

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Gisele Loise Dias

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E MEIO
AMBIENTE DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

Gisele Loise Dias

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E MEIO
AMBIENTE DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Dra. Silviamar Camponogara
Co-orientador: Dr. Valdecir Zavarese da Costa

Santa Maria, RS, Brasil
2017

Gisele Loise Dias

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE
DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 02 de fevereiro de 2017:

**Silviamar Camponogara, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

**Valdecir Zavarese da Costa, Dr (UFSM)
(Co-orientador)**

Marta Regina Cezar-Vaz, Dra (FURG)

Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)

**Leticia Silveira Cardoso, Dra (UNIPAMPA)
(Suplente)**

**Santa Maria, RS, Brasil
2017**

Dedicatória

Dedico este trabalho a ***Helio Rubens de Oliveira Ziegler*** (*in memoriam*), meu pai de coração e alma, que sempre me incentivou a ir em busca do meu sonho. Teu carinho e amor ficaram eternizados no meu coração!!

Agradecimentos

À minha mãe Janine, pelo incentivo desde muito cedo para estudar.

Ao meu pai de coração e alma, Hélio, pelo incentivo, carinho e amor.

Ao meu marido Carlos, pelo amor, apoio, incentivo e compreensão incondicionais. Essa conquista também és tua!!

À Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional, desde a graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de estudos de mestrado.

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa da UFSM, pelo suporte financeiro de uma bolsa de iniciação científica.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela contribuição na minha formação.

À minha orientadora, professora Dr^a Silviamar, não tenho palavras para agradecer a senhora, és muito mais que orientadora, és amiga, confiante, e um pouco mãe também, pois me acolheu de braços abertos para este momento. És um exemplo de pessoa e profissional que levarei para a vida!!

Ao meu co-orientador professor Dr. Valdecir, pelo apoio, incentivo e compreensão. Obrigada por estar comigo neste momento especial!

Às professoras, Dr^a Marta, Dr^a Terezinha e Dr^a Leticia, por terem aceitado participar da banca de avaliação desta dissertação.

Aos Secretários Ellen, Bruno e Girlei, pela disponibilidade de sempre.

Ao Getessma, pela oportunidade de crescimento, parceria e convívio.

À Quézia, minha colega de mestrado e de grupo, pelos momentos partilhados e pela amizade.

À Camila, pela disponibilidade e pelo auxílio durante toda trajetória do mestrado.

À IX Turma de Mestrado em Enfermagem da UFSM, pelo aprendizado. Em especial à Adrielle, Gabriela, Larissa, Luiza e Quézia pelo apoio, incentivo e amizade.

À Lenize, pela amizade e auxílio durante a coleta e digitação dos dados.

À Isis, pela amizade e comprometimento com as transcrições.

À LXXX Turma de Enfermagem da UFSM, pela oportunidade de iniciar minhas atividades na docência.

À professora Fernanda, que me incentivou desde a graduação.

Aos amigos, Cássia, Melina, Rafael e Matheus, pela amizade, compreensão e parceria.

À Lidiane, Cristiane, Lourdes e Maiara, pelo suporte para a realização deste projeto.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”.
Martin Luther King

RESUMO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: GISELE LOISE DIAS
ORIENTADORA: DRA. SILVIAMAR CAMPONOGARA
CO-ORIENTADOR: DR. VALDECIR ZAVARESE DA COSTA

Atualmente, sabe-se que as questões que envolvem a saúde possuem uma relação com diversos determinantes, dentre os quais, o meio ambiente merece destaque especial. Nesse sentido, a relação saúde e meio ambiente é um importante aspecto a ser considerado, particularmente, nas práticas de trabalhadores das equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF). Diante disto, tem-se a seguinte questão de pesquisa: como a saúde e o meio ambiente estão constituídos na representação social das equipes de Estratégia Saúde da Família? O estudo tem como objetivos: conhecer as representações sociais (RS) sobre saúde e meio ambiente de trabalhadores das equipes de ESF e identificar a relação entre as representações sociais sobre saúde e meio ambiente das equipes da ESF e o cotidiano laboral. Para alcançar os objetivos elencados optou-se pelo método qualitativo, baseado no referencial teórico metodológico das representações sociais. O estudo foi desenvolvido em um município localizado no interior do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram 25 trabalhadores de diferentes categorias profissionais, atuantes nas Equipes de ESF do município estudado. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2016, por meio de pesquisa documental e entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo na modalidade temática, evidenciando o núcleo central e os elementos periféricos que estruturam as representações sociais. O estudo cumpriu todas as determinações éticas e legais previstas na Resolução 466 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 1.380.372, e obteve o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 51719215.9.0000.5346. A partir do processo de análise delineou-se a seguinte RS: A salubridade do território, a qual constitui a categoria central do estudo. Os elementos periféricos a ela associados são: a água, o esgotamento sanitário, os resíduos sólidos urbanos, os agrotóxicos e a poluição atmosférica. Nesta perspectiva, o território em saúde assumiu a centralidade da RS, pois é a partir dele que os demais elementos que compõem a RS foram delineados e externalizados pelos participantes. A partir desta representação pode se inferir que a compreensão da relação saúde e meio ambiente está intrinsecamente relacionada com os danos que o meio ambiente pode causar na saúde, o que se materializa como uma relação de causa e efeito.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família. Meio ambiente. Representações sociais. Profissionais de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SOCIAL REPRESENTATIONS ON HEALTH AND ENVIRONMENT OF TEAMS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

AUTHOR: GISELE LOISE DIAS
ADVISOR: DRA. SILVIAMAR CAMPONOGARA
CO-ADVISOR: DR. VALDECIR ZAVARESE DA COSTA

Nowadays, it is known that the issues involving health have a relation with several determinants. Among them, the environment is present, because it is where life develops. Therefore, the relation health and environment is an important aspect to be considered in the practices of workers of the Family Health Strategy (FHS) teams. In view of this, we have the following research question: how are health and the environment constituted in the social representation of Family Health Strategy teams? The objective of the study is to know the social representations (SR) about health and environment of employees of the FHS teams and to identify the relationship between the SR of health and the environment and their actions in the daily work. To reach the objectives listed, we chose the qualitative method, based on the methodological theoretical framework of social representations. The study was developed in a municipality located in the interior of Rio Grande do Sul. The participants of the study were 25 workers from different professional categories, working in the FHS teams of the municipality studied. Data collection took place between February and June 2016, through documentary research and semi-structured interviews. The data were analyzed through content analysis in the thematic modality, evidencing the central nucleus and the peripheral elements that structure the social representations. The study complied with all the ethical and legal determinations set forth in Resolution 466 of December 2012 of the National Health Council. It was approved by the Research Ethics Committee under No. 1,380,372, and obtained the Certificate of Ethical Assessment (CEA) of Number: 51719215.9.0000.5346. From the analysis process the following SR was outlined: The salubrity of the territory, which is the central category of the study. The peripheral elements associated with it are: water, sewage, urban solid waste, pesticides and air pollution. In this perspective, the health territory assumed the centrality of the SR, since it is from this that the other elements that make up the SR were delineated and outsourced by the participants. From this representation it can be inferred that the understanding of the relationship health and environment is intrinsically related to the damages that the environment can cause in health, which materializes as a relation of cause and effect.

KeyWords: Family Health Strategy. Environment. Social Representations. Health Personnel. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição de Teses e Dissertações por ano de publicação. Elaborada pela autora, Santa Maria, 2015.	21
Figura 2 - Mapa do Município de Nova Palma, Rio Grande do Sul, 2010. Fonte:IBGE.....	46
Figura 3 - Estruturação da RS a partir dos processos de ancoragem e objetivação.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Códigos e referências dos artigos utilizados para o estudo de tendências. Santa Maria, 2016, elaborada pela autora.....100

Quadro 2. Códigos e referências dos artigos utilizados para o estado da arte. Santa Maria, 2016, elaborada pela autora.....102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AP	Atenção Primária
ABRELPE	Associação Brasileira das Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais
ANA	Agência Nacional das Águas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAMPAL	Cooperativa Agrícola Mista Nova Palma
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP/UFSM	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EPI	Equipamento de proteção individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional De Câncer
LICACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMSNP	Plano Municipal de Saúde de Nova Palma
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRH	Política Nacional de Recursos Hídricos
PNRS	Política Nacional dos Resíduos Sólidos
PNUD	Programa Das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde
PSF	Programa da Saúde da Família
SIE	Sistema de Informações Educacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
RC	Representações Coletivas
RS	Representações Sociais
RSS	Resíduos do Serviço de Saúde
RSU	Resíduos Sólidos Urbanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	13
3.2 A RELAÇÃO SAÚDE E MEIO AMBIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS ...	15
3.4 SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	23
4 METODOLOGIA	41
4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	41
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	44
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	45
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	47
4.5 COLETA DE DADOS	48
4.5.1 Pesquisa documental	48
4.5.2 Entrevistas semi-estruturadas	49
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 A SALUBRIDADE DO TERRITÓRIO: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS EQUIPES DE ESF	53
5.2 OS ELEMENTOS PERIFÉRICOS RELACIONADOS COM A SALUBRIDADE DO TERRITÓRIO.....	60
5.2.1 Saneamento Básico	60
5.2.2 Os agrotóxicos e a poluição atmosférica	76
6 CONCLUSÕES	81
APÊNDICE A – QUADRO DE REFERÊNCIAS UTILIZADAS PARA O ESTUDO DE TENDÊNCIAS	101
APÊNDICE B – QUADRO DE REFERÊNCIAS UTILIZADAS PARA ESTADO DA ARTE	103
APÊNDICE C – ROTEIRO PRA ANÁLISE DOCUMENTAL	105
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	107
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	109
APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS	111
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	115
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM	117

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as questões envolvendo a relação saúde e o meio ambiente vêm ganhando espaço a nível mundial, principalmente após a década 70 (RANGEL et al 2016). O tema saúde e meio ambiente abrange tanto questões que possuem dimensões globais, como por exemplo: o aquecimento global e a camada de ozônio; como questões locais, que atingem diretamente determinada população, por meio de problemas como: o desmatamento e a ausência de esgotamento sanitário, os quais podem afetar a saúde da população (FRUMKIN, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante o ano de 2012, 23% do total de óbitos no mundo foram atribuíveis às causas ambientais. Este valor representa aproximadamente 12,6 milhões de óbitos por causas ambientais ocorridos naquele ano. Dentre estas causas, são consideradas tanto as catástrofes climáticas como as questões relacionadas ausência de acesso aos serviços de saneamento básico e alimentação adequada (WHO, 2016).

Estes dados reforçam a relevância do tema dentro do contexto da saúde. Além disso, o tema demanda a necessidade de um olhar para além do sistema tradicional de saúde, do tratamento do doente, um olhar para a melhoria da saúde da população, reconhecendo e identificando o ambiente como um dos fatores que influenciam a saúde (RANGEL et al, 2016).

Na busca de qualificar o sistema de atenção à saúde do Brasil, para além do tratamento tradicional da doença, houve a criação de alguns programas de saúde, e ainda o reconhecimento da atenção primária (AP) como porta de entrada neste sistema. A AP é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, que buscam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012b).

Dentre o conjunto de ações na saúde na AP, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF pode ser definida como um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se a partir do reconhecimento das necessidades da população, por meio do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, na busca por ações abrangentes de promoção da saúde e prevenção de agravos (OLIVEIRA, PERREIRA, 2013; SILVA et al. 2012),

Com a atuação da ESF almeja-se uma nova forma de organização do trabalho, pautada no vínculo, na humanização, no acolhimento e na parceria com outras instituições e outros setores (SHIMIZU, REIS, 2011). Portanto, espera-se a reorientação do processo de trabalho com aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da AP e ainda ampliação da resolutividade no campo da saúde (BRASIL, 2012b).

Desta maneira, pode-se inferir que o trabalho na ESF amplia a atenção para a compreensão do ambiente sócio cultural, destacando-se a vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação (SANT'ANNA et al., 2011). Depreende-se, então, que a utilização dos serviços de saúde compreende todo contato direto ou indireto com os usuários do serviços, sendo resultante da interação entre o comportamento dos indivíduos, os serviços disponíveis e os profissionais de saúde (REIS et al., 2013).

A compreensão do ambiente sócio cultural da população perpassa pelo reconhecimento do território, o qual determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade, sendo que, sem isso a AP não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o SUS (FARIA, 2013). O trabalho por território permite a delimitação e caracterização da população e de seus problemas de saúde, além da criação de vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população adscrita (DIAS et al 2009).

Conseqüentemente, a relação profissional – usuário – ESF, neste território, remete ao contexto social em que os mesmos estão inseridos. Neste incluem-se as experiências dos indivíduos, relativas a aspectos como: educação, situação econômica, emprego e trabalho, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (WHO, 2011). É neste contexto que uma questão aparece como emergente e se impõe de forma eloquente, apresentando-se como mais uma ‘tarefa’ a ser agregada pelos profissionais de saúde: a questão ambiental (SANTOS, RIGOTTO, 2010).

No Brasil, a relação saúde e meio ambiente foi legitimada a partir da promulgação da Lei Nº 8080/90 que define os determinantes e os condicionantes em saúde como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013). Assim, existe a ampliação do entendimento sobre o processo saúde e doença, pois há reconhecimento de que a perturbação e o

esgotamento dos sistemas de recursos naturais, incluindo as alterações climáticas, têm implicações profundas no modo de vida das pessoas por todo o mundo e em todos os seres vivos (CDSS, 2010).

O meio ambiente corresponde ao conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química, biológica, social, cultural e urbanística que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas (BRASIL, 2002a). Neste entendimento, estas interações incluem o ser humano e os demais elementos da natureza (REIS et al 2013). Assim, o conhecimento das relações entre saúde e meio ambiente, principalmente as atinentes a situações de risco à saúde humana, fundamentam a importância de contemplar esse tema nas ações da ESF (RADICCHI, 2009). Desta maneira, a relação entre saúde e meio ambiente deve estar presente nas discussões acerca da qualidade de saúde da população (FONSECA, 2012), na medida em que, buscar entender esta relação, que envolve também a complexidade dos atores sociais inseridos no seu território, é buscar a promoção da saúde (SOUZA, ANDRADE, 2014).

Neste entendimento, para que ocorra o desenvolvimento de ações em prol da promoção da saúde, os trabalhadores de saúde necessitam realizar suas ações por meio de um processo de trabalho, o qual inclui as práticas desenvolvidas e o modo como os trabalhadores as desempenham no cotidiano (SHIMIZU, REIS, 2011). De acordo com a teoria das representações sociais, estas práticas se materializam por meio das representações sociais (RS) dos trabalhadores inseridos neste contexto. As RS podem ser definidas como estruturas dinâmicas operando em um conjunto de relações e de comportamentos que aparecem e desaparecem (MOSCOVICI, 2013).

Assim, existe uma motivação para conhecer como as RS sobre saúde e meio ambiente influenciam nas práticas dos trabalhadores em ESF, pois é através das RS que conhecimentos são organizados e partilhados em determinados grupos sociais. Portanto, de acordo com esta teoria, a maneira como o conhecimento é organizado e partilhado socialmente tende a influenciar na prática em saúde dos trabalhadores da ESF.

No intuito de subsidiar a presente proposta de pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico e concluiu-se que existe na literatura científica um número ainda incipiente de trabalhos neste tema de pesquisa. Este levantamento

bibliográfico incluiu um estudo de tendências¹ no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos Catálogos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), e ainda uma revisão narrativa da literatura.

No primeiro, reconheceu-se que existem poucas produções, em nível nacional, que contemplam a relação saúde e meio ambiente, destacando-se que nenhum estudo abordou a questão saúde e meio ambiente através das representações sociais. Da mesma maneira, a partir da revisão narrativa da literatura, concluiu-se que existem duas vertentes de pesquisa sobre a saúde e meio ambiente na AP e ESF, uma abrange as questões relativas ao território em saúde, e a outra a questão dos resíduos sólidos¹.

