mudanças no meio rural, padrões de utilização da terra, entre outros, têm impactado profundamente a ecologia destas regiões. Tais alterações podem, por exemplo, criar nichos ecológicos que favorecem a reprodução de vetores artrópodes e o desenvolvimento de grandes populações de reservatórios animais. Além disso, essas alterações podem também favorecer o desenvolvimento de populações de animais sinantrópicos e vetores que transmitem esse tipo de enfermidade (WHO, 1982).

Apesar de toda a relevância que esse tipo de patologia tem sobre a saúde humana e da relação que possui com o equilíbrio ambiental, ela parece não ser muito bem compreendida por parte dos profissionais da saúde pública.

... igual Dengue, essas doenças assim eram mais focadas em determinada região, em determinado ambiente e agora já tá vindo aqui pra gente, em excesso (riso). (ACS 01)

(Alterações ambientais) Traz mais doenças né, tipo a dengue, é... a leptospirose... no meu ponto de vista sim. (ACS 09)

Então, o caso é assim, por exemplo, a pessoa, o próprio ser humano que não cuida de tudo né, porque se ele fizesse tudo, ou pelo menos uma parte, ou cada um fizesse um pouquinho, não taria tanta doença, principalmente a dengue né? É que as pessoa não tem consciência e não conscientiza pensando assim: "Ah, não aconteceu comigo." É o que mais cê vê falar. Hoje mesmo eu vi um caso desse, aí ela falou assim: "Eu nunca pensei que eu ia pegar dengue!" (ACS 13)

Se nós não cuidarmos, quem que vai cuidar? E se não cuidamos gera... gera... gera problema, muitos problemas, a qual nós

tamos vendo aí, tá tendo praticamente um surto de dengue, que com certeza deve ser devido a isso, porque um faz, o outro não faz a sua parte. Então todos têm que fazer pra poder dar certo né? Se cuidarmos vai dar tudo certo! (ACS 16)

Hum... Deixa eu ver! A dengue, por exemplo, né? Por causa do desmatamento né? Tudo né? A dengue é uma delas né? (ACS 17)

Ó, na verdade o que eu vejo aí no meu trajeto, eu tenho vinte anos de formada, o que eu vejo... assim... é... que realmente assim, né, nesse período quando eu formei não existia dengue, hoje existe a dengue né, assim, exis..., claro que existia mas a gente nem via. (MED 05)

Tem a ver, tem a ver (impacto ambiental e surgimento de zoonoses). Doença do gato, doença do cachorro, do rato, a dengue que tá matando, que o Marajó em peso tá no UPA, todo mundo... (ACS 15)

Nós estamos com uma epidemia de dengue, por exemplo, né. É... a gente sabe, e parece que também tá tendo epidemia de malária hoje lá no..., subindo assim, não sei eu vi na televisão dois mil por cento de aumento de... malária lá no, no, no norte do país em função do desmatamento, da invasão da terra né?! E com isso repercutindo na saúde pessoas. Na dengue, por exemplo, é um bom exemplo dessa questão ambiental né, por exemplo, a falta de, de, adesão popular a esse entendimento, por exemplo do lixo, né dos, dos descartáveis por exemplo, que é uma coisa tão presente isso repercute demais nessa epidemia de dengue, não só a chuva mas a gente vê às vezes casas tirando assim quilos e quilos de, de lixo de casa e nós estamos agora com vários casos por exemplo, de, de dengue e uma relação parece, onde, onde tá sendo o foco de lixo em que as pessoas não tem acesso a esse lixo... (MED 02)

Aí impacto ambiental eu não sei, porque aí eu acho que tem muito a ver com falta de educação do povo mesmo. Então tem muita doença que a gente tá, né, vivendo agora, que tá tendo demais por causa de falta de educação do povo mesmo. Dengue!... Se o povo fosse educado...

É, é! A dengue, aí vem leptospirose por causa de enchente. Porque que muita enchente acontece? Sujeira nos bueiros, né, então tá relacionado também, com certeza que elas vão aumentar. (MED 07)

Nós tamos sobre alerta sobre descartáveis, com abusivos, né, com abusivos. As pessoas usando, é, usando assim, de, de forma, de forma é... discriminante, é o descartável, né, as sacolas plásticas, os, os

copinhos, as garrafas PET, as, as, é... o descartável em geral, que eu acho que isso tá com exagero, né, com exagero e isso tá deixando mau condicionados, né, então onde que a gente tá esses surto de dengue por que a gente não tá conseguindo fazer, que são montanhas e montanhas que a natureza não consegue absorver em poucos anos, né, então isso aí vai ser um reflexo pra poder a gente adoecer com muito mais frequência, né, a... sobre, sobre a não, a não absorção da Terra, da, do ambiente... (ACS 14)

Nestes discursos é possível perceber a fragilidade do conceito de zoonoses por parte dos profissionais entrevistados, com relação aos tipos de doenças que compõem esse grupo de enfermidades. Muitos associam o dengue a um tipo de zoonose, mas de acordo com o conceito da OMS, as zoonoses são transmitidas de forma natural entre os animais vertebrados e o homem. Sendo assim sabe-se que o dengue não é caracterizado com uma zoonose, mas sim como uma doença infecciosa, tropical, classificada como antroponose.

Entretanto, apesar de não ser classificada como uma zoonose, o dengue configura uma enfermidade relacionada ao desequilíbrio ambiental. Nesse sentido, é possível observar em muitas falas uma relação clara entre alterações ambientais e o surgimento de determinadas doenças.

Para Gomes (2005) vários elementos do ambiente são relacionados com a ocorrência de dengue. Fatores exógenos como o clima modulam o ciclo vital do vírus e de seus vetores. Além disso, a água das chuvas possibilita a reprodução e desenvolvimento da fase aquática dos vetores.

De acordo com Abrahão (2005), considera-se atualmente a possibilidade de que o fenômeno de alterações do clima possa constituir fator agravante da expansão de doenças tropicais. Diante de uma visão ampliada de saúde, epidemias de dengue seriam mais uma evidência da crise ambiental e social na biosfera.

A confusão acerca deste conceito mostra-se muito clara e presente no cotidiano destes profissionais. A grande maioria dos entrevistados citou o dengue como um exemplo de zoonose relacionada às alterações ambientais provocadas homem na natureza. Além de ser observada no contexto dos profissionais entrevistados, esta realidade parece estar arraigada também no contexto da saúde em

estudo.

Em publicação da SMSA (BELO, HORIZONTE, 2008 a), na introdução referente às atribuições da equipe de controle de zoonoses, o dengue é citado dentre as zoonoses prevalentes no município. Além dessa questão, neste documento não consta uma definição específica para este tipo de enfermidade e ainda possibilita uma interpretação equivocada sobre a mesma.

Quando esta publicação se referencia às ações de controle e prevenção das zoonoses prevalentes em BH a descrição das mesmas é feita com os seguintes termos: “zoonoses prevalentes no município, como a dengue, leishmanioses, raiva, controle de roedores e escorpiões, dentre outras” (BELO HORIZONTE, 2008 a, p. 76). Esta frase leva a uma interpretação equivocada acerca dos tipos de zoonoses e sua diferenciação com relação a ações de controle.

É possível inferir, a partir da leitura do texto deste documento, que a confusão acerca do conceito possa estar ocorrendo de maneira muito contundente no âmbito da saúde pública. Cabe ressaltar que as enfermidades citadas nesta produção, legitimamente classificadas como zoonoses, são somente a leishmaniose e a raiva. O controle de roedores é uma ação de prevenção da transmissão de outras zoonoses e o controle de escorpiões está relacionado à prevenção de envenenamentos, pois este animal não desempenha o papel de reservatório de nenhum tipo de zoonose.

Diante do questionamento acerca das alterações ambientais e o surgimento de zoonoses, muitos profissionais, expressando em sua fala outra face da fragilidade desse conceito, associaram o conceito desta patologia à função do Centro de Controle de Zoonoses da PBH ou ao trabalho dos seus profissionais. Torna-se necessário discutir que, apesar da nomenclatura estar referida ao controle de zoonoses, este serviço é na verdade realizado no âmbito do controle de endemias e doenças transmitidas por vetores.

Não porque as pessoas hoje estão muito conscientes das, das coisas, principalmente na, na área que eu percorro, eles são muito conscientes, são muito cuidadosos entendeu? Eles não dão muito trabalho para a Zoonose. O pessoal chega lá, olha, é um trabalho até... mais fácil. (ACS 03)

Olha, ele, ele, ele, ele, o homem, é... o meio ambiente... o quê que vai acontecer? Igual,

é... vamos supor que tem uma, uma, uma mata, uma floresta, essas coisas. Se ele for lá e destruir é... esse ambiente aqueles animais que ta ali não vai... é... ficar lá mais. Vai vir pra, pra, pra... O meio urbano. É isso, eu penso assim, aí com isso vai, vai é... surgir novos casos e isso vai impactar nas zoonoses (serviço de Zoonoses) também. Vai fazer alguma intervenção, alguma coisa. (ACS 05)

Uai, precisa deles né, pra orientar né? Eu acho que precisa deles pra orientar porque é... antes num, num tinha... as pessoas... num tinha esse... como é que eu vou te explicar?... Porque antes era...é, é, a, a população era menor, não é? Então, não precisava desse tipo de, de, de cuidado que a gente tem agora. E... era tudo mais natural... né? A tecnologia ainda não tinha chegado, então eu acho que, né, agora com essa tecnologia eu acho que ao invés de melhorar às vezes, alguma coisa piorou. Uai, eu acho que, que a Zoonoses... sobre o trabalho das zoonoses? (ACS 06)

... eu fui fazer uma visita com, com um médico aqui do posto sabe, da minha equipe. Então eu fiquei reparando a casa, de repente eu vi uma, uma vasilha lá, cheia... eu não sei se era já os, os... a... como é que chama? (dengue) As larvas, né? Aí comuniquei a Zoonoses pra ir lá. Eu mesmo, é... joguei no chão a água, sabe depois chamei a Zoonoses. Eu acho que eles têm uma grande influência, sabe. Porque eles vão pras casas justamente pra isso, com ajuda da gente também, né? (ACS 07)

Ah é, porque o, a Zoonose ela cuida do meio ambiente com relação à pessoa, suponhamos, não deixar a caixa d'água destampada pra não proliferar o mosquito, os ratos, cachorro, né, gato, isso tudo tem a ver com as Zoonoses não é? E então, é, é sim, né. Tem a ver sim. (zoonose com impacto ambiental) (ACS 15)

Bem, na verdade essa situação que a gente tá vivenciando, que eu acredito que tem já um bom tempo, né, que a gente vem, vem vivenciando isso, é, é... o fato do homem em si, dentro do, do, do seu ambiente, é, é, acabando com a natureza né, e, não tendo essa, essa parte educativa, que eu acho que isso aí é uma parte também educativa, né, faz com que surja é, é, essa profissão, a Zoonoses, fundamentalmente. Não só, é lógico que ela faz parte, que tem que ter, é, ela ajuda muito na parte epidemiológica, é claro né, e tem, é mesmo, essa parte de prevenção e promoção, o que seria uma coisa simples pra gente tá lidando, né, de orientação acaba fazendo, o homem acaba fazendo que se torne um trabalho árduo, né. Porque, o quê que acontece, destrói a

natureza, joga lixo no local errado, indevido, ou mesmo até dentro dos córregos, aconteceu há pouco tempo uma situação aqui da Tereza Cristina, que mediante a chuva, né, teve a enchente, trouxe as doenças, né, então, é fato. Então esse quantitativo, o quantitativo dessas causas que ocorreram é o que faz com que é, é, ocorra e faça é, é, fazer presente a Zoonoses. Então o trabalho deles é fundamental dentro da saúde. (ENF 05)

Então assim, agente tá sempre fazendo um trabalho de parceria com o pessoal da Zoonoses nesse sentido. Por exemplo, a gente convida das Zoonoses pra participar dos grupos de hipertensos, de diabéticos, pra orientar, pra informar, pra falar sobre a questão da dengue, da leptospirose, da leishmaniose, de tudo isso, porque aqui já teve enchente, né, na Tereza Cristina, nós já tivemos paciente com quadros é... graves, inclusive leishmaniose visceral nós tivemos até crianças, com leishmaniose visceral. (MED 04)

Então assim, tem certas coisas que a gente consegue agir, mas tem certas coisas que dependem da questão cultural e que aí fica impossível nosso, nosso trabalho entendeu. A gente tinha antes uma equipe de Zoonoses super ativa, super dinâmica, extremamente interligada com a, com a Unidade Básica. Hoje a gente tem uma equipe diferente, o profissional foi transferido do local, por causa de concurso e foi uma perda pra gente, até hoje a gente lamenta porque a gente não tem mais aquele contato tão frequente. Mas a gente fazia essa parceria frequentemente, da Zoonose com a Equipe de Saúde da Família. (MED 04)

De acordo com o Código Sanitário Municipal de Belo Horizonte, lei 7031 de 12/01/96, artigo 89, a SMSA deve coordenar as ações de prevenção e controle de zoonoses, em articulação com os demais órgãos competentes, das esferas federal, estadual e municipal. Além disso, esta secretaria normatizará as ações de controle e prevenção de zoonoses (BELO HORIZONTE, 1996).

Já que no SUS de BH as atividades de controle de zoonoses foram descentralizadas para as UBS, atualmente, as ações de controle de zoonoses adquiriram um vínculo estreito com a assistência e áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador (BELO HORIZONTE, 2008 a). Além disso, essa descentralização possibilitou um trabalho conjunto entre profissionais das UBS e do controle de zoonoses. Como a nomenclatura do

serviço e do cargo está descrita no aspecto do controle de zoonoses essa nomenclatura parece ter se tornado arraigada à função destes profissionais.

Até o ano de 2008, estes profissionais eram denominados agentes de controle de zoonoses, apesar de trabalharem com o controle de várias endemias e doenças transmitidas por vetores. Entretanto, como referido anteriormente, a Lei n. 9.490 deste ano, alterou a nomenclatura de suas funções para Agentes de Combate a Endemias ao criar estes cargos. Assim, como parece não haver uma compreensão clara sobre o conceito de zoonose por parte dos profissionais entrevistados, essa nomenclatura se tornou muito associada ao serviço e ao cargo destes profissionais.

Uma maior compreensão e atuação no âmbito das zoonoses pode ser observada por parte de profissionais de medicina veterinária ou outros profissionais da área de controle de zoonoses. Dentre os profissionais do serviço de controle de zoonoses muitos possuem formação em biologia e medicina veterinária. Este fato pode estar relacionado à evolução histórica da medicina veterinária preventiva.

De acordo com Pfuetszenreiter *et al.* (2004) uma das práticas da Medicina Veterinária direcionada para a medicina populacional é a Medicina Veterinária Preventiva. Ela “está ligada à saúde humana por aplicar conhecimentos da epidemiologia para prevenir as enfermidades animais e melhorar a produção de alimentos” (PFUETZENREITER *et al.*, 2004, p. 1661). O segundo tipo de prática veterinária relacionada à saúde das populações seria a saúde pública, inicialmente desenvolvida no âmbito da higiene de alimentos.

De acordo com estes autores, ao longo de sua evolução histórica a Medicina Veterinária Preventiva teve suas ações relacionadas às atividades ligadas à “doença animal”. Citando Schwabe (1984) afirmam que as primeiras ações de controle à doença animal têm seus registros em antigas civilizações antes da era cristã. Com o surgimento das civilizações a produção de alimentos estava muito associada à utilização da força animal e neste cenário já começa a surgir a necessidade do controle das enfermidades animais. Com a expansão das nações, os esforços de controle deste tipo de enfermidade se tornam necessários em larga escala, pela importância que os cavalos assumiam dentro dos exércitos.

Em 1762 é criada a primeira escola de veterinária, separada da medicina humana, devido principalmente ao surgimento de enfermidades que atingiam um grande número de animais na Europa. Tais esforços educacionais foram amplamente reconhecidos pelos líderes militares e houve o estabelecimento de centros organizados de tratamento veterinário. O controle sanitário relacionado à criação de animais realizado neste contexto forneceu as bases para as primeiras medidas direcionadas à saúde pública, entretanto dentre as principais falhas dos programas veterinários estavam as deficiências de comunicação com o público (PFUETZENREITER *et al.*, 2004).

Com a “revolução microbiológica” do século XIX foram iniciados programas governamentais voltados para o enfrentamento de infecções de animais de fazenda e o sucesso destas ações permitiu a criação de animais em larga escala. Novos procedimentos em ecologia aplicada, como o controle de vetores, passaram a ser utilizados na saúde pública de maneira muito bem sucedida. A compreensão de mecanismos microbiológicos marcou uma fase muito produtiva para a Medicina Veterinária Preventiva, mas esse tipo de conhecimento não era suficiente para explicar o aparecimento das enfermidades (PFUETZENREITER *et al.*, 2004).

Segundo os autores, referenciando Shwabe (1984), tal constatação gerou uma crise instalada no início dos anos 1950 e em resposta a ela surgiu a “revolução epidemiológica” onde havia a compreensão de que deveria haver uma análise dos múltiplos fatores que interagem para a ocorrência das doenças. A epidemiologia foi introduzida na Medicina Veterinária Preventiva através da Saúde Pública objetivando auxiliar sua prática. Os profissionais da Medicina Veterinária Preventiva ingressaram assim, no campo das doenças transmissíveis e no serviço médico preventivo devido aos seus conhecimentos e habilidades em medicina populacional e também por causa da importância das zoonoses. Este tipo de enfermidade é relativo a 80% das doenças transmissíveis em humanos.

Os autores ainda sinalizam que, uma das primeiras medidas realizadas no âmbito da saúde pública, estavam ligadas à retirada de animais do interior dos domicílios, na Idade Média. A importância da Medicina Veterinária na saúde pública cresceu com o reconhecimento das pesquisas médica comparadas, na metade do século XIX e isso favoreceu uma forte ligação

entre a Medicina Veterinária e a Medicina Humana.

Após a Segunda Guerra, a atuação da Medicina Veterinária na saúde pública estava voltada para a criação de programas de controle de zoonoses, através da epidemiologia. Assim, como consequência da interação com os profissionais da medicina humana, os médicos veterinários começaram a ocupar um lugar dentro da saúde pública. Surge então a saúde pública veterinária, cuja denominação foi utilizada pela primeira vez em 1946 em um encontro da OMS. De acordo com este documento, tal área tem como atividades o controle de zoonoses, higiene de alimentos, entre outras. Essa publicação ainda enfatiza que o enfrentamento das zoonoses se configura em uma das principais atividades da saúde pública veterinária (PFUETZENREITER *et al.*, 2004).

Ambas, Medicina Veterinária Preventiva e saúde pública veterinária cujas atividades básicas estão voltadas para a proteção da saúde animal, com enfoque no controle de zoonoses, têm concepções de saúde muito semelhantes e que passam pela preocupação com a promoção da saúde da coletividade (PFUETZENREITER *et al.*, 2004).

Assim pode-se perceber que a concepção acerca das zoonoses está intimamente relacionada com a formação em medicina veterinária. Entretanto, a concepção do conceito de zoonose e a compreensão acerca do tema devem estar presentes no cotidiano de todos os profissionais da saúde pública de maneira ampla e, principalmente, dentro de um contexto ambiental.

Outra questão importante que pôde ser observada no discurso destes profissionais está relacionada à associação entre o termo zoonose e a patologia que ele representa.

Zoonoses ou cê fala roedores?
(entrevistadora: Zoonoses, as doenças, zoonoses.)

Ah bem, das doenças. Você falou zoonoses! Com certeza, por exemplo, o rio. As pessoas começam é... jogar lixo no rio... né... aumenta roedores, porque, o, se tem alimento pra ele, ele vai procriar e vai. Aí vem o problema do lixo, da enchente, agora, que tivemos aqui no Conjunto Betânia, várias pessoas... teve pessoas que morreram aqui no Conjunto Betânia, devido à enchente. Então, é... o impacto do, é muito grande, da mudança da natureza. Interfere né? Interfere. (ACS 11)

A partir desta fala é possível perceber que o profissional faz uma clara separação entre zoonose e doença. Neste caso o profissional possivelmente não consegue reconhecer o termo zoonose como uma classificação relacionada a determinados tipos de patologia. É possível observar uma associação deste termo com o serviço ou o profissional do centro de controle de zoonoses, como descrito acima.

Entretanto, desconsiderando o conceito de zoonose em questão, existe nesta fala a construção de uma relação entre o impacto ambiental e surgimento de enfermidades. Neste caso, essa relação se faz no contexto da poluição do rio que corre próximo ao local de trabalho do profissional e moradia dos usuários do SUS, na região em estudo. Este ambiente hídrico, ao receber diretamente em seu leito o conteúdo de esgotos sem tratamento possibilita, além de outros problemas, a criação de um habitat favorável à proliferação de roedores, devido principalmente à presença de matéria orgânica em abundância.

Neste contexto, Moraes e Jordão (2002) pontuam que o aumento da população humana e de sua tecnologia ocasionou impactos no âmbito da produção de efluentes domésticos e da erosão seguida de alteração da paisagem pela agricultura, reflorestamento e urbanização, entre outros. No contexto da poluição os autores ainda afirmam que podem ser mencionados outros processos relacionados à alteração da qualidade da água, como as contaminações bacteriológicas e químicas, eutrofização e assoreamento. Essas contaminações são originárias, principalmente do lançamento de águas residuais de diversas origens nos rios e lagos.

Além disso, a presença do lixo nos bueiros e na canalização dos rios atrapalha o escoamento da água. Este fato associado a um processo de assoreamento faz com que a água transborde causando sérios danos à saúde humana e ao ecossistema local, através das enchentes. Moraes e Jordão (2002) referenciando Magalhães (1995) afirmam que a rápida urbanização concentrou populações de baixo poder aquisitivo em regiões carentes de serviços de saneamento essenciais. Tal situação contribui para a geração de poluição concentrada, além de sérios problemas de drenagem que são agravados pela deposição inadequada de lixo, assoreamento dos corpos de água e consequente diminuição da velocidade de escoamento das águas.