Diante do exposto, a realização de uma investigação sobre a relação saúde e meio ambiente aliada as RS justifica-se não apenas por preencher uma lacuna da literatura científica, mas também porque os resultados oriundos desta investigação poderão contribuir para trabalhos futuros que busquem subsidiar as ações de trabalhadores em equipes de ESF. Além disso, a mesma se utiliza de um referencial teórico metodológico que pode subsidiar investigações complementares acerca das representações sociais existentes em equipes de trabalho em saúde e como estas influenciam nas práticas de trabalho das mesmas.

Destaca-se que o tema saúde e meio ambiente é apresentado na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), o que reforça a importância do tema na área da saúde, além de se constituir como um incentivo a mais para realização da pesquisa. Assim sendo, justifica-se a escolha de pesquisar sobre a relação saúde e o meio ambiente em ESFs, por meio do referencial teórico metodológico das representações sociais. Desta maneira, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: Como a saúde e meio ambiente estão constituídos na representação social das equipes de Estratégia Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

- Conhecer as representações sociais sobre saúde e meio ambiente de trabalhadores da ESF;

¹ Estudos apresentados detalhadamente no capítulo 3.

- Identificar a relação entre as representações sociais sobre saúde e meio ambiente das equipes da ESF e o cotidiano laboral.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura que subsidiou esta investigação. O mesmo subdivide-se em quatro sub itens: o trabalho na Estratégia Saúde da Família; a relação saúde e meio ambiente: aspectos históricos; saúde e meio ambiente: um estudo sobre as tendências e, saúde e meio ambiente na Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família: uma revisão narrativa.

3.1 O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a inserção da ESF pelo Ministério da Saúde, e sua incorporação no âmbito da AP, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b) estabeleceu-se a mais importante mudança estrutural já realizada no âmbito da saúde brasileira (PAULINO et al., 2012). A ESF prevê uma ruptura com o modelo assistencial biomédico e a construção de uma nova prática, centrada no usuário (VIEGAS, PENNA, 2013).

Assim, as práticas em saúde buscam a integralidade no cuidado (FERRO et al., 2014). Esta mudança em prol da integralidade do cuidado implica na busca constante da resolução de problemas, e remete aos profissionais uma constante ação-reflexão-ação (NUNES et al., 2012). Assim sendo, o trabalho das equipes exige de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a favor da gestão das mudanças e do estreitamento dos elos entre a concepção e a execução do trabalho (BRASIL, 2011a).

Entretanto, para que esta nova concepção de saúde se perpetuasse por meio da ESF, foi preciso o reposicionamento dos processos de trabalho, aliados à prática da interdisciplinaridade (FERRO et al, 2014). Desta forma, cabe ressaltar que ainda persistem as dificuldades de superar a fragmentação do trabalho, especialmente no sentido de se construir uma prática interdisciplinar (TRAD, ROCHA, 2011). Autores destacam que, apenas pela modificação da estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território (VIEGAS, PENNA, 2012).

A prática interdisciplinar do programa é prevista em lei (BRASIL, 2012b), portanto, cada equipe de ESF deve ser constituída da seguinte maneira: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de saúde, e ainda agentes comunitários de saúde (ACS). O número destes profissionais varia de acordo com a população cadastrada, mas deve ser suficiente para abranger toda população, sendo que o número mínimo necessário é quatro e o máximo é doze profissionais por ESF (BRASIL, 2012b).

Ainda, há possibilidade de inserção de outras categorias profissionais, de acordo com a demanda do território de atuação da ESF como, por exemplo, de profissionais da saúde bucal, cirurgião dentista e auxiliar ou técnicos de saúde bucal (BRASIL, 2012b). Com a articulação de diversos profissionais busca-se, por exemplo, a discussão de casos, a programação de atividades educativas com vistas a alcançar uma assistência integral (TRAD, ROCHA, 2011). Além disso, há a expectativa da obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde e doença da população (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

Assim, pela realização da assistência integral, as equipes das ESF possuem atribuições específicas, sendo algumas destas citadas a seguir: realização do cadastramento das famílias e dos indivíduos; definição precisa do território de atuação, diagnóstico, programação e implementação das atividades, prática do cuidado familiar, promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2012b).

Nota-se, que a eficácia do trabalho na ESF supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas (SHIMIZU, JUNIOR, 2012). Nesse sentido, cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se constitui com o conhecimento e a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA, TRAD, 2005).

Assim sendo, os profissionais se reconstróem nas práticas do outro, e transformam-se para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO, ROCHA, 2007). E, a partir disto, as equipes assumem a responsabilidade técnica pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário (JORGE et al., 2011). Esta abordagem em equipe permite obter um impacto sobre os fatores que interferem no processo saúde e doença, ou seja, nos determinantes de saúde, os

quais fazem parte das condições culturais, sociais e ambientais. Portanto, é por meio da soma de olhares desta equipe que se busca o atendimento integral dos indivíduos e famílias (ARAÚJO, ROCHA, 2007; MAGALHÃES et al., 2013).

Nesta perspectiva, de trabalho em equipe em prol dos determinantes de saúde, o meio ambiente assume um papel preponderante. É neste meio que a vida acontece e se relaciona intensamente, através das questões individuais e coletivas, além das condições de vida e de trabalho, nas quais as condições de habitação e de saneamento se inserem, bem como as questões relacionadas com a macroestrutura econômica, social e cultural (MAGALHÃES et al., 2013). Diante desta afirmativa, percebe-se que a dimensão do determinante meio ambiente ultrapassa a dimensão física da pessoa, permeando todos os aspectos da vida das populações como, por exemplo, físico, mental, social, econômico, político (TORRES, SANTOS, MENDES, 2013).

Nessa ótica, dois pontos se apresentam como essenciais para que o trabalho multidisciplinar aconteça efetivamente: o trabalho em equipe, o qual deve-se olhar para o indivíduo integralmente, e o reconhecimento do meio ambiente, ao qual o indivíduo pertence, no sentido de compreender como o território de pertencimento do usuário do serviço está organizado. Portanto, a partir destes dois pontos de trabalho pode-se construir e delinear as práticas de cuidado para os indivíduos inseridos naquele território de saúde.

3.2 A RELAÇÃO SAÚDE E MEIO AMBIENTE: ASPECTOS HISTÓRICOS

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina (BUSS, 2000). Estes avanços tem, de fato, suas raízes assentadas no desenvolvimento de conceitos de promoção à saúde. Estes conceitos começaram a emergir em meados da década de 1970 e foram desenvolvendo-se com o passar dos anos e norteando as práticas em saúde até hoje. Portanto, proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar (BUSS, 2000). Assim, o conceito moderno de promoção da saúde (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, em alguns países como: Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (BUSS, 2000).

O movimento da promoção da saúde teve seu início no Canadá, com a publicação, em 1974 do Informe Lalonde, que se expressou como o primeiro documento de motivação política a denominar a promoção da saúde, com o intuito de reduzir custos e conter os agravos das doenças crônico-degenerativas (HEIDEMANN et al 2012). Na mesma década, a Conferência de Alma Ata abordou a saúde como um direito e ainda enfatizou a promoção à saúde (OMS, 1978).

Nos anos seguintes, o movimento de promoção à saúde ganhou forças nas conferências internacionais sobre promoção à saúde, as quais foram realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), respectivamente (BUSS, 2003). Particularmente, a Carta de Ottawa (1986), destacou como parte das estratégias de promoção à saúde, a identificação de aspectos relacionados ao meio ambiente, incluindo a proteção do mesmo e a conservação dos recursos naturais (BRASIL, 2002b). O conteúdo da Carta enfatiza, especialmente, a dimensão social da saúde em campos de atuação, sendo eles: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (HEIDEMANN et al 2012; BUSS, 2000).

Já a Declaração de Adelaide (1988) incorporou a preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e além dos compromissos com o impacto a saúde da população (BRASIL, 2002c). A Conferência de Sundsvall (1991), sugeriu a criação de ambientes saudáveis, e a preocupação de se gerir os recursos naturais, tomando em linha de conta as necessidades das gerações futuras (BRASIL, 2002d).

Percebe-se desta maneira que a dimensão da relação saúde e meio ambiente adquire uma ampla abrangência. E, diante disto, trabalhar em prol da promoção à saúde envolve buscar a participação e o conhecimento popular dos moradores do território, além da articulação com outros movimentos sociais (BUSS, 2000).

Nesta óptica, as ações realizadas no âmbito nacional são diversificadas. Portanto, podem ser implementadas tanto no âmbito das políticas públicas universais do sistema de saúde, como por exemplo, a política saúde ambiental, quanto no setor privado, por meio de rotinas institucionais, que busquem melhoria na qualidade de vida (BUSS, CARVALHO, 2009) .

Pode-se dizer, então, que, atualmente, a aproximação do campo da saúde com o meio ambiente se dá em função da concepção de qualidade de vida e promoção da saúde (CAMPONOGARA, 2012). Entender esta concepção é entender que a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida, em sua singularidade e multidimensionalidade, e que esta se relaciona com o território onde a população esta inserida (DALMOLIN et al., 2011).

Por outro lado, no que tange essencialmente ao movimento ambiental, pode-se dizer que a articulação do ambiente e a multidimensionalidade de aspectos a ele relacionada teve, como marco inicial, a Conferência de Estocolmo, em 1972 (ONU, 1972). Nesta conferência, foi declarado que o ser humano carrega a responsabilidade de mensurar as transformações causadas por ele próprio, uma vez que podem ocorrer danos ao próprio ser humano e ao meio ambiente, os quais afetam sua saúde física, mental e social (ONU, 1972).

Vinte anos após a primeira conferência, no ano de 1992, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento - Rio 92, no Rio de Janeiro. Esta conferência trouxe o ser humano para o centro dos debates, buscando um desenvolvimento sustentável, e preconizando a proteção ambiental como parte integrante do processo de desenvolvimento.

Neste entendimento, as questões envolvendo saúde e meio ambiente, foram reconhecidas por meio da conservação, proteção e restauração da saúde e da integridade do ecossistema terrestre. Desta maneira, o meio ambiente assumiu um papel relevante na saúde, pois se percebeu que se este sofre alterações a saúde é afetada (ONU, 1992; CUNHA, 2013).

O ano de 1997 ficou marcado pelo chamado Protocolo de Kyoto. Trata-se de uma iniciativa para conter a emissão de gases poluentes na atmosfera. Cada país possuía uma meta de variava conforme a emissão de cada um. Além disto, o protocolo buscou fomentar a inclusão de fontes de energia renováveis, como uma alternativa ao uso de combustíveis fósseis (GUERRERO, 2016; DUBOIS, MOROSINI, 2015).

No ano 2000, a divulgação da Declaração do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU) elencou dentre os valores fundamentais, considerados essenciais para o desenvolvimento de relações internacionais, no século XXI, o respeito à natureza, aliado à necessidade de mudança dos padrões de produção e consumo. Além disto, esta declaração discorre sobre os oito objetivos do milênio, na

qual se inseri a “proteção do nosso meio ambiente comum” como sua quarta meta, fazendo referência aos direitos das gerações futuras, pautado nos princípios consagrados na Agenda 21 (ONU, 2000; FONCESCA, 2007).

No ano de 2005, com a publicação da Carta de Bankog, reconheceu-se que entre os fatores que influenciam à saúde humana estão as mudanças globais e o meio ambiente (WHO, 2005). A mesma ainda aponta que a globalização abre novas oportunidades para a cooperação, no intuito de melhorar a saúde e reduzir riscos de saúde transnacionais. Desta forma, atribuiu-se como função central da saúde o enfrentamento de doenças transmissíveis ou não, entre outras ameaças à saúde, no atual contexto de globalização (WHO, 2005).

Ainda a nível mundial, no ano de 2009, a reunião de Copenhague buscou estabelecer ajustes no controle de emissão de gases de efeito estufa na atmosfera (RIBEIRO, 2010). Vinte anos após a primeira conferência no Rio de Janeiro, ocorreu a Rio + 20, no ano de 2012, trazendo a tona questões sobre o desenvolvimento sustentável e reconhecendo que a saúde é resultante do processo de desenvolvimento sustentável, estimulando desenvolvimento de ações de saúde voltadas para os determinantes sociais e ambientais (ONU, 2012). Além disto, foi reconhecida a importância dos tratamentos em saúde e a participação multi-setorial no que tange a estas questões (ONU, 2012).

Em nível nacional, especificamente, no ano de 2009, foi realizada a 1ª Conferência de Saúde Ambiental. Nesta conferência, buscou-se definir, entre outros aspectos, as diretrizes para a política pública integrada no campo da saúde ambiental, além de promover e ampliar a consciência sanitária, política e ambiental da população sobre os determinantes socioambientais, e ainda promover o debate social sobre as relações de saúde (BRASIL, 2010)

Ainda na última década, realizaram-se outros dois eventos que abordaram o tema, sendo estes o 1º e o 2º Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental, realizados no ano de 2010 e 2014, respectivamente. Em ambos foram discutidos temas como infraestrutura, articulação interinstitucional, controle social e territórios sustentáveis. Além disso, houve a elaboração de propostas para a avaliação dos mecanismos institucionais e instrumentos destinados aos campos de Saúde e Ambiente, utilizando-se de metodologias participativas e interdisciplinares (RANGEL, 2015).

Recentemente, no ano de 2016, a nível mundial foi aprovado o Acordo de Paris, o qual foi firmado por 195 países, e busca reduzir emissões de gases de efeito

estufa na atmosfera. Neste evento, foi reconhecido que as mudanças climáticas representam uma ameaça urgente e irreversível para as sociedades humanas e para o planeta (ONU, 2016).

Observa-se, desta maneira, que a relação saúde e meio ambiente vêm sendo discutida ao longo de décadas e que a AP possui um caráter fundamental no reconhecimento desta relação, uma vez que tem por características a proximidade e a resolutividade das necessidades em saúde de uma população (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015). A AP é considerada o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada para o mesmo, para todas as novas necessidades e problemas (STARFIELD, 2002, p.28). Desta maneira, pode-se dizer que o trabalho na AP acontece por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações (adscritas) de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012b). Assim, o cerne da AP centra-se nos problemas mais comuns da comunidade, e ainda no contexto social no qual a doença existente influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Neste entendimento, ao observar a saúde como um estado dinâmico, socialmente produzido, as intervenções buscam não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde e doença (BUSS, 2000). Nesta ótica, pode-se inferir que os problemas ambientais reforçam, para a saúde pública, uma questão que torna-se dual, pois é um dilema e desafio permanente desde sua criação: a saúde realiza-se, fundamentalmente, fora do setor saúde (PORTO, 1998).

Nesta perspectiva, a AP pode incorporar o determinante ambiental dentro do contexto do território, na busca de uma abordagem que vise a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Assim, uma atuação com enfoque nos determinantes permite o desenvolvimento de saúde da coletividade, por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde humana (FORTES, RIBEIRO, 2014).

3.3 SAÚDE E MEIO AMBIENTE: UM ESTUDO SOBRE AS TENDÊNCIAS

A presente busca foi motivada pela necessidade de conhecer as pesquisas desenvolvidas, no Brasil, sobre a relação saúde e meio ambiente, por meio da análise das teses e dissertações. Assim, a seguir apresenta-se o panorama de pesquisas brasileiras relacionadas com a enfermagem e que, utilizaram o meio ambiente como temática.

Desta forma, o presente estudo possui a seguinte pergunta de pesquisa: o que tem sido produzido sobre enfermagem e meio ambiente nas teses e dissertações brasileiras? E possui o seguinte objetivo: conhecer a tendência da produção científica sobre enfermagem e meio ambiente no Brasil.

Para o alcance do objetivo deste estudo, optou-se por uma revisão narrativa da literatura. Desta maneira, foram realizados dois levantamentos, durante o mês de junho de 2015, um no banco de Teses e Dissertações da CAPES, e o outro nos catálogos de teses e dissertações da ABEN. Para levantamento no Portal Capes foram utilizados os termos “meio ambiente” (palavra-chave) *and* “enfermagem” (todos os campos), e, nos Catálogos da ABEN, utilizou-se: meio ambiente, em todos os campos. Não foi instituído recorte temporal para os levantamentos.

Como critérios de inclusão do presente estudo elencou-se: tratar-se de documento original (tese e/ou dissertação); ter resumo completo disponível na base de dados (banco de teses e dissertações do portal CAPES e Catálogos da Aben); documentos disponíveis gratuitamente e na íntegra. Foram excluídas as Teses e Dissertações que não responderam à questão de pesquisa proposta. Desta maneira, foram selecionados para análise 15 publicações.

Para organização dos achados, foi utilizado um quadro do tipo sinóptico contendo: autor, título, ano, afiliação, objetivo, objeto de estudo, método e universidade. Após inserção no quadro tipo sinóptico, os dados foram submetidos à análise de conteúdo (MINAYO, 2014). Ainda, para fins de apresentação no presente projeto, foi elaborado um quadro de referências utilizadas no presente capítulo (APÊNDICE A). As referências foram codificadas da seguinte maneira: D para dissertação, seguindo pelos números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9. E as teses foram codificadas pela letra T, seguido pelos números 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

Os resultados dos levantamentos de teses e dissertações por ano de publicação estão apresentados na Figura 1.

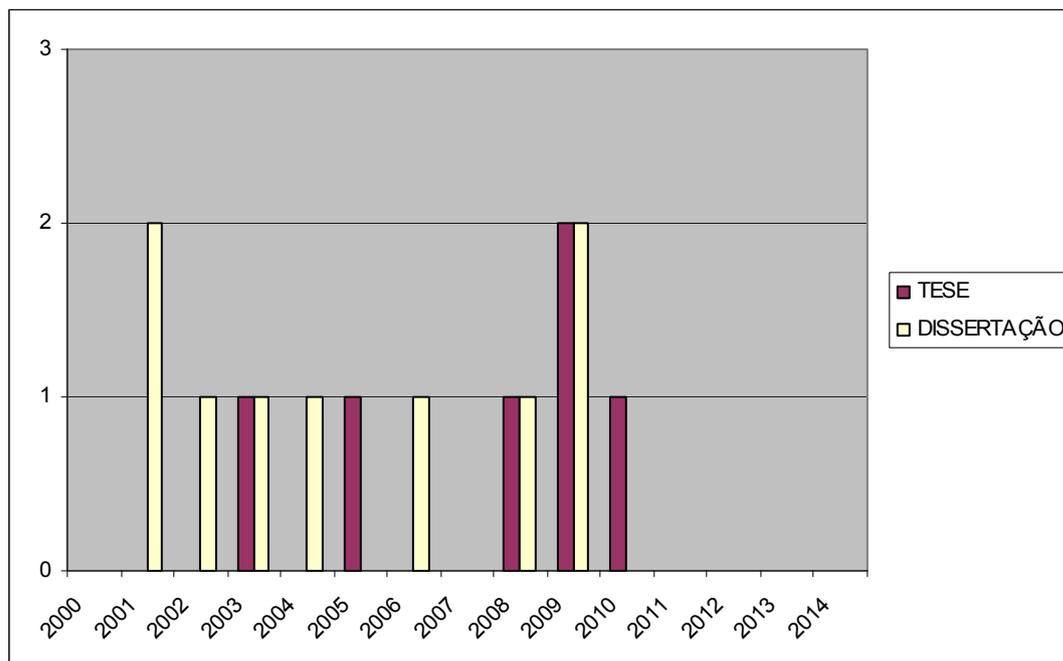


Figura 1- Distribuição de Teses e Dissertações por ano de publicação. Elaborada pela autora, Santa Maria, 2016.

De acordo com a Figura 1. Os anos que apresentaram maior número de publicações acerca da temática foram: 2001, 2003, 2008 e 2009. O ano que mais apresentou trabalhos sobre a temática foi o ano de 2009, com um total de quatro publicações, sendo estas duas teses e duas dissertações. Do total de estudos encontrados, 60% (09) correspondem a dissertações, e 40% (6) a teses.

A distribuição por região do País das publicações se apresentou da seguinte maneira: a **Região Sudeste** foi a que **mais apresenta** produções com um total de **10 produções**. Em **segundo lugar** por produção foi a **Região Sul**, com um total de **3 produções**. Já em **terceiro lugar**, a **Região Nordeste**, apresentando **duas produções**. As demais regiões do país não apresentaram publicações referentes à temática. Em relação à **população estudada**, os estudos apresentaram diversidade, contemplando: trabalhadores em saúde, incluindo técnicos de enfermagem e enfermeiros, além de usuários do sistema de saúde. Ainda, alguns estudos apresentaram como cerne os **indicadores ambientais** ao invés de uma população propriamente dita.

Em relação a abordagens metodológicas dos estudos analisados, foram encontrados estudos com abordagens qualitativas, e abordagens quantitativas.

Atribuiu-se a esse achado à diversidade nos cenários de pesquisa e nas populações estudadas.

A partir da análise dos resultados, foi possível organizar duas categorias temáticas, quais sejam: Problemas ambientais relacionados a saúde e meio ambiente e Trabalho, saúde e meio ambiente . Ambas estão melhor descritas a seguir.

3.3.1.1 Problemas ambientais relacionados a saúde e meio ambiente

Nesta categoria foram elencadas as teses e dissertações que versavam sobre condições ambientais e a relação com a saúde. Diante disto, os temas pesquisados foram: saneamento básico, avaliação de metais pesados no esgoto e no solo (D1, T1, D2, D3, T2, T3, D4,D5).

Dentre os resultados encontrados pelos autores, destacam-se a importância de uma estrutura de tratamento de esgoto para a saúde das comunidades, e os impactos percebidos pela ausência desta estrutura. E também a contaminação do solo por metais pesados, bem como o adoecimento das populações (D1, T1, D2, D3, T2, T3, D4,D5).

3.3.1.2 Trabalho, saúde e meio ambiente

Esta categoria apresenta as Teses e dissertações que trataram da temática ambiental em diversos cenários sociais. Desta forma, o tema foi abordado em hospitais, unidades de atenção primária à saúde (T4, D6), setor de vigilância sanitária (D7), e ainda no ambiente escolar (D8). De forma geral os resultados demonstram que a problemática ambiental se faz presente em todos os níveis de atenção à saúde, sendo que dependendo deste os participantes percebem esta questão de maneiras diferentes (T4, D6, D7,D8). Além disto, em alguns estudos as questões elencadas permearam o gerenciamento de Resíduos do serviço de saúde (RSS) e ainda trouxeram recomendações aos Planos de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), em virtude das inadequações em certos pontos como: gerenciamento de resíduos químicos e resíduos comuns (T5, T6, D9).

Com a realização deste levantamento bibliográfico, pode se reconhecer a tendência da produção científica brasileira sobre saúde e meio ambiente, na qual

foram identificados estudos relacionam as condições ambientais e a saúde, e o tema no cotidiano de trabalho da área da saúde

De acordo com os resultados apresentados, conclui-se que existe uma lacuna de estudos que articulem as RS, a saúde e o meio ambiente. Desta maneira, tornam-se relevantes estudos que façam esta articulação em busca de um melhor entendimento sobre as questões relativas à relação saúde e meio ambiente através da utilização da RS.

3.4 SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Este sub item do capítulo apresenta a revisão de literatura realizada nas bases de dados internacionais.

A relação saúde e meio ambiente na atenção primária e na estratégia saúde da família: uma revisão narrativa²

The relationship between health and environment in primary care and in family health strategy: a narrative review

RESUMO

A relação saúde e meio ambiente faz parte do cotidiano das pessoas e, assim, as ações de saúde devem permear esta relação. Diante disto, o presente estudo tem por objetivo conhecer a produção científica sobre saúde e meio ambiente na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família. Assim, trata-se de uma revisão narrativa da literatura. O levantamento dos artigos foi realizado nos seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS e WEB OF SCIENCE. No total, 311 artigos foram encontrados e 17 foram selecionados para análise de conteúdo temática, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Como resultado, emergiu uma categoria temática denominada Território: o ambiente para as práticas em saúde, e uma subcategoria: Resíduos no cotidiano da atenção primária em saúde. Os resultados demonstram a importância do reconhecimento

² Artigo na íntegra. Encaminhado para a Revista de Atenção Primária à Saúde em Janeiro de 2016.

do território para as práticas em saúde, e que a geração e a destinação de resíduos vêm sendo reconhecidas como um problema emergente na saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Ambiental; Meio Ambiente.

ABSTRACT

The relationship between health and the environment is part of daily life and thus health actions must permeate this relationship. In view of this, this study aims to survey the scientific literature on health and environment in primary care and in Family Health Strategy. Thus, it is a narrative review of the literature. The survey of the articles was done in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), SCOPUS and WEB OF SCIENCE. In total, 311 articles were found and 17 were selected for thematic content analysis, according to the inclusion and exclusion criteria. As a result, there emerged a thematic category called Territory: the environment for health practices, and a sub-category: Waste in the day-to-day of the primary healthcare. The results demonstrate the importance of recognizing the territory for health practices, and that the generation and the disposal of waste are being recognized as an emerging problem in health.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Environmental Health; Environment.

INTRODUÇÃO

A atenção primária, no Brasil, é reconhecida como a porta de entrada aos serviços de saúde.¹ Nesta, está presente a principal estratégia do governo para reestruturação dos serviços de saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, quando denominava-se Programa Saúde da Família (PSF).²

Dentre as características da ESF, têm-se a proximidade das equipes com as comunidades onde atuam³. Assim, sua estruturação se consolida a partir de um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, buscando o reconhecimento das necessidades da população, através do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, e na busca por ações abrangentes de promoção da saúde e prevenção de agravos.^{4,5}

O reconhecimento das necessidades da população inicia-se a partir do reconhecimento do território onde a população está inserida. E, a partir disto delineiam-se as práticas em busca

da promoção à saúde. Nesta ótica, uma questão emergente vem sendo tratada como mais uma tarefa a ser realizada pelos profissionais de ESF: a questão ambiental.⁶

No Brasil, a política de saúde ambiental, ainda em construção, aponta subsídios direcionados à busca da promoção da saúde aliada com as questões ambientais. A expectativa é a de se constituir competências que objetivam a implementação de ações em que é constatada a relação entre saúde humana, degradação e contaminação ambiental.⁷

Diante disto, o desenvolvimento de ações que contemplam o meio ambiente deve acontecer em prol da promoção da saúde para proteção à vida, e ainda a incorporação das questões do Meio Ambiente nas políticas de saúde.⁸ Estas ações devem ser coordenadas, principalmente, na área da saúde, por seus profissionais, já que são eles que lidam diretamente com essa realidade.⁹

Atualmente, no Brasil, a relação saúde e meio ambiente vem sendo evidenciada. Um exemplo atual são os casos relacionados à transmissão de doenças pelo mosquito *Aedes aegypti*, tais como: dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika.¹⁰ Tais problemas refletem no quadro de saúde da população, que apresenta particularidades na transição epidemiológica, resultando em novos e velhos problemas de saúde pública.⁸

Além disso, problemas e desastres ambientais também têm impactado a saúde da população. No decorrer do século 21, é esperado que a mudança climática leve a aumento nos problemas de saúde em muitas regiões e, especialmente, nos países em desenvolvimento. E ainda, que os impactos das mudanças climáticas desacelerem o crescimento econômico, tornando mais difícil a redução da pobreza, evidenciando a diminuição da segurança alimentar e criando e/ou prolongando novas situações de pobreza, particularmente em áreas urbanas e focos emergentes de fome.¹¹

Neste cenário, como forma de reduzir os impactos da saúde advindos das mudanças climáticas e de outras alterações ambientais tem-se as medidas de redução da vulnerabilidade a curto prazo, as quais se destacam como programas que implementam e melhoram as medidas básicas de saúde pública, como por exemplo o acesso aos serviços de saneamento básico, cuidados essenciais para a saúde, vacinação e serviços de saúde infantil, aumento da capacidade de preparação e resposta a desastres e alívio da pobreza.¹¹

Além disto, o relatório da 1ª Conferência de Saúde Ambiental no ano de 2010 aponta para a utilização de sistemas de monitoramento e indicadores¹². Desta maneira se pode elaborar, implantar e desenvolver estratégias de intervenções sustentáveis, voltadas para os recursos naturais, como monitoramento dos corpos hídricos e plano de contingência para os períodos sazonais. Ainda, pode-se incluir sistemas de alerta, mapeamento de desastres e

vulnerabilidades, abrigo para enchentes e ciclones, gestão de tempestades e de desperdício de água¹¹.

Diante deste cenário apresentado, e considerando que a inserção da ESF acontece por meio da AP e que o tema saúde e ambiente dentro deste contexto é emergente, foi elaborada a seguinte revisão, com o objetivo de *conhecer a produção científica sobre saúde e meio ambiente na AP e ESF*. Para atender à proposta citada, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: *o que tem sido produzido sobre saúde e meio ambiente na AP e ESF?*

DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho é uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de revisão permite compreender o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.¹³ Com o intuito de responder à pergunta de pesquisa anteriormente exposta foi realizada a busca bibliográfica nas bases de dados eletrônicas LILACS, SCOPUS e WEB OF SCIENCE.

A mesma aconteceu no mês de janeiro de 2016. A busca na base LILACS foi realizada da seguinte forma: no formulário de busca avançada, e com os seguintes itens: atenção Primária à Saúde [Descritor de assunto] *and* [saúde ambiental] e Atenção Primária à Saúde [Descritor de assunto] *and* meio ambiente [Descritor de assunto], e ainda estratégia saúde da família [Descritor de assunto] *and* saúde ambiental [Descritor de assunto]. Já na base Scopus a busca ocorreu da seguinte maneira (*TITLE-ABS-KEY (primary healthcare AND (environment health OR environment))*), e (*(TITLE-ABS-KEY (Family Health Strategy AND (environment health OR environment)))*). Por fim, as buscas na base *Web of Science* foram realizadas da seguinte forma: tópico: (*primary healthcare AND (environmental health OR environment)*) e tópico: (*(Family Health Strategy AND (environmental health OR environment)*)).

O início do recorte temporal para a seleção dos artigos foi a publicação da Carta de Bangkok de promoção à saúde (2005-2015).¹⁴ Esta Carta determinou que, entre os fatores que influenciam a saúde estão inseridos as mudanças globais no meio ambiente.¹⁴ Como resultado da busca, foram encontradas 311 publicações, as quais foram avaliadas conforme os critérios de inclusão: artigos originais, artigos publicados dentro do recorte temporal, nos idiomas: português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos que não responderam a questão de pesquisa. Os artigos repetidos foram considerados apenas uma vez para análise.

Desta maneira, o *corpus* do presente estudo constitui-se em 17 artigos, que foram codificados da seguinte maneira na discussão deste estudo: A1 a A17, sendo estes

selecionados para análise de conteúdo na modalidade temática.¹⁵ O acesso aos mesmos foi realizado através do identificador universal da página da *web* e/ou no Portal da Capes. Após a busca, os dados dos artigos foram inseridos em um quadro analítico contendo: referência, objetivo, análise, população e principais resultados e recomendações.

Após a leitura dos artigos, emergiu uma categoria temática: Território: o ambiente para as práticas em saúde, e uma sub categoria: Resíduos no cotidiano da atenção primária em saúde. Ambas serão apresentadas a seguir.