De acordo com Vargas (1999), a

ocupação das zonas periféricas, menos acessíveis e menos equipadas em infra-estrutura, pela população de baixa renda levam a uma forma de urbanização “espontânea” apoiada em uma ocupação irregular do terreno. Tal ocupação, que normalmente se dá em terrenos impróprios em áreas de risco ou de proteção ambiental, “produz um ciclo vicioso de ocupações insalubres sobre o meio, pois engendra o desmatamento de terrenos, provocando erosão e aumento de riscos de deslizamento da terra ou inundações devidas ao assoreamento de córregos e rios” (VARGAS, 1999, p. 116).

Ainda, a associação entre a doença e o meio, descrita nesta fala, indica também uma percepção acerca do espaço onde se desenvolvem os processos de saúde e doença como fator relevante. De acordo com Silva (1997, p. 589) muitas doenças, especialmente as zoonoses, “têm habitats naturais em ecossistemas bem definidos nos quais patógenos, vetores e hospedeiros naturais formam associações, ou biocenoses, em que o patógeno circula.”

Desta forma a paisagem se configura como um fator epidemiológico já que possui as características do ecossistema local. É a ocupação humana no cenário dos focos naturais que ocasionam as doenças e estas se incorporam no contexto ecológico passando a fazer parte do ecossistema. Segundo o autor este contexto demonstra a limitação da doutrina de Pavlovsky, pois esta não se refere ao comportamento de uma doença quando ela ultrapassa o seu meio natural e se incorpora a uma sociedade humana (SILVA, 1997).

Neste cenário é possível observar que estes profissionais percebem uma relação entre a presença de animais dentro ou próximo das residências e o surgimento de doenças, numa visão local.

(A influência do impacto ambiental no surgimento de zoonoses) Eu vejo na relação das pessoas com esse ambiente ou com essas, no caso os animais né, é... por exemplo, eu tenho muitas visitas domiciliares onde os cachorros convivem, né, com várias doenças dentro do ambiente familiar né, o..., a questão dos roedores mesmo, é... do... das galinhas, patos, tenho visto isso também... é, como que eles lidam com essa coisa do armazenamento da água dentro de casa ou fora, no terreiro né, por mais que a gente passe pra eles essas questões de cuidados é diferente a forma como eles levam, pelo costume que eles tem com as coisas né... (MED 01)

A associação entre a presença de animais e o surgimento de zoonoses demonstra uma concepção mais correta de acordo com o conceito desta patologia. Entretanto, não ocorre a menção do nome de nenhuma zoonose especificamente. Esse fato pode sugerir que os profissionais não estejam familiarizados com essa temática, que tem muita relação entre equilíbrio ambiental e saúde. Muito menos uma visão abrangente e holística da relação homem/natureza pode ser observada.

Aqui, a noção de impacto ambiental parece estar muito relacionada com as alterações de ambientes domiciliares e não do ambiente como um todo. Essa referência pode estar relacionada à prática destes profissionais, voltada para o individual. Dessa forma, o impacto do ambiente em geral não é reconhecido sobre a saúde das pessoas. O foco de observação e preocupação se concentra nos problemas encontrados dentro das residências. Essa percepção também pode estar relacionada, como pontuado anteriormente, à formação destes profissionais, dentro do contexto reducionista do modelo biomédico, que dificulta uma visão mais ampliada do ambiente e dos problemas ambientais gerais que impactam na saúde.

Contudo, essa situação observada, de animais dentro ou muito próximos das residências, pode realmente gerar um desequilíbrio neste ambiente domiciliar, e favorecer um habitat extremamente propício para o surgimento de doenças, principalmente as zoonoses, no caso da presença destes animais. Essa prática de criação de animais em domicílios é muito antiga, mas atualmente relaciona-se com a população com baixo poder aquisitivo. Como normalmente ocorre com pessoas carentes a qualidade nutricional não é adequada e, portanto estas pessoas podem se encontrar em maior risco de contrair infecções graves.

Segundo Ávila-Pires (1989), nas populações periféricas a aglomeração e inexistência ou deficiência de serviços de engenharia sanitária ocasionam a contaminação do solo, do ar e da água diante dos quais essa população se encontra exposta. Ciclos domiciliares e urbanos de doenças afligem essas populações, “que vivem em habitações improvisadas, em núcleos e sociedades desorganizadas, deficientes em saneamento básico e onde o número de animais domésticos sem controle é grande” (ÁVILA-PIRES, 1989, p.

91).

Tal situação pode oferecer grande risco para a saúde dessa população e nesse sentido Pfuetzenreiter *et al.* (2004) afirmam que de acordo com OMS as zoonoses são um importante fator de morbidade e pobreza, pelas infecções que causam em humanos e perdas econômicas associadas à produção animal.

No âmbito dos riscos ambientais Forget e Lebel (2001) afirmam que estes normalmente, além de advirem do consumo de água e comida contaminadas, a ausência ou inadequação de facilidades sanitárias, ocorrem também da exposição a vetores de doenças e zoonoses dentre as quais se encontram a malária, esquistossomose, raiva, leptospirose, entre outras, tal como a prevalência de habitações inadequadas. As sociedades expostas a estas condições, cuja maioria da população é muito pobre, são caracterizadas, entre outras coisas, por altas taxas de morbidade ligadas a doenças transmissíveis.

Apesar da contextualização do surgimento de enfermidades a partir de alterações ambientais, não ocorre uma relação deste fato com a destruição de ambientes e ecossistemas extremamente relacionados e relevantes para a sobrevivência do homem e demais organismos.

Não era tão frequente (dengue). Então a gente vê que essa coisa da... a, o... do, do ambiente urbano crescendo, né, dessa, essa fuga do campo... é, é... cada vez mais a cidade crescendo, cada vez mais desmatando, realmente surgiram doenças que antes a gente não tinha com esse volume né, então... existe o aumento mesmo, grande, né. É... assim, cê vê assim, em número de doenças aparecidas em função disso eu acho que não tem número, mas tem em, em número assim, cê tem poucas doenças que vieram com essa urbanização, não sei se pode se chamar assim, mas as que vieram, vieram com uma força enorme né, cê vê, quantos anos que a gente usa... acho que a dengue é a, é a principal, né, da gente citar, tem a Leishmaniose, tem outras, mas assim, a dengue como tá, né..._____ né isso realmente a gente vê, é um impacto muito grande né. (MED 05)

A associação entre impacto ambiental e surgimento de zoonoses se torna bastante evidente nesta fala e assim cabe discutir o papel que este tipo de enfermidade representa para a população e os profissionais da saúde. As

patologias exemplificadas na fala como leishmaniose e dengue se enquadram na categoria de doenças emergentes. Segundo Pignatti (2004, p. 137), “o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) define doenças emergentes como aquelas doenças infecciosas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro.”

De acordo com Waltner-Toews (2001), doenças emergentes, reemergentes e recentemente reconhecidas, nas zonas tropicais e temperadas representam falhas na compreensão do sistema sócio-ecológico em que vivemos e falhas em responder a novos entendimentos que sejam descobertos. O nosso aprendizado a partir destas falhas vai determinar grandemente quanto sucesso obteremos em criar comunidades saudáveis e sustentáveis neste planeta.

Além disso, o autor pontua que doenças emergentes demonstram para nós quanto o nosso conhecimento da natureza e nossa responsabilidade de gestão estão sendo limitadas. Em particular, sinaliza que a nossa compreensão de como as variáveis sociais e ambientais parecem comportar-se como sistemas adaptativos complexos deve mudar a forma de pensarmos os programas sociais, gestão econômica, ou ambiental.

Em texto do Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, da Conferência Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASADE, 1995), pode-se constatar que no final do século passado ainda persistiam ou ressurgiam doenças tais como malária, cólera, leptospirose, dengue, doença de Chagas, filariose e esquistossomose, que são estreitamente relacionadas com a forma predatória de intervenção no meio ambiente. Este documento sinaliza que essas doenças comuns no passado, além de afetar grandes regiões do interior do país, também ressurgem nos contextos modernos, como ocorreu no caso da urbanização da leishmaniose, da malária e de outras. “Nas áreas remotas, os desequilíbrios ambientais levam a surtos de doenças emergentes, antes desconhecidas, tais como febres hemorrágicas” (CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL, 1995, p. 15).

Hoje, quase 15 anos depois da publicação deste documento podemos constatar que o cenário das doenças transmissíveis e

degradação ambiental praticamente não mudou, principalmente no que tange a amplitude e frequência de surtos edêmicos de zoonoses e dengue nas regiões urbanas.

De acordo com Abrahão (2005) para se avançar no controle de pragas urbanas emergentes trona-se necessária uma significativa intervenção coletiva a partir dos poderes públicos com a participação da sociedade na construção de cidades mais saudáveis, de maneira a modificar as condições propícias à expansão das mesmas.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de toda a complexidade do sistema de organização da ESF na atenção à saúde, a discussão sobre saúde e ambiente, como um saber necessário à prática ampliada da saúde, parece não se fazer presente. Dentre as atribuições comuns aos profissionais dos vários níveis de especialidade da ESF o que se encontra, mais proximamente relacionado à temática em questão, é a ação de planejamento, coordenação, execução e avaliação de ações de vigilância ambiental nos diferentes espaços da área de abrangência da UBS. Estas ações, entretanto, possuem caráter meramente fiscalizador, desconsiderando-se a percepção das interações complexas entre as comunidades e seu meio, de acordo com a abordagem ecossistêmica da saúde.

Com relação à grande ênfase dado ao higienismo por parte dos entrevistados parte-se do pressuposto da longa construção histórica no âmbito deste contexto de medidas higiênicas e terapêuticas do modelo biomédico vigente. Em um meio extremamente alterado pela ação antrópica medidas higienistas se fazem necessárias, pois o desequilíbrio decorrente desta ação favorece muito o surgimento de doenças e a ploriferação de inúmeros vetores. Entretanto, em uma perspectiva ambiental de equilíbrio esse conceito tende a se tornar cada vez menos relevante, já que tal equilíbrio possibilitaria um retorno à dinâmica natural de relações entre homem e ambiente.

Em uma perspectiva de visão antropocêntrica pode-se inferir que este olhar parece permear a prática destes profissionais. Eles tendem a focar suas ações exclusivamente no âmbito da saúde humana mesmo trabalhando no contexto ambiental. Tal visão se apresenta como um paradoxo frente às discussões acerca da abordagem ecossistêmica de saúde. Este enfoque coloca o ser humano como um participante de complexas relações sistêmicas, sobre as quais suas ações negativas geram impactos deletérios tanto para a sua própria saúde, quanto para a sobrevivência das demais espécies do planeta. Sendo assim, essa abordagem necessita urgentemente entrar na pauta das discussões voltadas para a saúde pública, no intuito de diminuir e eliminar as ações antrópicas negativas no ambiente,

fundamentadas pelo posicionamento antropocêntrico.