Território: o ambiente para as práticas em saúde

Esta categoria remete aos estudos que abordaram o território como ambiente de trabalho em ESF. O território em saúde pode ser entendido como um delimitador para a atuação dos serviços de saúde, pois é a partir dele que as estratégias de promoção à saúde devem ser elaboradas.¹⁶ Em relação ao termo territorialização, que aparece em alguns estudos, o mesmo pode ser entendido como o processo de criação e delimitação de territórios, pautado na definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior.¹⁷

Desta maneira, o reconhecimento do território de atuação permite a compreensão das dimensões sócio-históricas do mesmo, proporcionando a aproximação dos profissionais de saúde com os usuários dos serviços (A1).¹⁸ Pode-se inferir que, na AP, as necessidades em saúde estão sempre permeadas pela subjetividade dos sujeitos envolvidos (usuários e profissionais) e, ainda do seu território, ambiente e respectivos contextos socioculturais.³

Além disto, é preciso a identificação de áreas de risco para promover a implantação de medidas corretivas, por meio de obras de infraestrutura, serviços e atenção educativa, que abranjam o amplo espectro de atividades envolvidas na temática ambiental.¹⁹ Uma vez reconhecidas e identificadas as áreas de risco, é preciso relacionar com as questões de cunho ambiental, como por exemplo, a poluição ambiental. Isso é essencial, já que este tipo de poluição pode resultar em diversas complicações à saúde individual e pública, desde intoxicações químicas, cânceres, malformações congênitas, doenças neurológicas, imunológicas e respiratórias até a redução ao acesso à alimentação e à água, essenciais para a saúde humana.²⁰

As práticas de saúde voltadas para as questões ambientais na AP proporcionam melhores condições de qualidade de vida a todas as faixas etárias da população, incluindo as

crianças, as quais compõem o extrato mais vulnerável da nossa sociedade. A população infantil apresenta características da etapa de desenvolvimento que determinam padrões de relacionamento distintos com o ambiente, portanto, formas e níveis de exposição diferentes dos da população adulta.²¹

Desta maneira, as ações da AP voltadas a este extrato da população têm demonstrado um impacto significativo para a saúde desta parcela populacional, contribuindo para a redução das taxas de mortalidade infantil (A3).²²

Entretanto, para que este tipo de ação contemple realmente as necessidades de saúde de determinada população, é preciso o reconhecimento do território de atuação. Para isso, uma alternativa é o mapeamento participativo, pois a construção em conjunto torna-se uma oportunidade para os profissionais reconhecerem e estimularem a participação da comunidade (A1).¹⁸ Nesse sentido, uma das publicações analisadas relata sobre o desenvolvimento de um mapeamento participativo em saúde ambiental e do trabalhador, juntamente com atores sociais (equipe de saúde, professora, líder de comunidade) (A1).¹⁸ Assim, emergiram questões históricas do território e da comunidade, entre elas, as questões ambientais, que se materializaram por meio das enchentes e contribuíram para o povoamento na região. Além disso, também menciona, a contaminação ambiental nas comunidades causada pelos agrotóxicos, por caieiras (fornos de pedrarias) e veículos automotores (A1).¹⁸

Os autores, ainda destacam a necessidade da valorização da cultura e do vínculo afetivo das pessoas com o território a partir do serviço de saúde (A1).¹⁸ Esta compreensão do território, em sua relação local-global e não restrita aos seus limites definidos pela geografia física, mas pelos processos sociais e ambientais que nele transcorrem, é essencial ao setor saúde, pela construção de espaços coletivos que atendam aos interesses das populações.²³

Baseado no estudo anteriormente citado, os autores (A4)²⁴ elaboraram uma pesquisa-ação, em três etapas, a saber: na etapa A os aspectos teórico-metodológicos elaborados pela pesquisadora foram submetidos à apreciação crítica dos participantes do grupo. Já, a etapa B promoveu a elaboração de mapas representativos da dinâmica social, ambiental e do trabalho no território. Por fim, a etapa C apresentou o objetivo da problematização, partindo da análise dos elementos representados no mapa que caracterizavam o território, a partir de uma série de reflexões propostas pelo mediador (A4).²⁴ Como resultado desta pesquisa-ação os pesquisadores juntamente com os atores sociais, elaboraram uma série de propostas, como por exemplo, a realização de um seminário sobre saúde ambiental e os efeitos causados pelos agrotóxicos, e criação de Lei Municipal que regulamente a utilização dos bens naturais, entre outras. De acordo com os autores, estas propostas contemplam ações a serem

desenvolvidas de forma articulada e intersetorial, considerando as dimensões do trabalho e ambiente (A4).²⁴ Além disto, os pesquisadores reforçam a necessidade do reconhecimento do território e da importância do planejamento em conjunto nas ações de saúde (A4).²⁴ Outra publicação, destaca que a comunidade é uma fonte rica de informações e ideias para a resolução dos problemas enfrentados por ela mesma (A5).²⁵

Pode-se dizer que o reconhecimento do território e a participação da comunidade neste processo são fundamentais, pois os elementos nele contidos refletem a identidade coletiva do território. Isso possibilita o reconhecimento de hábitos, culturas, além dos possíveis conflitos, que podem ser éticos, ambientais, entre outros.⁶ Ou seja, o reconhecimento do território em conjunto permite a revelação dos aspectos relacionados ao meio ambiente e a forma como a comunidade lida com os mesmos.⁶

Assim sendo, por meio da participação de diversos atores sociais, é possível reconhecer as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, centram-se nas questões relativas à saúde e ao meio ambiente, como, por exemplo: saneamento básico, degradação ambiental de rios, violência, além das questões relacionadas à geração de renda (A6, A7, A8).²⁶⁻²⁸

Ainda, utilizando-se a pesquisa-ação, foi realizada uma intervenção comunitária baseada na causa-efeito (A9).²⁹ Para que esta ação se desenvolvesse, os pesquisadores trabalharam com uma equipe multidisciplinar e, dentre as ações desenvolvidas no cenário da AP, encontravam-se as questões ambientais como: saneamento básico, preservação ambiental e controle de vetores (A9).²⁹ Os autores ainda destacam a importância da abordagem intersetorial para o setor saúde no território, pois, com ela é possível planejar ações que contemplem as verdadeiras necessidades de saúde e bem estar das populações (A9).²⁹

Essa necessidade também foi concebida em um estudo com a equipe da ESF, na qual os autores ressaltam a necessidade da criação de redes de diálogo entre a ESF e demais setores, como por exemplo, a Secretaria de Meio Ambiente, organizações não governamentais, movimentos sociais e a população local (A5).²⁵ Esta articulação permite o reconhecimento do território e a oferta de serviços adequados para determinada população.¹⁷ Além disso, possibilita a busca ativa dos problemas, uma vez que, tratando-se das questões ambientais estas são percebidas quando os problemas já estão acontecendo (A5).²⁵

Destaca-se que as mudanças climáticas, o uso de recursos naturais, as formas de organização urbana, a produção e o consumo de energia, produtos e insumos, medicamentos e agrotóxicos, entre outros, são questões de distintas escalas relacionadas às formas com as quais os territórios são impactados.²³ Além disto, as questões ambientais não fazem parte da

pauta da equipe de saúde, e ações intersetoriais são ineficientes (A5).²⁵ No entanto, estas questões devem ser objeto de regulação e controle pela vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância em saúde do trabalhador, incluindo a AP.²³

Em decorrência disto, doenças como enteroparasitoses, leptospirose, dengue, entre outras, poderiam ser evitadas com um planejamento baseado na correção dos fatores ambientais que favorecem sua transmissão (A5).²⁵ Entretanto, a forma de reconhecimento destas questões pelos profissionais carece de realização de intervenções interdisciplinares e intersetoriais, a serem organizadas neste nível de atenção à saúde (A2).¹⁹

Uma das publicações evidencia que os trabalhadores de saúde (médicos e enfermeiros de ESF) identificam as questões relacionadas à saúde e meio ambiente em dois grupos (A10).³⁰ O primeiro grupo incorpora as questões de saneamento básico, presença de vetores de doenças e manejo inadequado de resíduos, além da falta de pavimentação das ruas. Já, o segundo grupo, abrange questões sobre utilização de agrotóxicos em plantações, alimentos contaminados por agrotóxicos ou outras substâncias; uso indevido dos solos; e erosão e desmatamento (A10).³⁰

Outro ponto a ser pensado refere-se à atuação dos serviços de AP em catástrofes ambientais, pois o reconhecimento do território pelos serviços de AP favorece as práticas de promoção à saúde e minimização deste tipo de desastres. Entretanto, a atuação profissional, neste tipo de evento, tende a acontecer de forma passiva, pois, por vezes, os sistemas de informação são ineficientes, resultando na dificuldade de atuação profissional (A11).³¹ Aliado a isso, tem-se a insuficiência de recursos governamentais para este tipo de evento e a ausência de definição de protocolos de atuação dependendo do tipo de evento (A11).³¹

Diante do exposto, percebe-se a importância do reconhecimento do território de atuação da ESF, para que possa intervir nos problemas relacionados ao mesmo.

Resíduos no cotidiano da atenção primária à saúde

Esta subcategoria apresenta a questão ambiental na perspectiva dos resíduos sólidos urbanos (RSU) e resíduos de serviço de saúde (RSS), no cotidiano da atenção primária em saúde. Atualmente, um dos grandes problemas da sociedade moderna é a geração de resíduos, a qual é inerente ao cotidiano de qualquer comunidade.³² Um estudo recente estima que, sejam produzidos 1,3 bilhões de toneladas de resíduos diariamente no mundo.³³ Além disso, a expectativa para esta estimativa é que este número pode aumentar até 2025 para 2, 2 bilhões de toneladas.³³

A vasta oferta de serviços e produtos industrializados contribui para uma constante geração de resíduos. Sob essa ótica, a geração de resíduos, em nível mundial, vem sendo tratada como um grande problema, não só de ordem ambiental, mas uma questão de saúde pública. No Brasil, a geração de RSU, em 2014, apresentou um aumento de 2,9% em relação ao ano de 2013, resultando em uma taxa média de geração por habitante de 387,63 kg por ano.³⁴

Pode-se dizer que fatores como o crescimento populacional e econômico, o estilo de vida, o tamanho da família, o grau de escolaridade e a renda mensal interferem na taxa de geração de resíduos.³⁵ Além disso, pode-se citar a influência do movimento da população nos períodos de férias e fins de semana e os novos métodos de acondicionamento de mercadorias, com a tendência mais recente de utilização de embalagens não retornáveis.³⁶

Soma-se ao fato da geração de RSU encontrar-se em constante elevação, o destino final inadequado dos mesmos. No Brasil, 41,6% do total de resíduos coletados são destinados de forma inadequada para lixões ou aterros controlados.³⁴

A preocupação com o tratamento e a destinação adequada é importante do ponto de vista da saúde pública, pois as consequências danosas da geração e da destinação de resíduos não se limitam ao impacto ambiental, uma vez que estas também se refletem na saúde da população. Isto ocorre em virtude de que o manejo inadequado dos resíduos pode comprometer a qualidade do solo, da água e do ar, por serem fontes de compostos orgânicos voláteis, pesticidas, solventes e metais pesados, entre outros.³⁷ Diante desta possível contaminação causada pela destinação final inadequada, na AP o agente comunitário de saúde é um importante elo para a divulgação de informações sobre locais de coleta (público ou privado), bem como os riscos para a saúde pública e para o ambiente, podendo contribuir para a melhoria da eliminação de tais resíduos (A12).³⁸

As questões relativas aos RSU foram apontadas como principais causadoras de problemas relacionados com a saúde e meio ambiente e ainda, como principal problema ambiental, por profissionais e usuários do serviço de AP (A13, A14).³⁹⁻⁴⁰

Atualmente no Brasil está em vigor a Política Nacional de Resíduos Sólidos, a qual versa entre outros assuntos sobre o plano de gerenciamento de gerenciamento de RSU. Este plano é um documento que descreve e prevê as ações relacionadas à todos os tipos de resíduos, exceto os classificados como radioativos. Além disto, a PNRS prevê a extinção dos aterros controlados e dos lixões brasileiros.⁴¹

Ainda, tratando-se de resíduos outra categoria de resíduos vem ganhando destaque em pesquisas: os RSS. Considera-se que do total de RSU gerados, cerca de 1 a 3% são RSS.⁴²

Entretanto, a problemática da geração destes centra-se nos possíveis riscos à saúde e meio ambiente que envolvem o manejo destes resíduos (A15).⁴³ Dentre esses riscos ressalta-se a contaminação por hepatite, HIV e algumas doenças respiratórias.⁴⁴⁻⁴⁵ Além disso, podem contribuir para o aumento das taxas de infecção hospitalar e impacto ao meio ambiente, se não forem bem destinados⁴⁴.

No Brasil, a regulamentação sobre os RSS é proposta pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Estes órgãos regulam a classificação dos RSS no Brasil em cinco grupos: A (infectante), B (químico), C (radioativo), D (comuns) e E (perfuro cortantes).⁴⁶⁻⁴⁷ Estima-se que do total de RSS gerado pelos estabelecimentos de saúde 85% sejam resíduos compatíveis com os domésticos. Os demais são considerados infectantes (10%), químicos e radioativos (5%).⁴²

A geração de RSS é inerente ao nível de atenção em que o estabelecimento de saúde se encontra, desta maneira, tanto a atenção hospitalar como a AP devem gerenciar estes resíduos. Na AP ainda existe a possibilidade de geração de RSS domiciliares, sendo estes resultantes do processo de atenção à saúde de usuários que encontram-se sob cuidados de equipes de ESF (A16).⁴⁸

Sob esta perspectiva, um estudo no Egito, realizou o levantamento da geração de resíduos em 10 unidades caracterizadas como parte da AP, dentre outros locais (A15).⁴³ Nesta investigação, os pesquisadores descobriram que nos serviços de AP, os resíduos eram queimados a céu aberto, nos quintais das unidades e a segregação destes mostrou-se inadequada (A15).⁴³

No Brasil, a situação melhorou nos últimos anos. Em 2014, do total de 5.570 municípios brasileiros, 4.526 realizam algum serviço relativo ao manejo dos RSS³⁴. Além do manejo dos RSS apresentar um avanço, os profissionais de saúde têm demonstrado um maior engajamento nas questões relativas aos resíduos. Um exemplo disto é a preocupação dos trabalhadores de ESF, no que se refere aos resíduos (A17).⁴⁹ Esta responsabilidade evidenciada pelos autores é também preconizada pela WHO e pela legislação brasileira, que destaca que as pessoas que geram estes resíduos são responsáveis pelos mesmos.^{42,46}

CONCLUSÃO

A presente revisão apresentou o objetivo de conhecer a produção científica sobre saúde e meio ambiente na AP e ESF. O objetivo desta investigação foi alcançado, pois com este estudo pode se identificar duas vertentes de pesquisa.

A primeira, envolvendo as temáticas centrais deste estudo voltou-se às questões do território em saúde e a sua importância dentro do contexto da AP e ESF. Portanto, reitera-se que o reconhecimento do território como ambiente de prática em saúde e suas relações com os usuários podem apresentar os rumos para uma prática voltada para a promoção da saúde, em busca da verdadeira reorientação do sistema de saúde. As demandas sociais que emergem a partir do território e o reconhecimento deste pelos trabalhadores é um ponto fundamental para a organização dos serviços de saúde em busca da promoção à saúde.

Com relação à segunda vertente, pode-se dizer que ainda de maneira incipiente, aborda a questão dos RSU e RSS no contexto da AP e ESF. E assim, a geração e destinação destes resíduos vêm sendo reconhecidas como um problema emergente no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. Silva KM da, Leite, SP. Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela estratégia saúde da família. Rev. APS. [Internet]. 2014 Jul/Set [cited 2015 Nov 16]; 17(3): 345-54. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1949/825>.
3. Junges, JR; Barbiani, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. Rev. Bioét. [Internet]. 2013 Ago [cited 2015 Nov 16]; 21(2): 207-217. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a03v21n2.pdf>.
4. Oliveira, MA de C; Pereira, IP. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 Sep 08]; 66 (spe): 158-164. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020.
5. Silva L, Fernandes M, Mendes E, Evangelista N, Torres R. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. Rev. Enferm. UERJ. [Internet]. 2012 Dez. [cited 2015 Out 14];20 (esp.2):784-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6024>.

6. Santos AL, Rigotto, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2010 Nov [citado em 07 de outubro de 2015]; 8 (3):387-406. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental Brasília, 2007. 56 p.
8. Souza CL de, Andrade CS. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2014 Out [cited 2015 Nov 5]; 19 (10): 4113-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004113.
9. Fonseca, AFQ. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. *Ambient. soc.* [Internet]. 2012 Ago [cited 2015 Oct 03]; 15(2): 133-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2012000200008&lng=en
10. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. [Internet]. 2015 Nov [cited 2015 Dez 01];46:3. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/24/2015-040.pdf>.
11. IPCC, 2014: Climate Change 2014: Mitigation of Climate Change. Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Edenhofer, O., R. Pichs-Madruga, Y. Sokona, E. Farahani, S. Kadner, K. Seyboth, A. Adler, I. Baum, S. Brunner, P. Eickemeier, B. Kriemann, J. Savolainen, S. Schlömer, C. von Stechow, T. Zwickel and J.C. Minx (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA. [Cited 2015 Dez 17]. Available from: https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg3/ipcc_wg3_ar5_full.pdf
12. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório da Primeira Conferência de Saúde Ambiental [Cited: 2015 Dez 17]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf.

13. Elias C de SR, Silva LA da, Martins MT de S, Ramos NAP, Souza M das GG, Hipólito RL. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Sep 15]; 8(1): 48-53. Available from <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49594> .
14. World Health Organization (WHO). Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve; 2005. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1 .
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2012.
17. Faria, RM de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Hygeia. [Internet]. 2013 Jun [cited 2015 Nov 13]; 9 (16):131 - 147. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458> .
18. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira AC de A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Sep 08]; 18(8): 2253-2262. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009.
19. Romão, LMV; Maia, ER, Albuquerque, GA. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. Rev enferm UERJ [Internet] 2014 Mar/Abr [cited 2015 Sep 08]; 22(2):264-7 Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13669> .
20. Gallo E, Setti AFF, Magalhães D de P, Machado JMH, Buss DF, Franco NF de A et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Nov 3]; 17(6): 1457-1468.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600010.

21 Mazoto ML, Filhote MIF, Câmara VM, Asmus CIRF. Saúde Ambiental Infantil: Uma revisão de propostas e perspectivas. Cad. saúde colet. [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2015 Oct 10]; 19(1):41-50. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_41-50.pdf

22. Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Labonte R, Sanders D et al. The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá-Colombia: an ecological analysis. Int J Equity Health 2012 Nov [cited 2015 Sep 08] 11:(66). Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-66.pdf>.

23. Buss PM, Machado JMH, Gallo E, Magalhães D de P, Setti AFF, Franco NF de A. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. Ciênc. saúde colet. [Internet] 2012 June [cited 2015 Oct 07]; 17(6): 1479-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600012.

24. Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, Machado M de FAS, Machado MMT, Bezerra M das GV. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 June [cited 2015 Sep 08]; 17(45): 301-314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200005.

25. Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. Physis [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 08]; 21(3): 955-78. Available from: Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300011.

26. Silva NC, Andrade, CS. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. Trab. educ. saúde [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 08];

11(1);113-28. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000100007.

27. Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia T de M, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 June [cited 2015 Sep 08]; 12(3):743-753. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300025.

28. Asadi-Lari M, Farshad AA, Assaei SE, Vaez MMR, Akbari ME, Ameri A et al. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience, *Public Health* [Internet]. 2005 Jun [cited 2015 Sep 08]; 119(6):474-82. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350604002264?np=y>.

29. Ingram CM, Quevedo PCA, Ravelo PI, Pupo MZ, Machado IE. Desarrollo sustentable del municipio “Jesús Menéndez” desde las perspectivas de salud*. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2006 Dec [citado 2015 Sep 08]; 44(3). Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000300009&lng=es.

30. Cezar-Vaz MR, Weis AH, Costa VZ, Soares JFS, Bonow CA, Cardoso LS, et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto & Contexto Enferm*. 2007 Out-Dez; 16(4):645-53.

31. Van Minh H, Anh TT, Rocklöv J, Giang KB, Trang LQ, Sahlen KGS et al. Primary healthcare system capacities for responding to storm and flood-related health problems: a case study from a rural district in central Vietnam. *Global Health Action*. [Internet] 2014 Dec [cited 2015 Sep 08]; 7(10): 1-11. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265642/pdf/GHA-7-23007.pdf>.

32. Oliveira AS de, Leite VD, Prasad S, Ribeiro, MD (2004). Estudo da produção per capita de resíduos sólidos domiciliares da cidade de Campina Grande–PB. *Revista Saúde e Ambiente*, 5(2), 37-44.

33. Karak T, Bhagat RM, Bhattacharyya P. Municipal Solid Waste Generation, Composition, and Management: The World Scenario, Critical Reviews in Environmental Science and Technology [Internet]. 2012 Aug [cited 2015 Sep 08]; 42: (15),1509-1630. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10643389.2011.569871> .
34. Associação Brasileira das Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (ABRELPE). Panorama dos resíduos sólidos no Brasil, 2014.
35. Sujauddin M, Huda SMS, Hoque ATMR. Household solid waste characteristics and management in Chittagong, Bangladesh. **Waste Management** [Internet]. 2008 Jun [cited 2015 Sep 08]; 28:1688–95. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956053X07002255> .
36. Cunha V, Filho, JVC. Gerenciamento da coleta de resíduos sólidos urbanos: estruturação e aplicação de modelo não-linear de programação por metas. Revis. Gestão & produção [Internet]. 2002 Ago. [cited 2015 Nov 25]; 9(2), 143-161. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104530X2002000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en .
37. Gouveia N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Sep 07]; 17(6): 1503-1510. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n6/v17n6a14> .
38. Chaves APL, Silva RB da. Diagnóstico ambiental de resíduos domésticos perigosos e a estratégia de saúde da família como elo para implementação de um programa de gestão no Sul do Brasil. Cad. saúde colet. [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Jan 24] ; 23(2): 109-117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200109.
39. Mendonça R das C, Giatti LL, Toledo RF de. A temática ambiental em representações e práticas de profissionais de saúde da família no município de Manaus - AM/Brasil. Saude soc. [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Sep 08] ; 21(3): 776-787. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300021&lng=en

40. Patrício KP, Oliveira TS, Ribeiro JTR, Medeiros TM, Cruvinel, MCFP, Miguel MM et al . Meio ambiente e saúde no Programa PET-Saúde: interfaces na atenção básica. Rev. bras. educ. med. [online]. 2011, Sep [cited 2015 Sep-08]; 35(3),341-49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300007&lng=pt&nrm=iso .
41. Brasil. Lei 12.305 de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. DF, Brasília, Planalto, Casa Civil, 2010.
42. World Health Organization (Who). Safe management of wastes from healthcare activities. 2. Ed, Malta, 2014.
43. Soliman SM, Amel IM. Overview of biomedical waste management in selected Governorates in Egypt: A pilot study. Waste management, 2007 Dec [cited 2015 Sep 08 27(12): 1920-23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956053X06002583> .
44. Naime R, Barbisan, CH. Quantidade de geração de resíduos em seis procedimentos cirúrgicos de portes diferenciados comparados. Revista Monografias Ambientais, [Internet]. 2013 Ago [cited 2015 Nov 14]; 12 (12): 2714- 25. Available from <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/remoa/article/view/8908> .
45. Oroei M, Momeni M, Palenik CJ, Danaei M, Askarian M . A qualitative study of the causes of improper segregation of infectious waste at Nemazee Hospital, Shiraz, Iran. Journal of Infection and Public Health [Internet]. 2014 May/Jun [cited 2015 Sep 08]; 7(3):192-98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034114000185> .
46. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada nº306, de 7 de dezembro de 2004.. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Sec. 1, p. 49.
47. Conselho Nacional do Meio Ambiente (Brasil). Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Brasília, DF, 04 maio 2005. Sec 1, p. 63-65.

48. Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, RODRIGUES EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 Feb [cited 2015 Sep 08] ; 65(1): 128-134. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100019&lng=en .
49. Peres RR ,Camponogara S, Silva AC da, Jacobi, E de O, Bataglin MS, Soares SGA. Environmental responsibility through the view of basic health attention workers. Res.: fundam. care. online, [Internet] 2014. Jul./Set [cited 2015 Sep 08]; 6(3):1090-1104. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3343> .

4 METODOLOGIA

O método científico é um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para atingir o conhecimento (PRODANOV, FREITAS, 2013). Sob esta perspectiva, este capítulo descreve os procedimentos adotados, na presente dissertação, para alcance dos objetivos elencados o que inclui a descrição do referencial teórico metodológico adotado e das etapas seguidas durante o percurso metodológico.

4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico metodológico do presente estudo, o qual corresponde à Teoria das Representações Sociais. Este referencial foi desenvolvido por Serge Moscovi, que nasceu na Romênia e naturalizou-se francês. Na França, formou-se em psicologia e começou a desenvolver seus estudos no campo da psicologia social.

No ano de 1961, Serge Moscovici defendeu a tese de doutorado intitulada “*La psychanalyse: son image e son public*”, na qual introduziu o conceito de Representações Sociais (RS), a partir de um estudo pioneiro acerca dos modos como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França (MOSCOVICI, 2013). Baseado nos conceitos de Durkheim sobre representações coletivas (RC), Moscovici compreende que as RS são estruturas dinâmicas operando em um conjunto de relações e de comportamentos que aparecem e desaparecem (MOSCOVICI, 2013). Esta é a grande diferença entre Durkheim e Moscovici, tendo em vista que Durkheim considera as RC como algo estático e irreduzível (MOSCOVICI, 2013).

As RS compõem um sistema de classificação e denotação onde cada objeto ou ser possui um determinado lugar em uma clara escala hierárquica (MOSCOVICI, 2013). Portanto, a RS trabalha com a relação sujeito, objeto e mundo, demonstrando que tanto o mundo como o sujeito são construídos por meio da relação dialética entre a atividade deste e a relação objeto-mundo (ROCHA, 2014).

Desta maneira, as RS possibilitam esclarecer como ocorre o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio social, como acontece a compreensão pelos indivíduos e grupos, e como os conhecimentos construídos sobre estes fatos

são expressos através da comunicação e comportamentos (SILVA, CAMARGO, PADILHA, 2011).

Sob esta perspectiva, o estudo das RS proporcionou que novos elementos cognitivos fossem incorporados, ao longo dos anos, para auxiliar estruturalmente esta teoria. Dois destes elementos foram incorporados, no ano de 1976, por Jean-Claude Abric, em sua tese de doutorado, orientado por Moscovici. Abric propôs que as RS são formadas estruturalmente por elementos cognitivos, os quais são o núcleo central e os elementos periféricos, em que cada um exerce uma função dentro das RS (MOSCOVICI, 2013; FONSCCECA, 2016).

O núcleo central é composto por elementos estáveis, e possui uma predominância ao segundo, pois é pouco sensível a mudanças (MOSCOVICI, 2013). Desta maneira, liga-se à memória de determinado grupo, em prol de sua homogeneidade, além de definir a significação da RS do grupo (SÁ, 1996; FONSCCECA, 2016).

Já o elemento periférico é considerado um composto por um ou mais elementos, que circundam o núcleo central. Sendo assim, estes elementos tendem a se apresentar de maneira mais flexível, pois são sensíveis ao contexto imediato, sofrem a adaptação a determinado contexto, e ainda comportam as experiências individuais (SÁ, 1996; MOSCOVICI, 2013; FONSCCECA, 2016). Assim, os elementos periféricos compreendem informações retidas, selecionadas e interpretadas com relação ao objeto, e seu entorno tem um papel importante na concretização do significado da representação (MORERA et al, 2015).

A manifestação das RS acontece sob a forma de falas, atitudes e condutas que institucionalizam e tornam-se rotineiras (MINAYO, 2014 p. 236), ou seja, são construídas socialmente através de discursos públicos nos grupos (PADILHA, OLIVEIRA, 2013). Com isso, pode-se inferir que as RS não são necessariamente conscientes, tendo em vista que elas constituem a naturalização de modos de fazer e pensar, e ainda se reproduzem e se modificam a partir das estruturas, e das relações coletivas e de grupos (MINAYO, 2014). É na interação que as pessoas expressam e confirmam suas crenças subjacentes (PADILHA, OLIVEIRA, 2013).

Em outras palavras, as RS restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de forma a torná-los acessíveis a qualquer um, e coincidirem com nossos interesses imediatos, tornando algo não familiar em algo familiar (MOSCOVICI, 2013). Este ato de tornar algo não familiar em algo

familiar trata-se de uma transferência de algo do exterior para o interior, através de conceitos e percepções interligados em um contexto onde o incomum torna-se comum (MOSCOVICI, 2013).

A formação das RS acontece a partir de dois momentos: ancoragem e objetivação. Ambas são formas diferentes de lidar com a memória, em que a primeira mantém a memória em movimento e é dirigida para dentro, com objetivo de classificar e dar nome a determinado objeto. E tem o objetivo de facilitar a interpretação das características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes a ações das pessoas (MOSCOVICI, 2013). Assim, o objeto entra em uma série de relacionamentos e de articulações com outros objetos que já se encontram nesse universo (MAZZOTTI, 2008).

Neste processo, a representação assume seu caráter social, pois o objeto apresenta-se para a compreensão. Desta forma, o conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito. Partindo da soma de experiências e memórias comuns, extraem-se as imagens, a linguagem e os gestos necessários para classificar o objeto (ARRUDA, 2002; XAVIER, PERNAMBUCO, 2002; REIS, BELLINI, 2011).

Trata-se, então, da aproximação do sujeito ao objeto, entre os indivíduos e os membros de determinado grupo a que ele pertence, fortalecendo a identidade grupal (ROCHA, 2014). Nesta tessitura, ocorre a apresentação do objeto, e tem-se a formação do núcleo central, o qual corresponde à estrutura da representação (PEIXOTO, FONSCECA, OLIVEIRA, 2014; SÁ, 1996).

Diante disto, o núcleo central torna-se fundamental para a formação da representação, pois determina sua significação e sua organização (MORERA et al., 2015). Entende-se que não é a presença de um elemento que define sua centralidade na representação, mas a significância a este elemento atribuída (MORERA et al., 2015).

Já o segundo processo, a objetivação é dirigida aos demais, para extrair conceitos e imagens, juntá-los e reproduzi-los, ou ainda classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2013). Ou seja, une a idéia de não familiaridade com a de realidade, e torna-se a essência da realidade (MOSCOVICI, 2013). Portanto, o objeto entra em uma série de relacionamentos e de articulações com outros objetos que já se encontram nesse universo (MAZZOTTI, 2008). Assim, ocorrem, simultaneamente, a classificação ou seleção, a formação de elementos, e sua

naturalização (NOVA, MACHADO, 2014). Com esta mescla de imagens classificadas e conceitos, surgem os núcleos figurativos, que são um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2013). Mediante a este processo, ocorre a criação de imagens estruturadas, que passarão a reproduzir de maneira visível o que antes não passava de conceitos (NOVA, MACHADO, 2014).

Percebe-se, então, que as RS têm seu ponto de partida na diversidade dos indivíduos, e seu objetivo é descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável a partir de tal diversidade (MOSCOVICI, 2013). Assim sendo, pode-se inferir que as RS são maneiras de conhecimento socialmente organizado e partilhado, que possui objetivo prático de colaborar para a constituição de uma realidade comum a um grupo social (SILVA, CAMARGO, PADILHA, 2011).

Desta forma, as RS expressam a maneira como cada grupo social se organiza e constrói seus significados, através de interações dinâmicas e determinadas historicamente (SANTOS, 2013). Por isso, as RS afetam a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir (PADILHA, OLIVEIRA, 2013). Assim, observa-se que as RS dependem da forma que determinado conhecimento é partilhado socialmente e, a partir disto, contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELLET, 2001).