No âmbito da relação do impacto ambiental no surgimento de zoonoses o não reconhecimento deste termo de forma clara por parte dos profissionais entrevistados apareceu como um fator inesperado. A partir da literatura referente às zoonoses foi possível perceber que a maioria das publicações acerca do tema é desenvolvida por profissionais da área da medicina veterinária. Por ser uma temática de extrema relevância para a saúde pública, torna-se necessária a inserção de outros profissionais, deste campo de atuação, na discussão em questão. Principalmente em países tropicais, em desenvolvimento, que possuem inúmeras condições para o desenvolvimento de endemias e epidemias destas enfermidades. Os profissionais da medicina veterinária desenvolvem discussões acerca do tema de forma muito pertinente, como pode ser observado na literatura. Entretanto, essa discussão deve estar ao alcance de todos os profissionais da saúde, principalmente da área da saúde pública.

Todos os setores da sociedade deveriam elaborar suas políticas e ações no contexto da preservação ambiental, não por uma exigência prática ou científica, mas por uma questão de garantia da sobrevivência da espécie humana e das demais formas de vida no planeta. Entretanto, especificamente a área da saúde pública, como responsável pelo cuidado e manutenção da qualidade de saúde e vida humana, tem grandes possibilidades de atuar de uma maneira condizente com as grandes questões de consciência ecológica e preservação ambiental. O alcance da saúde humana e ecossistêmica depende intimamente do cuidado com o ambiente.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, C. E. C. Dengue, abordagem ecossistêmica. In: AUGUSTO, L. G. S. *et al.* (orgs). *Abordagem ecossistêmica em saúde - ensaios para o controle de dengue*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. cap. 2, p. 137-145.

ALLPORT, G. W. The historical background of modern social psychology. In: LINDZEY, G. (ed.), *Handbook of Social Psychology*. 1. ed. Cambridge, Massachusetts: Addison-Wesley, 1954. v. 1, p. 3-56.

ALMEIDA, S. G.; PETERSEN, P.; CORDEIRO, A. A insustentabilidade do modelo de desenvolvimento agrícola brasileiro. In: _____. *Crise Socioambiental e Conversão Ecológica da Agricultura Brasileira: subsídios à formação de diretrizes ambientais para o desenvolvimento agrícola*. 1. ed. Rio de Janeiro: AS-PTA, 2001. cap 1, p. 13-32.

ALMEIDA FILHO, N. O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia. In: COSTA D.C. *et al.* (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994. p. 203-220.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. bras. Epidemiol.*, São Paulo, vol.3, no.1-3, p.4-20, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, vol.12, n.4, p.177-187, dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 10 mai. 2009.

ÁVILA-PIRES, F. D. Zoonoses: hospedeiros e reservatórios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan. 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22

out. 2009.

BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa. In: CARVALHEIRO, J. R. (org.). *Textos de apoio: epidemiologia I*. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO, nov. 1985. p.13-27.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 225 p. Original francês.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. *et al.* (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994. p. 19-37.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Plano Diretor de Belo Horizonte*. Lei de uso e ocupação do solo: conceitos básicos. Belo Horizonte, mai. 1995.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Código Sanitário Municipal*. Belo Horizonte, 1996. p.162-163.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. *Anuário Estatístico de Belo Horizonte, PBH 2000*. Belo Horizonte, dez. 2000.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal da Coordenação de Gestão Regional Oeste. Gerência Regional de Informações Técnicas. *Perfil Regional 2003*. Belo Horizonte, mai. 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005 – 2008*. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/M_anuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008 a. 432 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Atenção Básica*. Belo Horizonte, 2008 b. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidad e.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Regional Oeste*. Belo Horizonte, 2008 c. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=17024&chPlc=17024&termos=Regional%20Oeste>>. Acesso em 14 dez. 2009.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Regional Oeste*. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=23837&chPlc=23837&termos=Regional%20Oeste>>. Acesso em 14 dez. 2009.

BOURDIEU, P. *A Economia das trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992. 424 p.

BOURDIEU, P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1993. p. 89-94.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 1983. 322 p.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde*. Brasília: Ascom/Pre/FUNASA, jul. 2002. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*. Brasília, 7 a 11 dez. 2003. 230 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 27 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica*. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 27 out. 2008.

CAPRA, F. O. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 2006. 447 p.

CONDE, F.; ANDRÉS, C. P. La investigación cualitativa en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 69, n. 2, p. 145-149, mar./abr. 1995.

CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA SOBRE SAÚDE E AMBIENTE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO SUSTENTÁVEL, 1., 1995, Washington. *Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 104 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Planonac.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2009.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO 1., 1992, Rio de Janeiro. *Agenda 21 Global*. Rio de Janeiro 1992. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/sitio/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=575&idMenu=9065>>. Acesso em 15 out. 2008.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p 595-617, jul./set. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

COURA, J. R. Endemias e meio ambiente no século XXI. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, p. 335-341, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 abr. 2008.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* (orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 51 - 65.

CUÉLLAR SAAVEDRA, J. E. Dignidad humana. Una reflexión crítica sobre antropocentrismo a favor de la responsabilidad solidaria. *Av. enferm.*, Colômbia, v. 24, n. 1, p. 8-16, jun. 2006. Disponível em: <http://enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xiv1_1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2010.

DAWKINS, R. *A escalada do monte improvável*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 372 p.

DUBOS, R. *Determinants of Health and Disease in Man, Medicine and Environment*. New York: Frederick A. Praeger, 1968.

DURKHEIM, E. Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, Paris, v. 6, p. 273-302. 1898.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. cap. 1, p. 31-59.

FLECK, M. P. A *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.2, abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18 mai. 2010.

FORGET, G.; LEBEL, J. An ecosystem approach to human health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 3-38, apr./jun. 2001. Supplement.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. Tradução de Selma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 541 p.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D.C. (org). *Epidemiologia: teoria e objeto*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1994. p. 87-135.

GOMES, A. C. Dinâmica vetorial e suas implicações e suas implicações para a vigilância entomológica do dengue. In: AUGUSTO, L. G. S *et al.* (orgs). *Abordagem ecossistêmica em saúde - ensaios para o controle de dengue*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. cap. 3, p. 147-166.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs). *Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. cap. 4, p. 109-132.

GONÇALVES, C. A. *Zoonoses*. Campinas: CATI, 1995. 121 p.

- GOULART, F. A. A. Representações sociais, ação política e cidadania. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 477-486, out./dez. 1993.
- GUARESCHI, A. P. “Sem dinheiro não há salvação”: Ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. cap. 6, p. 191-225.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, v.15, p. 57-70, 2005. Suplemento.
- JARDIM, C. C. G. *et al.* A descentralização do controle de endemias – uma aposta no município de Belo Horizonte. In: REIS, A. T. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. 1. ed. São Paulo: Xamã Editora, 1998. cap. 20, p. 365-380.
- JOVCHELOVITCH, S. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000, 232 p.
- LADOU, J. Preface. An ecosystem approach to human health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 1-2, apr./jun. 2001. Supplement.
- LE BON, G. *La Psychologie des Foules*. Paris: Alcan, 1895.
- LIBÂNIO, P. A. C. *et al.* A dimensão da qualidade de água: avaliação da relação entre indicadores sociais, de disponibilidade hídrica, de saneamento e de saúde pública. *Eng. Sanit. Ambient.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 jun. 2010.
- LOYOLA CONTRERAS, R. Evolução histórica do pensamento sobre a dicotomia saúde/doença. *Cad. Téc. Vet. Zootec.*, Belo Horizonte, n.31, p. 7-30, abr. 2000.
- LUKÁCS, G. *Existencialismo ou marxismo?* São Paulo: Senzala, 1967. 252 p.
- MAGALHÃES, T. Perigo de morte (ou risco de vida). *Bio*, v. 7, n. 7, p. 4-9, mai./set. 1995.
- MEAD, G. H. *Mind, Self and Society: from the standpoint of a social behaviourist*. Chicago: University of Chicago Press, 1934. 440 p.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* *Epidemiologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006, 493 p.
- MELO, M. B. *Saúde coletiva e mestrado em odontologia: um estudo de representação social*. 2002. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
- MILARÉ, E. *Direito do ambiente: a gestão ambiental em foco*. 5 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. 1343 p.
- MINAYO, M. C. S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* (orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-29.
- _____. Entre vãos de água e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Introdução, p. 17-27.
- _____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo:

- Hucitec/ABRASCO, 2007. 269 p.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* (orgs). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 344p.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* *Fala galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 238p.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p 239-262, jul./set. 1993.
- MORAES, D. S. L.; JORDÃO, B. Q. Degradação de recursos hídricos e seus efeitos sobre a saúde humana. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 Jun. 2010.
- MOSCOVICI, S. *La Psychanalyse: Son image et son public* (Deuxième édition: 1976 ed.). Paris: Presses Universitaires de France, 1961.
- NIELSEN, N. O. The meaning of health. *Ecosystem Health*. v. 5, p. 65-66, 1998.
- NIELSEN, N. O. Ecosystem approaches to human health. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 69-75, 2001. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 jan. 2010.
- OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 jan. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1981. Saúde para todos no ano 2000.
- Pronunciamento do H. Mahler no dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 1981.
- PALACIOS, M.; CAMARA, V. M.; JESUS, I. M. Considerações sobre a epidemiologia no campo de práticas de saúde ambiental. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 13, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>>. Acesso em 03 set. 2008.
- PAVLOVSKY, E. N. *Natural Nidality of Transmissible Diseases*. Moscou: Peace Publishers, (s/data) a.
- PAVLOVSKY, E. N. The current status of the theory of natural focality of human diseases. In: _____. *Human Diseases with Natural Foci*. Moscow: Foreign Languages Publishing House, (s/data) b. p. 9-44.
- PELICIONI, M. C. F. Educação ambiental, qualidade de vida e sustentabilidade. *Saude soc.*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 19-31, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22 jun. 2009.
- PERKINS, W. H., *Cause and prevention of Disease*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1938. 713 p.
- PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. *Cienc. Rural*, Santa Maria, v. 34, n. 5, p. 1661-1668, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 mar. 2010.
- PIGNATTI, M. G. Saúde e Ambiente: As doenças emergentes no Brasil. *Ambient. soc.*, Campinas, vol. 7, n.1, p. 132-147, jan. /jun. 2004.
- RAMPHAL, S. Third World Grievances. *EPA Journal*, United States, v. 16, n. 4, p. 34-43, jul./aug. 1990.

RICKLEFS, R. E. A economia da natureza. In: _____. *Desenvolvimento e ecologia global*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap. 27, p. 419-435.

SABROZA, P. C.; WALTNER-TOEWS, D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1-3, 2001. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 415 p. v. 1.

SCLIAR, M. Pequena história da epidemiologia. In: SCLIAR, M *et al.* (ed.). *Saúde Pública: Histórias, Políticas e Revoltas*. São Paulo: Scipione, 2002 a. p. 25-43.

_____. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Ed. SENAC São Paulo, 2002 b. 92 p.

SCHWABE, C. W. *Veterinary Medicine and human health*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984. 413 p.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

SOARES DE OLIVEIRA, A. M. Relação homem/natureza no modo de produção capitalista. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y e Ciencias Sociales*, Barcelona, vol. 6, n. 119, 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-18.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2009.

SOUZA, M. F. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: _____. (org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo:

Hucitec, 2002. cap. 1, p. 23-33.

TAMBELLINI, A. T.; CAMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>> Acesso em: 03 set. 2010.