Neste cenário, as RS compõem um conjunto de princípios constituídos interativamente, e compartilhados por grupos, que, através delas, compreendem e transformam a realidade (REIGOTA, 2010). Dessa forma, a análise desloca-se para o nível social, para os fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, ou seja, analisar o social como totalidade, considerando-se que esse social não se restringe à dinâmica de um agregado de indivíduos (ROCHA, 2014).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Essa pesquisa possui abordagem qualitativa, caracterizando-se como descritivo-exploratória, baseada na Teoria das RS. O método qualitativo é o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem (MINAYO, 2014 p. 57).

A pesquisa descritiva descreve características de determinada população ou fenômeno. Já a pesquisa exploratória, busca tornar explícito o objeto de pesquisa (GIL, 2010). Neste entendimento, a utilização do método qualitativo, aliado a RS, permite acessar os significados que os participantes atribuem a um objeto (RODRIGUES, MOTTA, FERREIRA, 2013), que, no presente estudo, foi a RS sobre saúde e meio ambiente para trabalhadores de equipes de ESF.

Desta maneira, a utilização deste tipo de abordagem metodológica permite a elucidação de um objeto que é partilhado socialmente por um grupo e que concede sentido às experiências coletivas e individuais, além de articular às práticas e contribuir para sustentação da identidade de determinado grupo (CAMPOS et al., 2015).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no município de Nova Palma, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Este município foi fundado em 28 de janeiro de 1961, após pertencer aos municípios de Rio Pardo, Cachoeira do Sul, São Martinho e Julio de Castilhos (IBGE, 2010). Conta com uma área de 342,40 km² e cobertura florestal de 141,86 km², possuindo três distritos: sede-Nova Palma, Caemborá e Vila Cruz (IBGE, 2010). Nova Palma, cujo mapa é apresentado na figura 2, possui uma população de 6.659 habitantes, e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,744 (PMSNP, 2013; IBGE, 2010)³.

As atividades econômicas deste município baseiam-se principalmente nos setores primários e secundários. O primário é composto por agricultura e pecuária, sendo que cerca de 70% são pequenos agricultores, com propriedades de até 50 hectares. Já, no setor secundário, o comércio se destaca, principalmente com insumos para as atividades agrícolas (PMSNP, 2013).

³ Valor considerado alto conforme PNUD (2013).

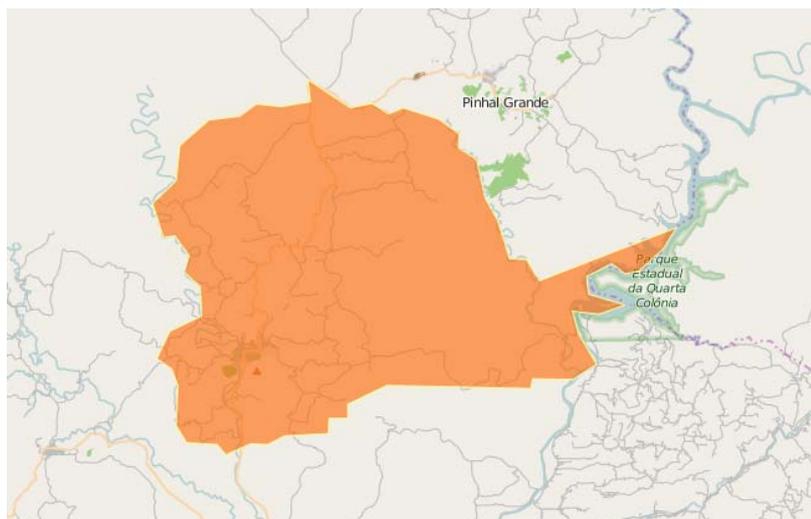


Figura 2- Mapa do Município de Nova Palma, Rio Grande do Sul, 2010. Fonte: IBGE.

No setor de saúde, o município pertence à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, e possui cobertura total da ESF. Atualmente, há três equipes de ESF trabalhando da seguinte maneira: a equipe da ESF 01 está localizada na área rural do município, é composta por quatro microáreas e atende 378 famílias das comunidades de: Vila Cruz, Pinhalzinho, Santa Luzia, Linha dos Faccos, Lageado Seco, Caemborá, Felisberta, Cerro Azul, Bugre, e Linha Santa Terezinha (PMSNP, 2013). Já a ESF 02 e 03 estão localizadas na cidade e dentro de uma Unidade Básica de Saúde. A ESF 02 é composta por quatro microáreas e por 527 famílias. Atende as comunidades de: Novo Paraíso, São Cristóvão, Linha dos Cocos, Gramado (e Linha Gramado), Comercio, Salete, Linha do Soturno, Rincão Santo Antonio e Santo Inácio, e São Francisco (microárea quilombola).

Por fim, a ESF 03 possui uma região de abrangência de seis micro áreas distribuídas pela cidade, assim, não existe uma delimitação por bairros, ou localidades e sim, a organização por ruas e quadras distribuídas pela cidade (PMSNP, 2013). Além disto, o município possui o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), e uma associação hospitalar privada sem fins lucrativos (PMSNP, 2013).

O setor de saúde no município apresenta o quadro de recursos humanos com um total de 50 trabalhadores na saúde, distribuídos nas seguintes categorias: ACS (17), ASB (01), auxiliar de enfermagem (03), enfermagem (05), fisioterapia (03), fonoaudiologia (01), medicina (07), nutrição (01), psicologia (02), técnico de enfermagem (05), terapia ocupacional (01), odontologia (04).

A justificativa para escolha deste cenário de pesquisa centrou-se, primeiro, no nível de atenção à saúde. A ESF tem por origem sua prática pautada no território, ou seja, é um serviço de atenção à saúde que está próximo da população e, com esta proximidade profissional-usuário, ocorre o processo de interação. Além disto, o município escolhido para a realização desta pesquisa possui cobertura total da ESF.

Outro ponto que foi levado em consideração para a escolha deste cenário de pesquisa é que, do total de 50 trabalhadores, somente três trabalhadores não são concursados pela prefeitura⁴, o que pode conferir maior estabilidade no emprego e, por conseguinte, maior vínculo com a comunidade e equipe de trabalho. Destaca-se que, a maneira como os profissionais se relacionam com o trabalho pode interferir na sua atuação laboral e na sua percepção sobre o desenvolvimento de ações de saúde.

Considerando a importância da inserção da pesquisadora no cenário de pesquisa foi realizada uma ambientação nos campos de coleta de dados. A mesma ocorreu, no período de 26 de janeiro à 26 de fevereiro de 2016, cujo principal objetivo foi a apresentação do projeto de pesquisa para as Equipes de ESFs, além do acompanhamento de ações dos trabalhadores das equipes de ESFs, como, participação em reuniões de equipes, reuniões com outros setores (agropecuária e secretaria de obras). Ainda, foi realizado acompanhamento em atividades realizadas na região central do município. Ressalta-se que, posteriormente a ambientação da pesquisadora, iniciou-se a coleta de dados.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com as diferentes profissionais, atuantes nas três ESFs do município de Nova Palma. Ao total, foram entrevistados 25 trabalhadores, das seguintes categorias e número de participantes: ACS (10), ASB (01), enfermagem (02), fisioterapia (02), fonoaudiologia (01), medicina (01), nutrição (01), psicologia (01), técnico de enfermagem (03), terapia ocupacional (01), odontologia (02).

Para elaboração do quadro de participantes e da lista de espera foram adotados os seguintes critérios de inclusão: trabalhadores que atuem na ESF por,

⁴ Dados fornecidos pela Secretária de Saúde do Município de Nova Palma.

pelo menos, seis meses. Foram excluídos os profissionais que estiveram em licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados.

Os trabalhadores somente foram entrevistados após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o encerramento da coleta de dados, foi utilizado o critério de saturação dos dados (FONTANELA et al., 2011).

4.5 COLETA DE DADOS

Para este estudo foram elencadas duas técnicas de coleta de dados: pesquisa documental e entrevista semiestruturada. Gil (2010) descreve que em pesquisas exploratórias, na coleta de dados podem ser utilizadas duas ou mais técnicas, em prol da compreensão do objeto de estudo. Ambas serão apresentadas a seguir.

4.5.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental ocorreu durante o período de fevereiro a abril do ano de 2016, em cada uma das equipes de ESF. Esta técnica de coleta de dados foi elencada levando em consideração o objeto da pesquisa, e ainda como uma forma de aproximação com o cenário da pesquisa.

Neste tipo de pesquisa, os documentos ainda não receberam nenhum tratamento analítico, e cabe ao pesquisador fazer esta análise, de acordo com o seu objeto de sua investigação (PRODANOV, FREITAS, 2013). Com esta pesquisa documental buscaram-se informações relativas ao objeto de estudo (APÊNCIDE C), visando torná-lo mais compreensível para corroborar com os demais dados provenientes da realização de entrevistas semi-estruturadas (SOUZA, KANTORSKI, LUIS, 2011).

De acordo com Gil (2010), a modalidade mais comum de documento é constituída por um texto escrito em papel. Dentre os documentos mais utilizados estão: documentos institucionais, materiais elaborados para fins de divulgação, como: catálogos, folders, arquivos contendo dados estatísticos, entre outros.

Para análise documental, neste estudo, foram considerados os seguintes documentos:

- Livros atas das três ESF. Nestes foram analisados os temas de reuniões de equipes, propostas de trabalho, relatos de ações realizadas, entre outros. O período de análise dos livros atas compreendeu desde o ano de 2006 até o mês de abril de 2016.
- Folders elaborados pelas equipes de ESF. Para esta análise foram considerados todos os materiais desenvolvidos pelas equipes que apresentaram alguma evidência sobre a relação saúde e meio ambiente.

4.5.2 Entrevistas semi-estruturadas

O uso da entrevista permite, ao entrevistado, a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem se prender à indagação formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2014). Diante desta ótica, entende-se que a entrevista é a técnica em que o investigador se apresenta ao investigado e lhe formula perguntas para obtenção dos dados que interessam a investigação (GIL, 2010).

Entretanto, a entrevista não pode ser percebida como uma simples conversa. Trata-se, então, de uma conversa orientada para um objetivo definido que é recolher por meio do interrogatório do informante dados para a pesquisa, onde uma das partes busca coletar os dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007; GIL, 2010).

A entrevista é considerada um instrumento privilegiado para a coleta de dados, uma vez que pode reproduzir, por meio de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2014). De acordo com Gil (2010), este tipo de técnica de coleta de dados permite conhecer o que as pessoas pensam, sabem, crêem sobre determinado assunto, e a partir desta técnica, é possível reconhecer os valores compartilhados no grupo pesquisado, que no presente estudo denomina-se RS.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e, uma vez tendo o aceite, a mesma era agendada no horário de melhor conveniência para o trabalhador. Foi utilizado um roteiro contendo questões para caracterização dos participantes (dados sócio-demográficos) e um roteiro de entrevista semi-estruturada que versava sobre o tema da investigação (APÊNDICE D).

Para seleção destes participantes foi organizada uma lista com os nomes de todos os possíveis participantes, e foi realizado um sorteio prévio. Este sorteio possuiu o objetivo de compor um quadro de participantes e organizar uma lista de espera, além de garantir a proporcionalidade por categoria profissional.

Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas em sala reservada e apresentaram tempo médio de duração de 45 minutos. Além disto, as mesmas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Os participantes tiveram sua identidade preservada, pois cada entrevista ao ser transcrita foi identificada com a letra 'P' de participante, seguida de números cardinais referentes à ordem de realização das mesmas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados, uma vez transcritos, foram analisados com base no referencial proposto para análise de conteúdo na modalidade temática. Esta técnica permite descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (MINAYO, 2014, p. 316). A autora organiza a análise de conteúdo temática em três etapas:

1ª etapa: **Pré-Análise:** é representada pela escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Esta fase divide-se em leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

2ª etapa: **Exploração do material:** busca alcançar a compreensão do texto. Permite a construção de **categorias**, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas será organizado (MINAYO, 2014 p.317).

A coleta documental foi realizada em fontes primárias, assim os documentos foram digitados em novo documento eletrônico, contendo: data, tipo de documento, e conteúdo do documento. Após a leitura, os dados foram novamente organizados, codificados por cores (pré-categorias) e arquivados. Da mesma maneira, foi atribuída uma cor para núcleo central das falas (pré-categorias). Os elementos periféricos foram codificados da mesma maneira.

Após esta etapa, com a utilização do código de cores, o conjunto de dados foi agrupado de acordo com cada tema. Posteriormente, os arquivos foram organizados em documento digital. Assim delineou-se a seguinte RS: A salubridade do território.

Constituíram-se em elementos periféricos: a água, o esgotamento sanitário, os resíduos sólidos urbanos, os agrotóxicos e a poluição atmosférica.

3ª etapa: **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** faz-se a interpretação dos resultados, de acordo com o referencial teórico-metodológico adotado, e desta maneira, propõem-se inferências e a busca por significados, interrelacionando-os com o quadro teórico-metodológico delineado (MINAYO, 2014).

A escolha desta técnica de análise de dados permite o acesso a significados e a modelos de comportamento, entre outros (MINAYO, 2014). As RS se manifestam por meio das falas e se materializam sob a forma de comportamentos coletivos. Desta forma, a articulação da análise de conteúdo na modalidade temática com as RS apresentou-se como relevante para se conhecer o objeto de investigação, pois, através deste tipo de análise, os temas considerados principais pelos participantes da pesquisa emergiram como núcleo de sentido.

A partir disto, buscou-se o reconhecimento dos sentidos que viriam a constituir o núcleo central e a RS, por meio da abstração de significações presentes nas narrativas dos participantes. Já os elementos periféricos, foram reconhecidos por meio novamente das falas, mas não assumiram a centralidade nas narrativas dos participantes. Entretanto, emergiram no processo de análise de maneira complementar ao núcleo central desta RS. Assim, conforme propõe a teoria das RS, pode-se constatar que os elementos periféricos tendem a apresentar uma flexibilidade maior, quando comparados ao núcleo central da RS, haja vista que estes elementos podem sofrer alterações, dependendo do cenário que o indivíduo esta inserido, e dos fatos ocorridos em determinado espaço de tempo..

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa cumpriu todas as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta dispõe sobre os cuidados da pesquisa com seres humanos, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012a).

Desta maneira, primeiramente, o projeto de pesquisa foi encaminhado à autorização institucional da Secretaria de Saúde do município de Nova Palma/Rio

Grande do Sul (ANEXO A). Posteriormente, o projeto seguiu para registro e tramitação no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), registro na Plataforma Brasil e enviado para o Comitê de Ética da UFSM (CEP/ UFSM), para conhecimento, avaliação e posterior autorização para a coleta de dados.

O mesmo obteve parecer favorável sob o número 1.380.372, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número: 51719215.9.0000.5346 (ANEXO B).

Após a autorização do CEP foi iniciada a coleta de dados. Os participantes foram convidados para a pesquisa, e fizeram parte do estudo somente após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), concordância e assinatura do mesmo, sendo que a pesquisadora ficou em posse de uma via deste documento e a outra via dos participantes. Além disto, os participantes foram informados que poderiam interromper sua participação a qualquer momento.

Ainda, aos participantes foi apresentado o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (APÊNDICE F), no qual o anonimato destes foi assegurado. Neste intuito, os participantes desta pesquisa foram identificados com a letra 'P' de profissional, seguida de números cardinais referentes à ordem de realização das mesmas (*P1,P2,P3.....*).

A presente pesquisa não apresentou riscos e/ou benéficos diretos aos participantes. Entretanto, riscos emocionais oriundos da reflexão do participante pudessem causar algum desconforto aos participantes, fato não ocorrido. Já em relação aos benéficos desta pesquisa, os participantes contribuíram para a o debate acerca da temática no ambiente de trabalho e, desta maneira, para ampliação do conhecimento científico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresentará, primeiramente, uma breve caracterização dos participantes, a qual foi obtida a partir do formulário de dados sócio-demográficos. Na sequência, será apresentada a categoria: a salubridade do território, que corresponde a RS dos trabalhadores de ESFs. E, posteriormente, serão apresentadas as quatro subcategorias, que, no presente estudo, denominam-se elementos periféricos, sendo estes: a água; o esgotamento sanitário; os resíduos sólidos urbanos; os agrotóxicos e a poluição atmosférica. Além disto, este capítulo apresenta também a discussão dos resultados, a qual será apresentada conjuntamente com a apresentação dos mesmos.

Uma breve caracterização dos 25 participantes deste estudo demonstra que são 88% (n=23) do sexo feminino e 12% (n=02) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 37 anos, tendo o participante mais novo 27 anos e o mais velho, 52 anos.

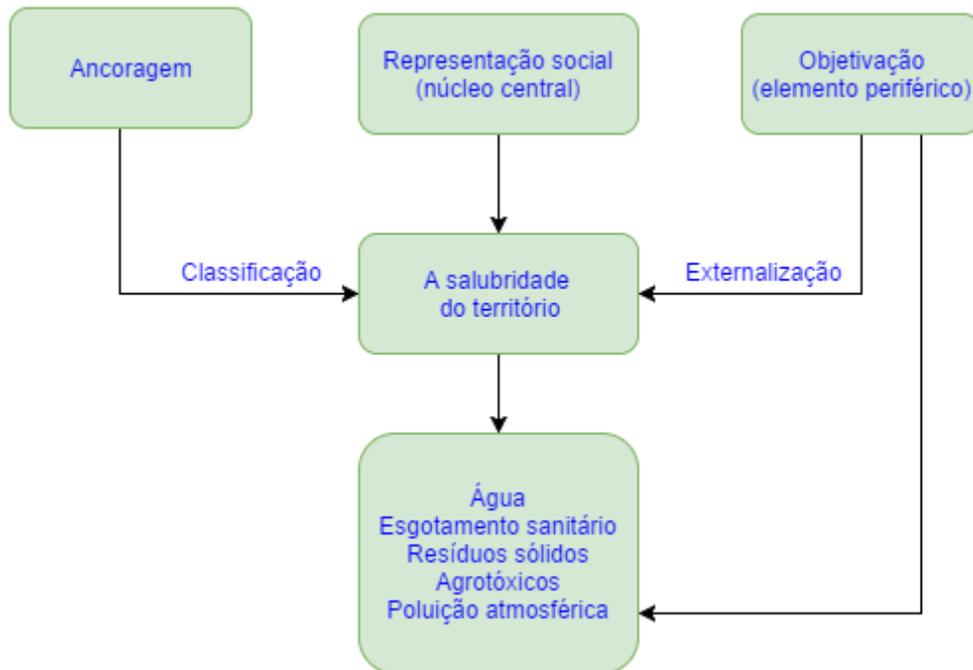
Em relação ao tempo de formação, o valor médio foi de 13 anos, sendo que o tempo mínimo de formado foi de um ano e o tempo máximo foi de 31 anos. Já, em relação ao tempo de serviço, a média foi de oito anos de atuação, sendo o tempo mínimo de 11 meses e o tempo máximo 28 anos.

5.1 A SALUBRIDADE DO TERRITÓRIO: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS EQUIPES DE ESF

Entende-se que as RS, ou modos de pensar, atravessam a sociedade exteriormente aos indivíduos isolados, formando um complexo de ideias e motivações que se apresentam a eles já consolidados (REIGOTA, 2010). Entretanto, antes das RS tornarem-se um complexo de idéias e motivações e da representação propriamente dita formar-se, os indivíduos reportam-se para seu íntimo, no intuito de utilizar conhecimentos preexistentes para definí-las.

Diante disto, como resultado do processo de análise de conteúdo emergiu o núcleo central, o qual foi formado a partir do processo de ancoragem da RS dos participantes do estudo. A figura 3 apresenta como a RS se estrutura por meio dos processos de ancoragem, buscando-se um processo de classificação para a formação do núcleo central da RS, e objetivação, que corresponde à forma de externalização da RS.

Figura 3. Estruturação da RS a partir dos processos de ancoragem e objetivação.



Fonte: elaborado pela autora, 2016.

De acordo com a figura 3, a RS que permeia o cotidiano dos participantes deste estudo é apresentada como “A salubridade do território”, na qual a relação saúde e meio ambiente se faz presente por meio das alterações ambientais que influenciam o processo saúde e doença da população. Diante disto, os dados revelam que a RS vincula-se a percepção de um ambiente saudável, o qual refere-se às condições de salubridade do território em saúde, ou seja, refere-se as condições favoráveis do meio ambiente que podem interferir na manutenção da saúde (SANTOS, 2016).

Além disto, os elementos periféricos que fazem parte desta representação reiteram este núcleo de significados, pois externalizam a RS. Assim a salubridade do território está relacionada com os seguintes elementos periféricos: água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, agrotóxicos e poluição atmosférica.

Nesta perspectiva, os participantes, ao refletirem sobre a relação saúde e meio ambiente, expressaram a RS voltada para aspectos sanitários. Os relatos a seguir relacionam a saúde e o meio ambiente por meio da percepção do ambiente salubre.

Que eu acho que uma coisa está relacionada com a outra. Porque tu tendo um ambiente saudável, meio ambiente saudável, tu tem uma saúde melhor [...] (P 22).

Eu acho que inclui tudo, relação as pessoas e o meio ambiente. Porque se tu tomar água contaminada, vai ficar doente por causa disso, seria nesse sentido que eu penso (P 23).

Diante estes relatos, é possível compreender que a relação saúde e meio ambiente vincula-se ao meio ambiente saudável, sendo este considerado como precursor da saúde. Assim, neste cenário, os participantes relacionam o surgimento de doenças, com as alterações no meio ambiente, sendo que, no momento em que o meio ambiente se altera, a saúde também é alterada.

Depreende-se que existe, então, uma relação de causa e efeito na relação saúde e meio ambiente, na concepção destes participantes. Em um estudo, realizado com docentes do curso de graduação em enfermagem, a saúde e o meio ambiente, foram reconhecidos, pelos participantes, de uma forma semelhante, por meio de uma relação de causa e consequência, na qual o meio ambiente e os fatores ambientais vinculam-se à determinação de estados de saúde ou de doença (CAMPONOGARA et al 2011).

O trabalho por território em ESF e a população adscrita talvez sejam facilitadores desta concepção de causa e efeito, na relação saúde e meio ambiente, uma vez que estes profissionais trabalham com maior proximidade das populações, o que favorece o reconhecimento de condições voltadas a salubridade do território. Em um estudo com enfermeiros de ESFs no Estado do Mato Grosso do Sul, a relação saúde e meio ambiente foi reconhecida por meio da ação do ambiente sobre a saúde do ser humano (SANTOS, SILVA, AZEVEDO; 2015). Os depoimentos que seguem expressam esta perspectiva.

Penso que se as pessoas não tiverem os cuidados básicos, as doenças aparecem. E os cuidados básicos estão bem ali. Onde elas vivem no meio ambiente. (P 11)

Assim as questões relacionadas a saúde no sentido de que “o que poderia atrapalhar a saúde naquele meio?”. No caso, de doenças, alguma coisa para as pessoas no geral. (P 17).

Frente aos relatos, a RS de salubridade território, está intimamente relacionada com o ambiente onde as pessoas vivem, podendo-se inferir, então, que, dependendo das condições deste ambiente, a saúde pode ser alterada. As condições de moradia e ocupação dos territórios, nas diversas configurações socioambientais, derivam das relações entre desenvolvimento econômico e social e, a partir destas relações, desenvolvem-se os demais indicadores de qualidade de

vida do território (JUNGES, BARBIANI, 2013). Dessa forma, é preciso compreender que o território de atuação destes profissionais não é apenas um espaço geográfico delimitado, mas um ambiente onde a população busca condições mais dignas de vida, intra e extra familiares (ADDUM et al., 2011). Nesta perspectiva, o território salubre é reconhecido como determinante em saúde, de acordo com os depoimentos.

Eu acho que uma está interligada com a outra. Que se tu não tem um ambiente bem adequado para ti morar, conseqüentemente, tu não vai ter uma saúde digna. (P 01)

Eu acho que uma coisa está ligada com a outra [...]. No meu ver acho que uma depende da outra, se tu tem um meio ambiente bom, saudável, tu vai ter uma saúde boa. (P 06).

Vem da questão, essa vulnerabilidade que eles tem [referindo-se aos moradores], no ambiente em que eles vivem assim, a questão da água, do lixo, esgoto, ainda tem muito isso, eu acho que está ligada a isso sim. A precariedade assim, da saúde básica, às vezes nós temos que ir até o domicílio e ver que existe esgoto a céu aberto, existe lixo acumulado porque o caminhão passa uma vez no mês, a água não é própria para ser usada, ingerida. (P 14).

Os relatos evidenciam que a relação saúde e meio ambiente está intimamente relacionada com a salubridade do território, pois, na medida em que se dispõe de um ambiente salubre, ou saudável, isso irá repercutir na saúde da população. Por muito tempo, a relação da saúde e ambiente respondeu pela causa das doenças na compreensão miasmática. Nesta perspectiva, a doença era representada pelos miasmas presentes no ambiente (JUNGES, BARBIANI; 2013).

Entretanto, o avanço do conhecimento e da tecnologia, no século XIX, não só trouxe a descoberta de microrganismos e a teoria microbiana das doenças, mas a era em que a influência do meio ambiente sobre a vida humana tornou-se um ponto fundamental do pensamento científico e da consciência pública (CAPRA; 2014).

Esta descoberta mudou o pensamento científico e trouxe benefícios para a humanidade. Entretanto, carregou consigo um retrocesso na compreensão socioambiental da saúde, efeito que contamina até hoje a biomedicina, reduzindo o processo da saúde e da doença a fatores biológicos e epidemiológicos (JUNGES, BARBIANI, 2013). Produziu-se uma racionalidade para as intervenções da sociedade e do Estado, restringindo a dimensão social na determinação processo saúde e doença e, assim, a sociedade vem sendo entendida como um agregado de indivíduos com características quantificáveis (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014).

Atualmente, existe o reconhecimento que as alterações ambientais como: mudanças climáticas, usos de recursos naturais, formas de organização urbana, mega projetos com impacto ambiental, medicamentos, agrotóxicos, entre outros, são questões de distintas escalas, que impactam os territórios de diferentes formas (BUSS et al, 2012, CDSS, 2010). A consequência disso é o reconhecimento, de forma mais enfática, da relação saúde e meio ambiente.

Depreende-se, então, que as novas doenças civilizacionais não têm uma origem somente microbiana, o que traz uma nova conotação ao aspecto ambiental. Com isso, o ambiente passa a ser representado como um ecossistema de interdependências naturais, sociais, políticas e culturais, que influenciam o processo saúde e doença (JUNGES, 2014).

Neste entendimento, a saúde e a doença são influenciadas, por exemplo, pelo comportamento e pela alimentação. Ademais, existem variações culturais que permeiam estes elementos e, na medida em que mudam gradualmente a alimentação, o comportamento e as situações ambientais, mudam também os tipos de doença (CAPRA, 2014).

Sobre estes aspectos, aliado com o cotidiano dos profissionais das ESFs, o trabalho desenvolvido em saúde é centrado no território e nas necessidades de saúde das famílias e comunidades (DOWBOR, WESTPHAL, 2013). Desta forma, entre os desafios destes profissionais encontram-se os determinantes macro e micros sociais. Os determinantes micros sociais abordam as relações dos indivíduos com sua família, vizinhos. Já, os macro sociais referem-se à relação dos indivíduos com os demais setores da sociedade (CDSS, 2010). Esta conjuntura reforça a importância do reconhecimento das relações entre território, ambiente e saúde (JUNGES, BARBIANI, 2013). O depoimento a seguir reflete a preocupação do profissional com as demandas do território.

Quando eu trabalhava em hospital, eu não me preocupava muito, com o total das coisas, sabe? Depois que eu vim trabalhar na estratégia da saúde, primeira coisa, primeira semana que eu trabalhei aqui eu fiquei apavorada, eu entrei em síncope [...]. Aí eu caí num outro impacto assim tipo, ver da coletividade, da onde a pessoa mora, da família, daquela coisa toda. Porque a gente trabalha, tu vai lá para visitar a família toda. É bem diferente, eu acho muito mais difícil trabalhar aqui do que quando eu trabalhava [referindo-se ao antigo local de trabalho], muito mais rotineiro e certinho, sabe? Aqui é bem mais complicado de levar. Saúde e meio ambiente para falar o que eu vejo, ah eu acho que é o fundamental assim, é o início da coisa, sabe? Ah porque muitas coisas, por exemplo, nós estávamos com um grande problema de diarreia e vômito na cidade, aí nós pesquisamos, fizemos. Levantamentos, e descobrimos que o problema todo é que as pessoas, a maioria, bebe de fonte, não ferve a água, sabe? [...] (P 24)

O depoimento apresentou a complexidade das demandas do trabalho em ESF. Nele, o profissional relatou e comparou seus locais de trabalho e, ainda, concluiu que o trabalho na ESF é complexo, além de reconhecer a relação saúde e meio ambiente como primordial para o trabalho em ESF.

A pesquisa documental evidenciou que diversas ações de cunho ambiental foram realizadas pelas equipes das ESFs, desde o ano de 2006 até o ano de 2016. Os documentos que demonstram este fato foram os livros atas das três equipes, além de folders elaborados pelos ACS. Nestes, os temas trabalhados pelas equipes foram, principalmente, os seguintes: a importância da qualidade da água, o descarte adequado dos resíduos sólidos e o uso de agrotóxicos.

Já as ações realizadas pelas equipes permeiam o monitoramento de questões ambientais, tais como: a qualidade da água para o consumo humano, e o descarte inadequado de resíduos. Além disso, algumas iniciativas foram realizadas no intuito de sensibilizar a população sobre estes temas, como por exemplo, a distribuição de folders contendo informações sobre: a importância da água, doenças transmitidas pela água, importância de preservar as nascentes e as implicações da contaminação deste recurso natural na saúde humana. Todas essas ações estavam descritas nos livros Atas.

Dentre os diversos folders elaborados pelas equipes, um ganhou destaque, em virtude de apresentar o seguinte título: a relação saúde e meio ambiente. Neste folder, elaborado pela equipe de ACS, a saúde e o meio ambiente se relacionam pelo saneamento básico e hábitos de higiene. De acordo com este documento, o *“saneamento básico e boas práticas de higiene: são vistos como um “conjunto de medidas visando à modificação do meio ambiente com a finalidade de prevenir doença e promover saúde”*.

Assim, é possível apreender a saúde e meio ambiente se relacionam por meio de uma relação de causa e efeito, dentro do território em saúde. Além disso, depreende-se que os trabalhadores buscam materializar a sua RS sobre saúde e meio ambiente, por meio do desenvolvimento de ações dirigidas ao controle de variáveis ambientais e ações educativas, principalmente.

Nesta conjuntura, o território em saúde assume um papel preponderante, no que se refere à organização e estruturação dos serviços, tendo em vista que é nele que as relações sociais se materializam por meio de significações, de

representações, das relações e da maneira como ele é utilizado (PAGANI, ANDRADE, 2012; SOUZA, ANDRADE, 2014).

O reconhecimento do território como um espaço social, potencializa uma maior responsabilização por parte da equipe. Além disso, a presença de AC agentes em micro-áreas favorece o monitoramento, a prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde (SOUZA, ANDRADE, 2014). Sob esta perspectiva, o depoimento a seguir reforça que as ações não devem ser reduzidas a aspectos pontuais dos problemas do território em saúde.