THOMAS, L. *Thomas Lauren*. Nova York, 2 de janeiro, 1978. Entrevista concedida à *New Yorker*.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

VAN DER HOEDEN, J. Introduction In: _____. *Zoonoses*. Amsterdam: Elsevier Publishing Company, 1964. introduction, p. 1-5.

VARGAS, M. C. O gerenciamento integrado dos recursos hídricos como problema socioambiental. *Ambient. soc.*, Campinas, n. 5, p. 109-134, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 jun. 2010.

WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its implications to tropical and emerging diseases. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 7-36, 2001. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

WEBER, M. The methodological foundation sociology. In: COSER, L. A.; ROSENBERG, B. (ed.). *Sociological Theory: A Book of Readings*. 3. ed. Toronto: The MacMillan Company, 1970. p. 248-258.

WHO (World Health Organization), 1959. *Zoonoses. Second report of the Joint WHO/FAO Expert Committee*. Technical Report Series 169.

Roma: FAO. 83 p.

Expert Committee with the participation of FAO.
Technical Report Series 682. Geneva: WHO. p.
1-58.

WHO (World Health Organization), 1982.
Bacterial and viral zoonoses. Report of a WHO

10 – ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Primeiro momento ACS

- Identificação da pesquisadora e objetivo da pesquisa
- Apresentação do motivo do estudo
- Informação sobre liberdade de desistência, sigilo das informações e destinação das mesmas
- Apresentação da anuência da gerência regional da PBH e aprovação dos comitês de ética
- Identificação do informante: nome, idade, escolaridade
- UBS de atuação
- Realização de visita domiciliar

Primeiro momento enfermeiros e médicos

- Identificação da pesquisadora e objetivo da pesquisa
- Apresentação do motivo do estudo
- Informação sobre liberdade de desistência, sigilo das informações e destinação das mesmas
- Apresentação da anuência da gerência regional da PBH e aprovação dos comitês de ética
- Identificação do informante: nome, idade
- Faculdade de origem
- Título de pós-graduação, em caso positivo qual instituição de conclusão
- UBS de atuação
- Realização de visita domiciliar

Segundo momento

1. Que relações você estabelece entre saúde e ambiente?
2. Como você aplica o conceito de saúde e ambiente na sua prática profissional?
3. Qual seria a influência do ambiente na saúde das pessoas?
4. De que maneira, impactos ambientais podem influenciar no surgimento de zoonoses?

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA – via pesquisador

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado a participar do trabalho de pesquisa “Saúde, ambiente e zoonoses: visão dos profissionais de uma regional de saúde em Belo Horizonte. 2010” que pretende compreender e analisar qualitativamente como os profissionais das equipes de saúde da família percebem a relação entre saúde e ambiente, e de que forma as intervenções ambientais impactam no surgimento de zoonoses no município de Belo Horizonte. Este trabalho faz parte do estudo de campo da estudante de mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Ana Flávia Quintão Fonseca matrícula (112008701977).

É importante que o campo da Saúde desenvolva uma discussão acerca da questão ambiental e da sua interface com surgimento de zoonoses, para garantir que os serviços prestados estejam em conformidade com uma visão ampliada de saúde.

A operacionalização desta pesquisa se dará em Unidades Básicas de Saúde da regional Oeste e será constituída por entrevistas semi-estruturadas. Assim, contamos com a sua participação na entrevista. Os instrumentos de coleta utilizados são de caráter estritamente confidencial e a divulgação dos dados, descartados após análise, se dará através da produção de texto ou apresentação em evento de caráter estritamente científico. Após a entrevista, caso sinta necessidade, estaremos à disposição para discutir alguma questão que tenha deixado dúvidas. Existe o possível risco de constrangimento do participante em responder às questões. Salientamos a sua inteira liberdade de se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento do andamento da mesma, sem penalização.

Atenciosamente, Ana Flávia Quintão Fonseca.

Por esse instrumento, eu, _____,

CI _____ autorizo a realização da pesquisa acima descrita. Afirmando que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, o caráter confidencial e o destino dos dados coletados (os relatos gravados serão transcritos e os dados, depois de analisados serão descartados, podendo ser divulgados por meio de produção de texto científico ou de apresentação em evento de caráter científico). Bem como, o meu direito de não participação ou o meu afastamento a qualquer momento da pesquisa. Todos os dados referentes à pesquisa respeitarão o direito de não identificação.

Belo Horizonte, de _____ de 2010.

Assinatura

Para esclarecer quaisquer dúvidas ou para encaminhar sugestões:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Ana Flávia Quintão Fonseca

Tel: 31-84899392/32953862/33092549

e-mail: anaflaviaq@yahoo.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PBH

Av Afonso Pena 2336 9º andar

Funcionários, BH/ MG

Cep 30130-007

Tel: 31-32775309

ORIENTADOR

Élvio Carlos Moreira

Tel: 31-34271097

e-mail: elviocm@vet.ufmg.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

Av. Antônio Carlos 6647

Unidade Administrativa II, 2º andar-sala

2005 Campus Pampulha BH/MG

Cep 31270-901

Tel: 31-34094592

ANEXO III

Análise das entrevistas

Agentes Comunitários de Saúde

DADOS SÓCIO-CULTURAIS DOS ACS					
QUADRO 1					
IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	UBS	VISITA DOMICILIAR
ACS 01	26	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 02	45	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 03	58	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 04	54	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 05	34	M	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 06	59	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 07	58	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 08	42	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 09	31	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 10	38	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 11	49	F	Ensino Médio	Conj Betânia	Sim
ACS 12	55	M	Ensino Médio	Conj Betânia	Sim
ACS 13	50	F	Ensino Médio incompleto	Conj Betânia	Sim
ACS 14	58	F	Ensino Médio	Amílcar Viana	Sim
ACS 15	51	F	Ensino Médio	Amílcar Viana	Sim

ACS 16	35	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim
ACS 17	22	F	Ensino Médio	Salgado Filho	Sim

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

QUADRO 2

PROFISSIONAL	CATEGORIA: DISCURSO HIGIENISTA NA RELAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
ACS 01	“Se a pessoa vive num ambiente, né, um ambiente carregado..., um ambiente sujo... um, um ambiente que não é cuidado, reflete totalmente na saúde dela.”	Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.
ACS 02	“(A utilização dessa temática na prática profissional ocorre) Na conscientização da pessoa de ter um ambiente limpo, saudável, pra ela ter uma condição de vida e uma saúde melhor.” “O ambiente influencia como eu falei, porque se você tem um ambiente saudável, um ambiente limpo, né...”	Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente. Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.
ACS 03	“É... problema de, de, por exemplo, a dengue, por exemplo, é... quintal sujo...” “A falta de higiene por exemplo. Impacta na saúde.”	Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde. Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.

<p>ACS 04</p>	<p>“Eu acho que é... se você é... cuida na sua casa né, de uma é... o ambiente, por exemplo, se você lava, se você é... levanta da sua... cuida da sua higiene, tudo isso é importante pra, pra pessoa. E... se você não faz nada disso você vai pegar doença né, você vai se sentir mal e não vai conseguir de forma nenhuma, né melhorar a sua saúde...”</p> <p>“... se a pessoa é... não cuida (do meio ambiente) o que é que vai acontecer, vai, ela vai pegar doença e... daí pra frente várias coisas vão acontecer, porque se, se ela não tem condições de, de se cuidar o problema vai ser esse. Ela não vai, vai ter condições de fazer nada, vai, vai ficar em casa é... adoentada e... não vai ter condições de fazer mais nada né, porque é... daí pra frente, além da doença que ela vai pegar, vai ter outros é... problemas além disso, porque... eu tive um... um morador da minha área, que assim, a zoonose foi, pediu pra que é... olhasse o quintal, olhasse a, a casa e... não foi cuidado. Então agora, essa semana ele tá com dengue, tá sem condições de trabalhar, sem condições de cuidar da pessoa, uma idosa que tá dentro de casa e... e tá... sem é...sem condições de fazer mais nada né.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>
<p>ACS 05</p>	<p>“Como as pessoas também não cuidam do quintal, esperam o caminhão de lixo passar, jogam o lixo em local não adequado, ta... Mesmo que tenha os dias que o caminhão passa, terça, quinta e sábado, as pessoas acordam depois do horário, a vez de colocar o lixo é, na lixeira, depois que o caminhão passa eles pegam e jogam no local é... igual à linha férrea... Pode trazer transtornos igual tem muita vez agora, epidemia de dengue, lá mesmo já tem vários casos, várias notificações, porque? Por que o pessoal joga o lixo no local que não é adequado.”</p>	<p>O lixo no cenário da saúde e ambiente.</p>
<p>ACS 06</p>	<p>“Igualzinho, a gente passa pelas ruas né, a esse problema aí de dengue, esse negócio, essas coisas aí. Muita sujeira na rua, aí eu explico pras pessoa...”</p> <p>“Então, a pessoa tem que ter mais higiene... nos quintais... mais cuidado...”</p> <p>“(O ambiente) Interfere na, a, a higiene, o cuidado, tudo isso interfere na saúde né?”</p>	<p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p> <p>O lixo no cenário da saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>

ACS 07	<p>“Olha, eu trabalho, por exemplo, uma área que o pessoal é bem... assim tem... bem caprichoso, assim, sabe. Não tem, assim, muita sujeira sabe, então... eu quase nem falo sobre isso com eles sabe. Muito cuidado (o ambiente)... trabalho ao redor aqui do posto sabe. As ruas são limpas, as casas são, é... todo mundo tem o seu filtro...”</p>	Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.
ACS 08	<p>“Porque a gente nota o seguinte, que tem certas casas que a gente entra, que tem muita, problemas alérgicos e tudo que a gente nota que é, né, problemas até de higiene mesmo.”</p> <p>“Eu acredito assim, que você tendo um ambiente, limpo, mais bem cuidado e tudo... nós temos a obrigação de... nisso, porque isso aí vai, vai ir pra vida da gente em saúde, que aí vai ter menos alergia, menos é... poluição...”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>
ACS 09	<p>“Porque, se o ambiente não for tranquilo... limpo corretamente, não tem saúde.”</p>	Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.
ACS 10	<p>-----</p>	
ACS 11	<p>“O grupo de asma, que a gente participa, a... vamos supor, a criança vem na médica, a médica oriente, passa a medicação. Se ela não muda o ambiente... aquelas orientações que a gente passa, sobre ácaro, cortina, cigarro, tapete... né, não, não, ela vai viver tomando remédio. O local cheio de mofo, por exemplo, então ela vai ter que mexer naquele ambiente.”</p> <p>“Se ele tá perto dum rio, que tá cheio de rato, mesmo que não tá perto do rio, tão perto, mas... eu vou falar da prática que tá acontecendo aqui, tem lixeira, as pessoas colocam o lixo fora do dia do lixeiro, não fecham a lixeira, os roedores tão vindo do rio, aí você tenta conscientizar as pessoas, as pessoas não querem se conscientizar. Então aquilo vai trazer o quê? Doença.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>

ACS 12	“... cuidar de sua própria residência, né, olhando os ambientes, locais onde não deve acumular lixos, água, e procurar também não só aquela família, mas os próprios vizinhos.”	O lixo no cenário da saúde e ambiente.
ACS 13	<p>“Por exemplo, a vila não tem rede de esgoto né, é... a céu aberto, é...”</p> <p>“Mas aonde que eu moro (a questão ambiental) interfere muito porque existe um, um esgoto a céu aberto que é... avenida Bom Sucesso, vai ser né, falam que é uma avenida, mas não é. E nesse córrego, corre, é, um esgoto a céu aberto, e, sabe o quê que os menino faz? Brinca.”</p>	<p>Condições de vida e ambiente.</p> <p>Condições de vida e ambiente.</p>
ACS 14	<p>“... inclusive nós já tivemos até intervenções com sucesso, de melhorar o ambiente familiar, o ambiente de, de convivência da pessoa com a saúde, né, que os, as, problemas respiratório, as, problema de, de higiene, entendeu.”</p> <p>“Então, a gente tem que ter o olhar pra, pros, pros depósitos de, de, que pode ter dengue, onde, os beiradas de rios que tem os, os roedores, né, onde tem acúmulo de lixo, é, onde tem é... é, paredes mofadas pra pessoas que têm problema de respiratório, entendeu. É, crianças que usam muito, é, pé no chão que gente também olha muito em beira de rio. ... E se é, é... rede esgoto, é, vazando, cisterna, se a em pé, então tudo isso a gente tem que olhar, né.”</p> <p>“Que é um ambiente limpo, um ambiente com água saudável...”</p> <p>“... saneamento da pessoa, moradia, a, moradia, tudo isso influência, a influenciando na saúde da pessoa...”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Condições de vida e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>

ACS 15	<p>“Porque nós temos que orientar com relação à limpeza do quintal, porque um quintal sujo trás doença...”</p> <p>“... até aquela tampa de garrafa que tá lá jogada no quintal, que tem muita gente que não joga no lixo, tem gente que não conhece, é, diferenciar quintal de, de lixo, eles joga no quintal.”</p> <p>“... até que as minhas famílias são mais... caprichosa, como se diz, mas mesmo assim, a gente tem que bater na mesma tecla todo dia, cuidar do meio aonde vive, devido às doença, chama rato, né, sujeira chama rato.”</p> <p>“Cê quer dizer esse ambiente de preservar a natureza... de não acumular lixo pra não chamar bicho.”</p>	<p>O lixo no cenário da saúde e ambiente.</p> <p>O lixo no cenário da saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>O lixo no cenário da saúde e ambiente.</p>
ACS 16	<p>“Higiene muito ruim, a pessoa não tá com a saúde bacana, mas cê fala... não resolve nada... Porque higiene é tudo.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>
ACS 17	<p>“A gente orienta também assim... falo assim com relação a casa, higiene também como cuidar do ambiente né? Evitando doenças né?”</p> <p>“Eu falo assim se a pessoa for asmática, tem bronquite, assim se for uma casa que tem mofo, com pouca ventilação isso pode atrapalhar muito.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

QUADRO 3

PROFISSIONAL	CATEGORIA: VISÃO ANTROPOCÊNTRICA COM RELAÇÃO AO AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
ACS 01	“... devido ao que tá acontecendo agora com o ambiente o resultado tá vindo pra gente, são doenças que antigamente eram restritas a certos ambientes e agora já tá chegando pra gente aqui, e tá atacando muito a população, inclusive questões de óbito...”	Personificação do ambiente.
ACS 02	“(um ambiente) livre de qualquer coisa que possa prejudicar a sua saúde, a sua saúde com certeza vai ser melhor, né e nosso dever como agente de saúde é proporcionar isso pro paciente, tá.”	Relação antropocêntrica com o ambiente.
ACS 03	-----	
ACS 04	“E... se você não faz nada disso (cuidado com o ambiente) você vai pegar doença né, você vai se sentir mal e não vai conseguir de forma nenhuma, né melhorar a sua saúde e também, não só a sua saúde, mas também das pessoas que vivem ao seu redor.”	Relação antropocêntrica com o ambiente.
ACS 05	-----	
ACS 06	-----	
ACS 07	-----	
ACS 08	-----	
ACS 09	-----	
ACS 10	-----	

ACS 11	“O ambiente é muito importante, ele interfere... totalmente na saúde, né, porque às vezes a pessoas vive no médico, mas tem que mudar o ambiente dele porque, senão, não vão ver nenhum resultado.”	Relação antropocêntrica com o ambiente.
ACS 12	-----	
ACS 13	-----	
ACS 14	<p>“Então, quando a gente faz as visita domiciliar a gente tem um, um olhar, né, do ambiente que o, a doença também pode estar no seu ambiente, no seu habitar né.”</p> <p>“Porque aí a gente tá trazendo pras equipes o... a questão da pessoa adoecer mais, quando tá tendo agudos, o porquê que o ambiente tá fazendo ela adoecer, é isso, né.”</p> <p>“A influência da, do, da, numa pessoa que tem um habitar apropriado pra ela ter um bom... uma boa, uma boa saúde, né.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Personificação do ambiente.</p> <p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>
ACS 15	<p>“Né, o mundo que a gente vive, nós somos, é, pessoas que fazem parte do mundo, né. Porque mundo sem gente não é mundo, né.”</p> <p>“Cuida gente, do meio onde cês vivem, viu. Não coloca fogo não, porque trás problema respiratório, é, não joga lixo na rua não, porque, não faz mal procê aqui, suponhamos, cê jogou na rua, mas a chuva vai levar, o bueiro, vai cair no bueiro, do bueiro vai pro ali córrego, do córrego vai pro rio Arrudas ali, entope o rio Arrudas.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>
ACS 16	-----	
ACS 17	-----	

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

QUADRO 4

PROFISSIONAL	CATEGORIA: FRAGILIDADE DO CONCEITO DE ZOONOSES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA	Unidade de registro/ Tema
ACS 01	“... igual Dengue, essas doenças assim eram mais focadas em determinada região, em determinado ambiente e agora já tá vindo aqui pra gente, em excesso (riso).”	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 02	-----	
ACS 03	“Não porque as pessoas hoje estão muito conscientes das, das coisas, principalmente na, na área que eu percorro, eles são muito conscientes, são muito cuidadosos entendeu? Eles não dão muito trabalho para a Zoonose. O pessoal chega lá, olha, é um trabalho até... mais fácil.”	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 04	-----	
ACS 05	“Olha, ele, ele, ele, ele, o homem, é... o meio ambiente... o quê que vai acontecer? Igual, é... vamos supor que tem uma, uma, uma mata, uma floresta, essas coisas. Se ele for lá e destruir é... esse ambiente aqueles animais que ta ali não vi... é... ficar lá mais. Vai vir pra, pra, pra... Exatamente! O meio urbano. É isso, eu penso assim, aí com isso vai, vai é... surgir novos casos e isso vai impactar nas zoonoses (serviço de zoonoses) também. Vai fazer alguma intervenção, alguma coisa.”	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.

ACS 06	<p>“Uai, precisa deles né, pra orientar né? Eu acho que precisa deles pra orientar porque é... antes num, num tinha... as pessoas... num tinha esse... como é que eu vou te explicar?... Porque antes era...é, é, a, a população era menor, não é? Então, não precisava desse tipo de, de, de cuidado que a gente tem agora. E... era tudo mais natural... né? A tecnologia ainda não tinha chegado, então eu acho que, né, agora com essa tecnologia eu acho que ao invés de melhorar às vezes, alguma coisa piorou.”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 07	<p>“Uai, eu acho que, que a Zoonoses... sobre o trabalho das zoonoses?”</p> <p>“... eu fui fazer uma visita com, com um médico aqui do posto sabe, da minha equipe. Então eu fiquei reparando a casa, de repente eu vi uma, uma vasilha lá, cheia... eu não sei se era já os, os... a... como é que chama? (dengue)</p> <p>As larvas, né? Aí comuniquei a Zoonoses pra ir lá. Eu mesmo, é... joguei no chão a água, sabe depois chamei a Zoonoses. Eu acho que eles têm uma grande influência, sabe. Porque eles vão pras casas justamente pra isso, com ajuda da gente também, né?”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p> <p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p>
ACS 08	-----	
ACS 09	<p>“(Alteração ambiental) Traz mais doenças né, tipo a dengue, é... a leptospirose... no meu ponto de vista sim.”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 10	-----	

ACS 11	<p>“Zoonoses ou cê fala roedores? (entrevistadora: Zoonoses, as doenças, zoonoses.) Ah bem, das doenças. Você falou zoonoses! Com certeza, por exemplo, o rio. As pessoas começam é... jogar lixo no rio... né... aumenta roedores, porque, o, se tem alimento pra ele, ele vai procriar e vai. Aí vem o problema do lixo, da enchente, agora, que tivemos aqui no Conjunto Betânia, várias pessoas... teve pessoas que morreram aqui no Conjunto Betânia, devido à enchente. Então, é... o impacto do, é muito grande, da mudança da natureza. Interfere né? Interfere.”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 12	-----	
ACS 13	<p>“Então, o caso é assim, por exemplo, a pessoa, o próprio ser humano que não cuida de tudo né, porque se ele fizesse tudo, ou pelo menos uma parte, ou cada um fizesse um pouquinho, não taria tanta doença, principalmente a dengue né? É que as pessoa não tem consciência e não conscientiza pensando assim: ‘Ah, não aconteceu comigo.’ É o que mais cê vê falar. Hoje mesmo eu vi um caso desse, aí ela falou assim: ‘Eu nunca pensei que eu ia pegar dengue!’”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
ACS 14	<p>“Nós tamos sobre alerta sobre descartáveis, com abusivos, né, com abusivos. As pessoas usando, é, usando assim, de, de forma, de forma é... discriminante, é o descartável, né, as sacolas plásticas, os, os copinhos, as garrafas PET, as, as, é... o descartável em geral, que eu acho que isso tá com exagero, né, com exagero e isso tá deixando mau condicionados, né, então onde que a gente tá esses surto de dengue por que a gente não tá conseguindo fazer, que são montanhas e montanhas que a natureza não consegue absorver em poucos anos, né, então isso aí vai ser um reflexo pra poder a gente adoecer com muito mais frequência, né, a... sobre, sobre a não, a não absorvição da Terra, da, do ambiente...”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.

ACS 15	<p>“Ah é, porque o, a Zoonose ela cuida do meio ambiente com relação à pessoa, suponhamos, não deixar a caixa d'água destampada pra não proliferar o mosquito, os ratos, cachorro, né, gato, isso tudo tem a ver com as Zoonoses não é? E então, é, é sim, né. Tem a ver sim (zoonose com impacto ambiental).”</p> <p>“Tem a ver, tem a ver. Doença do gato, doença do cachorro, do rato, a dengue que tá matando, que o Marajó em peso tá no UPA, todo mundo...”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p> <p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p>
ACS 16	<p>“Se nós não cuidarmos, que que vai cuidar? E se não cuidamos gera... gera... gera problema, muitos problemas, a qual nós tamos vendo aí, tá tendo praticamente um surto de dengue, que com certeza deve ser devido a isso, porque um faz, o outro não faz a sua parte. Então todos tem que fazer pra poder dar certo né? Se cuidarmos, vai dar tudo certo!”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p>
ACS 17	<p>“Hum... Deixa eu ver! A dengue por exemplo né? Por causa do desmatamento né? Tudo né? A dengue é uma delas né?”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p>

Enfermeiras

DADOS SÓCIO-CULTURAIS DAS ENFERMEIRAS						
QUADRO 6						
IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	GRADUAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	VISITA DOMICILIAR	UBS
ENF 01	29	F	UniFOA	Processos Ed. em Saúde/ESP-MG Programa Saúde da Família/Faculdade São Camilo	Sim	Salgado Filho
ENF 02	41	F	PUC Minas	Não	Não	Salgado Filho
ENF 03	24	F	Unifenas	Não	Sim	Conj.Betânia
ENF 04	50	F	UFMG	Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Conj.Betânia
ENF 05	30	F	Uni. Estácio de Sá/RJ	Cursando Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Amilcar Viana

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DAS ENFERMEIRAS

QUADRO 7

PROFISSIONAL	CATEGORIA: DISCURSO HIGIENISTA NA RELAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
ENF 01	<p>“... um que paciente acabou de falar ali comigo numa consulta agora, que ele não lava as, as verduras, as folhas que as vezes ele tá num, num que ele tá num sacolão e lá mesmo ele já pega um rabanete e coloca na boca, sem lavar. Aí ele falou assim: ‘ah eu não lavo’. Aí nos explicamos pra ele, assim, ó, é, tem certas é... tem, além de ter as verminoses que interferem na saúde, eu conheço uma pessoa que tem é... convulsão porque ele comeu uma verdura contaminada...”</p> <p>“É... essa falta de, de, de cuidado que a gente tem com o ambiente em relação a lixo, em relação a poluição, em relação a coisas pequenas igual eu falei, de uma lavagem de uma verdura, de uma fruta, de uma alface, eu acho que interfere muito, muito, muito na saúde.”</p> <p>“... o paciente falou que ele não lava, não lava as verduras pra alimentar, aí a gente explica né, que o ambiente tem parasitas, tem bactérias que vão interferir na saúde...”</p>	<p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
ENF 02	<p>“Se a pessoa ela não vive num ambiente adequado com saneamento básico, as questões de higiene, as questões de educação em saúde, qualidade de vida, ela tá interferindo diretamente nessa questão da saúde, né.”</p>	<p>Condições de vida e ambiente.</p>

ENF 03	<p>“(A gente utiliza a questão da temática ambiental na prática) Pra às vezes ver e mostrar pra pessoa também se tem alguma... até por questão de higienização, por exemplo, criança ou então da gente falar ‘Toma cuidado com aquilo ali’ e tudo...”</p> <p>“Uai, o ambiente interfere na saúde por, por conta das, das debilitações que pode dar, dos agravos, do que pode ser passado pras pessoas...”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
ENF 04	<p>“... nós temos e tivemos graves problemas na, na área ambiental, né, é... em termos de moradia, em termos de... da... do não tratamento de, de um , de um, de uma água poluída, roedores... entendeu, coleta de lixo não seletiva... a, a relação que o usuário muitas vezes estabelece com o ambiente...”</p>	<p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
ENF 05	<p>“(Um ambiente adequado) Seria um local com, coleta de lixo adequada, né, é... local onde córregos e rios, com um certo tratamento...”</p> <p>“Então, se o ambiente ele tá adequado, né, pra, pra nossa população, que, no caso o ambiente limpo, é, é, longe de roedores, né, insetos e outras coisas mais, então se não tiver essa situação, então é mais propício à saúde”.</p> <p>“Se... dependendo do local onde tem essa moradia, essa, essa vivência, se for um ambiente, é, sujo, maltratado, é, com presença de córregos próximos, então isso vai impactar totalmente dentro da saúde, né, porque não tem como a gente falar de saúde quando não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto, né, quando tem lixos presentes, próximo das residências, é, é, a, quantitativo de roedores, insetos e assim por diante...”</p>	<p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Condições de vida e ambiente.</p>

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DAS ENFERMEIRAS

QUADRO 8

PROFISSIONAL	CATEGORIA: VISÃO ANTROPOCÊNTRICA COM RELAÇÃO AO AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
ENF 01	<p>É... na saúde, eu acredito que, na saúde que quando cê tem um ambiente adequado a saúde também vai caminhar junto né.</p> <p>“Nós prejudicamos o ambiente e ele volta contra a gente.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Personificação do ambiente.</p>
ENF 02	<p>“Porque se agente não tem um ambiente, é... adequado, conseqüentemente a gente não vai ter uma saúde adequada e vice-versa.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>
ENF 03	<p>-----</p>	
ENF 04	<p>“Desde, da, do, de, de áreas que um, um trabalhador que trabalha ou que mora em uma área de muito barulho, por exemplo, né, ele vai adoecer por causa do barulho, ele vai adoecer por causa da inalação de produtos tóxicos, ele vai adoecer é... pelos hábitos, né, que ele, que ele desenvolve... Então esse ambiente que o cerca, né, ele... a, a insalubridade aí, ela... acontece de todos os lados, né.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>

ENF 05	<p>“Então, é essencial que a gente tenha um ambiente adequado, né, pra que a gente possa ter uma, uma vida mais saudável. Então, é fundamental que esse ambiente esteja preparado, é, é, pra que o ser humano, né esteje em <i>locus</i>, nessa moradia, nesse ambiente, nessa, nessa sociedade.</p> <p>(O ambiente adequado) Seria um local com, coleta de lixo adequada, né, é... local onde córregos e rios, com um certo tratamento... mais o quê? Seria um ambiente propício, até mesmo pra algum, algum tipo de atividade física, né, pro, pro ser humano, e o ambiente mesmo saudável, né, pra que possa tá convivendo as pessoas, né.”</p>	Relação antropocêntrica com o ambiente.
--------	--	---

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DAS ENFERMEIRAS		
QUADRO 9		
PROFISSIONAL	CATEGORIA: FRAGILIDADE DO CONCEITO DE ZOONOSES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA	Unidade de registro/ Tema
ENF 01	-----	
ENF 02	-----	
ENF 03	-----	
ENF 04	-----	
ENF 05	<p>“Bem, na verdade essa situação que a gente tá vivenciando, que eu acredito que tem já um bom tempo, né, que a gente vem, vem vivenciando isso, é, é... o fato do homem em si, dentro do, do, do seu ambiente, é, é, acabando com a natureza né, e, não tendo essa, essa parte educativa, que eu acho que isso aí é uma parte também educativa, né, faz com que surja é, é, essa profissão, a Zoonoses, fundamentalmente. Não só, é lógico que ela faz parte, que tem que ter, é, ela ajuda muito na parte epidemiológica, é claro né, e tem, é mesmo, essa parte de prevenção e promoção, o que seria uma coisa simples pra gente tá lidando, né, de orientação acaba fazendo, o homem acaba fazendo que se torne um trabalho árduo, né. Porque, o quê que acontece, destrói a natureza, joga lixo no local errado, indevido, ou mesmo até dentro dos córregos, aconteceu há pouco tempo uma situação aqui da Tereza Cristina, que mediante a chuva, né, teve a enchente, trouxe as doenças, né, então, é fato. Então esse quantitativo, o quantitativo dessas causas que ocorreram é o que faz com que é, é, ocorra e faça é, é, fazer presente a Zoonoses. Então o trabalho deles é fundamental dentro da saúde.”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.

Médicos

DADOS SÓCIO-CULTURAIS DOS MÉDICOS						
QUADRO 11						
IDENTIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	GRADUAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	VISITA DOMICILIAR	UBS
MED 01	34	M	UFMG	Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Salgado Filho
MED 02	37	M	Ciências Médicas	Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Salgado Filho
MED 03	54	M	UFMG	Doutorado UFMG	Não	Salgado Filho
MED 04	48	F	UFMG	Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Salgado Filho
MED 05	45	F	UFMG	Mestrado UFMG	Não	Salgado Filho
MED 06	38	M	UFMG	Esp. em Medicina de Família e Comunidade/UFMG/Nescon Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Salgado Filho
MED 07	49	F	UFJF	Esp. em Saúde da Família/UFMG/Nescon	Sim	Amilcar Viana

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS MÉDICOS

QUADRO 12

PROFISSIONAL	CATEGORIA: DISCURSO HIGIENISTA NA RELAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
MED 01	<p>“Assim... a gente tem, eu vou dizer a verdade, tem pouca prática nessa abordagem né; a gente aqui como médico de programa de saúde da família, a gente tem dado enfoque mais individual pras coisas né; até por... por conta dos atendimentos mesmo, é muita coisa em relação ao indivíduo, e às vezes essa parte mais geral a gente perde um pouquinho mas, eu tenho eu tenho que... é... a questão ambiental tem uma influência importante né, no que vem pra gente dentro do consultório. A gente vê quando faz visita, é... visitas domiciliares, algumas questões ambientais que trazem repercussão como o controle de roedores, como controle de... do ambiente mesmo da casa né, das construções, do... onde a casa tá inserida né, as... as encostas né, então a gente vê algumas questões dessas refletirem dentro do centro de saúde mesmo, de forma individual, mas é isso.”</p>	Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.
MED 02	<p>“Falo da questão do, da alimentação adequada né da... do... numa higiene, do ambiente de higiene, falo da questão do é... poeira, às vezes ambientes do ponto de vista físico eu comento sempre, o paciente que às vezes que tem uma relação direta com isso.”</p> <p>“Ó, eu percebo, por exemplo, pacientes que tem problemas respiratórios, por exemplo o ambiente domiciliar inadequado, mofo né, poeira, pais... familiares que fumam dentro de casa, por exemplo, paciente que tem problema de saúde, de... respiratório. Os, os pacientes que tem às vezes problemas intestinais, gastrintestinais, diarréias associadas às vezes ao uso de água não tratada, né...”</p>	<p>Condições de vida e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>

<p>MED 03</p>	<p>“É, na ginecologia isso tá mais relacionado com o ambiente de... é... banheiro né, de higiene íntima, esse tipo de relação. Na ginecologia e obstetrícia o máximo que se pode ter seria isso.”</p> <p>“Ué, nós temos é... por exemplo, com, conforme o grau de pobreza, nós temos baixa, baixa condição higiênica que pode propiciar várias patologias né. Mesmo o contato entre as pessoas provocando essas reações, essas contaminações cruzadas de parasitoses intestinais né, de... é... fungos respiratórios... esse tipo de... de patologia né.”</p> <p>“Por exemplo, (em relação à saúde e ambiente) relação a... é... doenças ambientais, doenças que podem surgir com mudanças da expectativa do próprio ambiente...”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
<p>MED 04</p>	<p>“Por exemplo, é, paciente com asma, se ele não tem um ambiente salubre, se ele não tem uma casa arejada, ventilada que né, que tenha um controle rigoroso do ambiente com colchões encapados e tal, parará, parará, parará, o que é que vai acontecer, ele vai ter um risco maior.”</p> <p>“Uma criança vivia aqui, dois irmãos com asma, rinite, direto. Vivia em crise, usando antibiótico, a mãe vivia reclamando que tava sempre em crise. Fui visitar a avó e aproveitei e peguei a casa de surpresa. Cheguei lá, o avô tinha mais de 900 pombos no quintal, bicho de pelúcia na casa onde a criança passava o maior tempo, tapete e, cortina, e eu já havia orientado o controle ambiental.”</p> <p>“Ela entulha tudo na casa dela, entendeu? Aí é rato, barata, escorpião, então a Zoonoses teve que fazer um trabalho, o Centro de Saúde teve que fazer um trabalho, nós pedimos inclusive à Vigilância Sanitária pra poder fazer uma visita domiciliar nesse ambiente... Eu não sei te informar em que pé que ficou essa situação, mas isso assim, barata, rato, aqui nós temos muito carroceiro, que tem muito carrapato, que tem muito... entulho dentro de casa, é... nós tivemos aqui, na nossa área também uma idosa que tinha dentro da casa não sei quantos cães, não sei quantos gatos e ela foi mordida por um cão, ficou acamada e veio a falecer.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>

	<p>“(O ambiente) Influencia doenças, patologias, é... ou agrava, ou intensifica né, então a gente tem que tentar reduzir no ambiente... e isso começa do dia a dia, por exemplo, o paciente hipertenso, diabético, idoso, que eu vou fazer visita domiciliar, que eu vejo tapete dentro de casa, esse tapete, o calçado que o paciente usa, então eu falo “Esse calçado tá inadequado”, é, usa meia com sandália havaiana, a casa tá cheia de tapete...”</p>	<p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
MED 05	<p>“Então, assim, é a casa mofada que a gente tem que orientar que não pode ser...”</p> <p>“Mas tem aquela (questão) também assim, da, da criança que mora lá num, num cantinho onde não tem recurso, onde não tem higiene, onde não tem comida, que eu acho que isso também é o ambiental né.”</p> <p>“É, é, é interessante assim, por, por lidar com criança e criança tem muita doença respiratória, então assim, é, é... a gente trabalha muito... a, a questão ambiental enquanto é, é... a poluição do ar, né.”</p> <p>“Como que o ambiente interfere! Assim, na doença respiratória, direto né, mas interfere em tudo né, até... acho que até na doença mental mesmo, né. Cê trabalha, enfrentando trânsito, aquela confusão... Várias horas pra chegar no trabalho, várias horas pra voltar e tal, cê vai ter uma vida mais estressante né e isso tudo interfere né.”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Condições de vida e ambiente.</p> <p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p> <p>Ambiente como fonte de influência negativa para a saúde.</p>
MED 06	<p>“As pessoas também tem que contribuir pra limpeza do ambiente, mas...”</p>	<p>Caráter higienista no discurso sobre saúde e ambiente.</p>
MED 07	<p>-----</p>	

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS MÉDICOS		
QUADRO 13		
PROFISSIONAL	CATEGORIA: VISÃO ANTROPOCÊNTRICA COM RELAÇÃO AO AMBIENTE	Unidade de registro/ Tema
MED 01	<p>“É... eu percebo que ambientes onde a gente não consegue ter um controle legal é... né, desse convívio homem, é... saúde ambiental eu percebo que tem, tem tido alguns resultados negativos e impactos negativos pra esses indivíduos né.”</p>	Relação antropocêntrica com o ambiente.
MED 02	<p>“Uai, essa, essa relação ela existe, ela é comprovada né, eu acho que um, um dos fatores mais importantes na nossa sociedade, por exemplo, cidade grande, pra isso é... tem muito mais haver com o ambiente emocional que o ambiente, do ponto de vista é... de salubridade.</p> <p>Eu acho que isso tem um impacto hoje em dia, no, no, pelo menos em Belo Horizonte, onde eu trabalho, um impacto muito maior do que a questão de salubridade de ambiente, de, de contaminação bacteriana ou qualquer coisa que vá... eu acho que um ambiente de estresse de pressão social, um ambiente de alta competitividade, um ambiente de, de cobrança muito grande, de condição de trabalho as vezes inadequada, condições é, familiares, ambiente familiar deteriorado, prejudicado por conflitos, por problemas de, de, de, né, de drogadição, famílias estão desestruturada em função de infidelidades né, ou abandono familiar, é, idosos que estão recebendo pouco auxílio, suporte familiar. Acho que isso adoce muito mais do que a condição de salubridade, então eu vejo essa relação emocional e, e, maior do que a ... é o ambiente de pressão emocional, de desajuste, impacto enorme na saúde, enorme, assim...não dá nem pra quantificar de tão presente que ele é.”</p> <p>“... às vezes você vê os pacientes, por exemplo, que trabalham é... é, né... o, o nível de esforço físico muito grande, o ambiente de trabalho às vezes difícil isso repercutindo em problemas de coluna, dores né, relacionadas a esse tipo de ambiente.”</p> <p>“Tirando, as, as famílias que tem, né, o esgoto a céu aberto, não tem uma... um filtro em casa né, não tem uma água tratada, não tem uma condição sanitária satisfatória é... a população que resta ela tá exposta a um ambiente de muito estresse, na sociedade.”</p>	<p>Condições de vida e ambiente.</p> <p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Condições de vida e ambiente.</p>

MED 03	-----	
MED 04	<p>“Se eu trabalho num ambiente insalubre, com a casa... né, a sala sem ventilação, uma ergonomia não adequada, isso tudo vai tá relacionado com a minha saúde, minha posição, minha coluna né, tudo isso eu acho que tá... é diretamente relacionado.”</p> <p>“... a poluição... domiciliar, eu tenho pacientes aqui que é uma coisa que, eu não fui à casa não, mas eu, eu... ACS visitou e a Auxiliar de Enfermagem visitou. É... ela trabalha com reciclagem, então ela vive do lixo e convive com o lixo e mora no lixo. A casa dela é um lixo.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>
MED 05	<p>“Se cê mora num, num ambiente saudável, cê vai ter mais saúde do que cê morar num, num ambiente insalubre.”</p> <p>“Tem aí na Prefeitura esse programa de asma, então drena pra gente muito paciente asmático, que, é assim, a primeira fala é perguntar como é seu ambiente e a última fala é falar vão melhorar o ambiente, cem por cento das crianças que são asmáticas o ambiente tem alguma coisa que pega.”</p>	<p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p> <p>Relação antropocêntrica com o ambiente.</p>
MED 06	-----	
MED 07	-----	

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS MÉDICOS

QUADRO 14

PROFISSIONAL	CATEGORIA: FRAGILIDADE DO CONCEITO DE ZOONOSES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA	Unidade de registro/ Tema
MED 01	“(A influência do impacto ambiental no surgimento de zoonoses) Eu vejo na relação das pessoas com esse ambiente ou com essas, no caso os animais né, é.. por exemplo eu tenho muitas visitas domiciliares onde os cachorros convivem, né, com várias doenças dentro do ambiente familiar né, o..., a questão dos roedores mesmo, é... do... das galinhas, patos, tenho visto isso também... é, como que eles lidam com essa coisa do armazenamento da água dentro de casa ou fora, no terreiro né, por mais que a gente passe pra eles essas questões de cuidados é diferente a forma como eles levam, pelo costume que eles tem com as coisas né...”	Associação do impacto ambiental com o surgimento de doenças.
MED 02	“Nós estamos com uma epidemia de dengue, por exemplo, né. É... a gente sabe, e parece que também tá tendo epidemia de malária hoje lá no..., subindo assim, não sei eu vi na televisão dois mil por cento de aumento de... malária lá no, no, no norte do país em função do desmatamento, da invasão da terra né?! E com isso repercutindo nas saúde pessoas. Na dengue, por exemplo, é um bom exemplo dessa questão ambiental né, por exemplo a falta de, de, adesão popular a esse entendimento, por exemplo do lixo, né dos, dos descartáveis por exemplo, que é uma coisa tão presente isso repercute demais nessa epidemia de dengue, não só a chuva mas a gente vê às vezes casas tirando assim quilos e quilos de, de lixo de casa e nós estamos agora com vários casos por exemplo, de, de dengue e uma relação parece, onde, onde tá sendo o foco de lixo em que as pessoas não tem acesso a esse lixo...”	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.
MED 03	-----	

<p>MED 04</p>	<p>“Então assim, agente tá sempre fazendo um trabalho de parceria com o pessoal da Zoonoses nesse sentido. Por exemplo, a gente convida a Zoonoses pra participar dos grupos de hipertensos, de diabéticos, pra orientar, pra informar, pra falar sobre a questão da dengue, da leptospirose, da leishmaniose, de tudo isso, porque aqui já teve enchente, né, na Tereza Cristina, nós já tivemos paciente com quadros é... graves, inclusive leishmaniose visceral nós tivemos até crianças, com leishmaniose visceral.</p> <p>Então assim, tem certas coisas que a gente consegue agir, mas tem certas coisas que dependem da questão cultural e que aí fica impossível nosso, nosso trabalho entendeu. A gente tinha antes uma equipe de Zoonoses super ativa, super dinâmica, extremamente interligada com a, com a Unidade Básica. Hoje a gente tem uma equipe diferente, o profissional foi transferido do local, por causa de concurso e foi uma perda pra gente, até hoje a gente lamenta porque a gente não tem mais aquele contato tão frequente. Mas a gente fazia essa parceria frequentemente, da Zoonose com a Equipe de Saúde da Família.”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p>
<p>MED 05</p>	<p>“Ó, na verdade o que eu vejo aí no meu trajeto, eu tenho vinte anos de formada, o que eu vejo... assim... é... que realmente assim, né, nesse período quando eu formei não existia dengue, hoje existe a dengue né, assim, exis..., claro que existia, mas a gente nem via.</p> <p>“Não era tão frequente (dengue). Então a gente vê que essa coisa da... a, o... do, do ambiente urbano crescendo, né, dessa, essa fuga do campo... é, é... cada vez mais a cidade crescendo, cada vez mais desmatando, realmente surgiram doenças que antes a gente não tinha com esse volume né, então... existe o aumento mesmo, grande, né. É... assim, cê vê assim, em número de doenças aparecidas em função disso eu acho que não tem número, mas tem em, em número assim, cê tem poucas doenças que vieram com essa urbanização, não sei se pode se chamar assim, mas as que vieram, vieram com uma força enorme né, cê vê, quantos anos que a gente usa... acho que a dengue é a, é a principal, né, da gente citar, tem a Leishmaniose, tem outras, mas assim, a dengue como tá, né..._____ né isso realmente a gente vê, é um impacto muito grande né.”</p>	<p>Confusão com relação ao conceito de zoonoses.</p> <p>Associação do impacto ambiental com o surgimento de doenças.</p>

MED 06	-----	
MED 07	<p>“Aí impacto ambiental eu não sei, porque aí eu acho que tem muito a ver com falta de educação do povo mesmo. Então tem muita doença que a gente tá, né, vivendo agora, que tá tendo demais por causa de falta de educação do povo mesmo. Dengue!... Se o povo fosse educado... É, é! A dengue, aí vem leptospirose por causa de enchente. Porque que muita enchente acontece? Sujeira nos bueiros, né, então tá relacionado também, com certeza que elas vão aumentar.”</p>	Confusão com relação ao conceito de zoonoses.