Então, eu percebo que a gente tem muito o que fazer e não pode ser só quando surgem os problemas, é sempre. A gente vai ter que trabalhar sempre, sempre vai ter demandas com relação ao meio ambiente para a gente ir trabalhando. (P 08)

Depreende-se, pelo relato, que as questões ambientais estão presentes no cotidiano destes profissionais em função do trabalho por território em saúde. Desta maneira, as ações que envolvem a saúde e o meio ambiente ganham maior relevância, principalmente no momento em que as alterações ambientais se refletem na saúde da população. Entretanto, destaca-se, também, que estas questões devem ser incorporadas nas rotinas de trabalho destes profissionais, o que revela a importância da aproximação da saúde e meio ambiente com a ESF (VILANI, MACHADO, 2015).

Atualmente, a partir do reconhecimento da importância das questões ambientais dentro dos territórios de saúde, sob uma perspectiva ampla, espera-se que os profissionais de saúde incorporem em suas práticas discussões sobre a temática ambiental (PATRÍCIO et al., 2011). Cabe destacar que, os territórios tornam-se mais complexos, na medida em que vão se reconhecendo as relações entre as questões ambientais, sociais, econômicas, políticas e científicas e suas implicações para a qualidade do meio ambiente e da saúde da população (VILANI, MACHADO, 2015).

Reitera-se que, sob a ótica da Teoria da RS, as ações da equipe sob o tema saúde e meio ambiente, dependem de como este tema é organizado e partilhado neste grupo social. Diante disto, o território assume uma importante função, tendo em vista que a partir das demandas de saúde, o meio ambiente é percebido. Assim, formam-se as RS destes profissionais, as quais se refletem nas ações de saúde organizadas para a população adscrita neste território.

Neste primeiro item do presente capítulo, foi apresentada a RS: A salubridade do território. Nela, o núcleo central foi a própria representação uma vez que, é a partir dele que se articulam novos elementos para compor a RS. Nas próximas seções do capítulo, serão apresentadas as sub categorias, ou aqui denominados elementos periféricos que tratam da materialização da RS já apresentada.

5.2 OS ELEMENTOS PERIFÉRICOS RELACIONADOS COM A SALUBRIDADE DO TERRITÓRIO

Esta seção do capítulo apresenta os elementos periféricos estruturais da salubridade do território, os quais foram constituídos a partir do processo de objetivação dos participantes. Este processo permite que sejam conhecidos os elementos nos quais a RS se sustenta. Trata-se da articulação de elementos, imagens abstratas que culminam em idéias reais e correspondem as palavras, que foram formadas, a partir do processo de objetivação dos participantes (JODELET, 2001).

A partir da análise dos achados, foi possível apreender quais elementos compõem o processo de objetivação, quais sejam: o saneamento básico (água, esgotamento sanitário, e resíduos sólidos), os agrotóxicos e a poluição atmosférica. Estes elementos foram reconhecidos pela presença na RS, porém não são elementos centrais nos discursos, estes aparecem de maneira periférica na RS, e são complementares a RS. Na próxima seção serão expostos estes elementos.

5.2.1 Saneamento Básico

O saneamento básico é considerado um conjunto de serviços que comporta a infra-estrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, entre outros (BRASIL, 2007). Em nível mundial o acesso aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário corresponde a 88% e 77% da população, respectivamente (WHO, 2015).

A taxa brasileira é de 93,2% para o abastecimento de água, valor este que supera a taxa mundial. Entretanto, a taxa da população brasileira atendida pelos serviços de esgotamento sanitário está aquém das estimativas e expectativas mundiais, pois, este serviço, no Brasil, atende apenas 57,6% da população (WHO, 2015; ANA, 2016). Já, em relação à destinação de RSU, estima-se que 58,4% do total de resíduos gerados no Brasil, tenham um destino final adequado, reduzindo,

assim, os impactos na saúde e meio ambiente decorrentes da disposição final inadequada (ABRELPE, 2014).

A oferta deste conjunto de serviços para a população se constitui como essencial para a promoção da saúde, tendo em vista que o tipo de oferta de serviços como a qualidade e a quantidade de água, pode interferir nas condições de saúde das populações (WHO, 2011; LISBOA, HELLER, SILVEIRA, 2013). Do mesmo modo, a inexistência e pouca efetividade dos demais serviços, como de esgotamento sanitário e manejo de resíduos, contribuem como determinantes de saúde, pois fazem parte do ambiente em que as populações vivem (LISBOA, HELLER, SILVEIRA, 2013; CDSS, 2010).

A realidade brasileira conta com duas principais legislações: a Lei 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, e a Lei 9.433/1997, que aborda à Política Nacional de Recursos Hídricos (PNRH) (BRASIL, 2007; BRASIL, 1997). De acordo com Leoneti, Prado e Oliveira (2011), nestas legislações, não estão definidas claramente as atribuições de cada esfera governamental. Este fato tende a resultar em ações redundantes em alguns casos ou negligentes em outros, passando a responsabilidade para a outra esfera governamental. Esta realidade pode contribuir para deixar a população desprovida da assistência destes serviços.

Frente ao exposto, ao longo deste capítulo, o tema saneamento básico será apresentado por meio dos seguintes elementos periféricos: água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos urbanos.

5. 2.1.1 A água

O acesso à água potável vem sendo expandido desde a década de 1990. Neste período, até o ano de 2015, ao total 91% da população mundial teve o acesso a água potável proveniente de fontes melhoradas para consumo⁵. Atualmente, do total da população urbana ao redor do mundo, 96% consome água por meio deste tipo de fonte, e ainda, 84% da população rural mundial (WHO, 2015).

⁵ Fontes melhoradas de água: são construções que protegem a água de contaminação física e química (UNICEF, 2012).

Na América Latina, o percentual da população que possui acesso a fontes melhoradas de água corresponde a 92 % da população. Este dado é relevante, mas cabe destacar que, ainda existem disparidades regionais e mundiais que afetam a distribuição e o acesso a este recurso natural (WHO, 2015).

No Brasil, a taxa da população brasileira atendida pelo serviço de fornecimento de água supera os dados da América Latina, com o valor de 93,2%. Nesta realidade, as três regiões que apresentaram a maior taxa de fornecimento de água para a população foram: Centro-Oeste, com 96,7% da população atendida por este serviço, seguido da Região Sudeste com a taxa de 96,7%, e ainda a Região Sul, a qual apresentou a maior taxa nacional de abastecimento populacional, com o valor de 97,3% da população atendida (ANA, 2016).

Frente ao exposto, destaca-se a relação deste recurso natural com a saúde, tendo em vista que o abastecimento de água perpassa problemas sociais como a carência absoluta e desperdício, além de problemas ambientais decorrentes da contaminação orgânica e química (AUGUSTO et al., 2012). Nesta perspectiva, a população é a mais afetada quando se relaciona o fornecimento de água e os problemas que podem estar relacionados com este abastecimento, situações que se refletem na saúde destas populações (PRÜSS-ÜSTÜN et al, 2016).

No município onde se desenvolveu o estudo, a água é tratada como um recurso natural importante pelos profissionais de saúde. De acordo com os registros dos livros atas, no ano de 2006, os profissionais de saúde iniciaram as atividades com o tema água. Nestes registros o tema água esteve presente nas reuniões mensais nos seguintes meses: março, agosto, outubro, novembro e dezembro.

Em cada um dos meses a pauta foi diferente, mas, de forma geral, existia uma preocupação coletiva sobre o fornecimento de água para as populações do território. Além disto, é importante destacar que não só o abastecimento de água foi uma preocupação, mas a qualidade com que este recurso natural chega até a população.

Sob esta perspectiva, no mês de março de 2006, foi realizada, pelos profissionais de saúde, a distribuição de materiais informativos que continham informações sobre a importância da qualidade da água para a saúde. Realizou-se uma reunião coletiva, com a presença da comunidade e Secretária da Agricultura para organizar conjuntamente as ações de manejo com os poços artesianos e com

as fontes de água. No mês de agosto, o tema abastecimento de água nas localidades do interior do município foi pauta da reunião dos profissionais de saúde.

Já, nos meses de outubro e novembro, do mesmo ano, ocorreram reuniões com a população, com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e com o Setor de Vigilância Sanitária da Secretaria de Municipal de Saúde. O tema destas reuniões foram as doenças transmitidas pela água, o abastecimento coletivo e o consumo consciente deste recurso natural. Em decorrência disso, foi realizado o Dia D (dia de prevenção) contra a doença Dengue. Por fim, no mês de dezembro de 2006, ocorreu uma reunião com a Secretária da Agricultura, com a EMATER e com o Setor de Vigilância Sanitária, resultando na proposta de realização do diagnóstico situacional e elaboração de um projeto de educação ambiental, voltado para o tema água, incluindo a abordagem sobre a qualidade da água. Destaca-se que, em relação ao projeto de educação ambiental, não foram encontrados registros nos anos seguintes.

Já, no ano de 2007, o tema água esteve na pauta de reuniões dos profissionais de saúde nos meses de abril, maio, junho, julho e outubro. De maneira geral, foram abordados os que envolviam a importância e a qualidade da água, nos meses de abril, maio, junho, e julho. O destaque foi para o mês de julho, quando se iniciou o processo de tratamento de água, por sistema de cloração em pastilhas.

Nos meses de abril e outubro, ocorreram ações sobre a dengue. No primeiro mês, em abril, foi realizado mutirão de combate a dengue (nos registros não consta quem foram os participantes), e o tema foi trabalhado nas escolas. Em outubro, o tema dengue foi trabalhado pelos profissionais de saúde nas escolas e na comunidade, por meio de palestra realizada pelos profissionais.

Em 2008, as ações procuravam a manutenção e a melhoria da qualidade das fontes de água, nascentes e margens de rio. Assim, os registros nos livros ATAs apontam que o tema foi trabalhado nos meses de janeiro, março, abril, maio e junho. Em janeiro, foi realizada uma reunião com a participação dos profissionais de saúde e da comunidade, na qual foi abordado o consumo de água dos poços artesianos. Nos meses de março e maio, os profissionais de saúde conversaram sobre o abastecimento de água, e ainda a organização do dia D de combate a doença dengue. Por fim, no mês de junho, os profissionais de saúde ministraram uma palestra sobre a água e o meio ambiente e sobre a sintomatologia, o tratamento e a prevenção da dengue. Também foi realizado o dia D de combate a dengue. Já no

ano de 2009, os registros dos livros atas demonstram que a preocupação dos profissionais de saúde é voltada para o abastecimento de água, e para o monitoramento da qualidade desta água.

Diante destes resultados da pesquisa documental, pode-se inferir que o elemento periférico água, é relevante para os profissionais da saúde, em virtude dos agravos que podem comprometer a saúde da população. Entretanto, mesmo com este enfoque de cunho epidemiológico, estes profissionais, conseguem articular o apoio intersetorial para o desenvolvimento de ações voltadas para a água. Estas iniciativas foram apoiadas pela EMATER, Secretaria de Saúde, Setor de Vigilância Sanitária, Secretaria da Agricultura.

Entende-se a importância deste apoio, relativo a práticas intersetoriais, que ultrapassa o setor saúde e trabalha com a determinação social da saúde. Assim, esta prática intersetorial permite a avaliação e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvida nos territórios sob uma perspectiva multidisciplinar (DOWBOR, WESTPHAL, 2013; BUSS et al, 2012)

A pesquisa documental demonstrou que, nos anos seguintes 2010, 2011, a temática água foi trabalhada de uma forma menos significativa pelas equipes, quando comparada aos anos anteriores. Em 2010, no mês de março os profissionais de saúde organizaram uma atividade educativa nas residências da população, onde os ACS informavam sobre a dengue. No ano de 2011, no mês de novembro, os ACS receberam uma capacitação sobre a dengue, ministrada pelo setor de Vigilância em Saúde do município.

Assim, com o decorrer dos anos, 2012, 2013, 2014 e até meados de 2015, este tema não foi encontrado nos registros. Entretanto, no segundo semestre do ano de 2015, as ESFs registraram um número elevado no atendimento de casos de doenças de veiculação hídrica. A partir disto, o debate sobre a água como importante aspecto a ser abordado pela equipe retornou e novas ações de saúde foram planejadas.

Os profissionais retomaram as atividades para sensibilização e controle da qualidade da água, organizando atividades de sensibilização com a população. Estas atividades tinham por objetivo estimular os hábitos de higiene na manipulação de alimentos, bem como estimular o consumo de água tratada, seja pelo processo de cloração por pastilhas ou pelo método de ferver a água. Os depoimentos a seguir retratam esta realidade:

[...] O que trouxe tudo isso, a demanda que trouxe de situações ligada ao meio ambiente, a questão de água, a questão da diarreia que a gente já trabalhou [...]. (P 08)

[...] Tem muitos casos de diarreia, no verão principalmente, aí os agentes vão lá, para detectar realmente se é por causa da água, se é por causa do alimento [...].(P 15)

Ai da diarreia, tu trabalha, explica [...], algumas famílias mudam, outras que não conseguem [referindo-se as mudanças de hábitos] [...]. Porque dizem a “minha vida inteira eu tomei dessa água, a minha vida inteira foi assim”, então é o que eles dizem[...].(P03)

O reconhecimento deste elemento periférico na relação saúde e meio ambiente resgata a importância do que foi estabelecido na Conferência das Nações Unidas sobre Água em Mar Del Plata, na Argentina (SILVA, HELLER, 2016). Nesta oportunidade, a água foi reconhecida como elemento fundamental para assegurar as necessidades básicas dos seres humanos (SILVA, HELLER, 2016). O depoimento a seguir retrata esta realidade:

O pessoal está reclamando [referindo-se aos moradores da cidade] não tem mais água. Mas se ver ao redor é desmatado, e isto está consumindo com as nascentes de água [...]. (P06).

Neste depoimento, o participante relatou que existe a possibilidade da falta de água para a população. Ainda, ele sugere que esta pode estar relacionada com a ausência de vegetação, fato este causado pelo desmatamento, nas proximidades das nascentes de água. Salienta-se que este fato pode ser prejudicial para a população inserida naquele território.

Os participantes parecem sensibilizados quando o assunto é água, pois diversas iniciativas foram organizadas com o intuito de melhorar a qualidade da água, existindo, ainda, a preocupação com a ausência deste recurso natural. Ademais, os participantes relacionam o adoecimento da população com a contaminação deste recurso natural, conforme o depoimento a seguir:

Daqui um tempo não vai ter mais água para beber, da poluição (...). Mas ainda, as pessoas que vão lá e fazem as necessidades, e isso vai para a água que elas tomam. Depois vêm as doenças como diarreias, vômitos. (P12).

Depreende-se, pelos depoimentos, que existe o reconhecimento por parte dos profissionais dos agravos relacionados à saúde, causados pela contaminação da água. De fato, é reconhecido que a contaminação da água pode causar o desencadeamento direto e indireto de diversas patologias (AUGUSTO et al., 2012). Este fato é reconhecido pelos participantes conforme os depoimentos.

O pessoal [referindo-se a população] tem muita caixa d'água, tem as nascentes. Porque como não tem tratamento, tem muitos casos de diarreia, no verão principalmente. (P 15)

Se olhar a fundo, águas contaminadas são o que mais aparece. Quando a [nome da funcionária] coleta as amostras e vem o resultado de contaminada, com coliformes. E é horrível e as pessoas tomam, e não tem outra água para tomar tem que ser aquela, e tem que conscientizar para tratar. (P03)

Nestes depoimentos, os participantes relataram como causas das doenças de veiculação hídrica a ausência de tratamento da água, bem como o consumo de água de locais considerados inadequados. Destaca-se que, frequentemente, a relação entre saneamento e saúde é a ocorrência de doenças infecciosas – especialmente as diarreias, cuja abordagem dos trabalhadores de saúde permanece centrada no modelo hegemônico da epidemiologia, sem aprofundar o olhar para as condições gerais do espaço social no qual o indivíduo está inserido (MAGALHÃES et al., 2013). Este fato é relatado pelo participante.

A gente sabe que as diarreias são causadas pela água, porque as pessoas tomam a água de rios e não tomam água tratada. (P 16)

Diante dos relatos, percebe-se que o elemento periférico água, faz parte do cotidiano das equipes de ESFs, como um elemento que pode alterar a saúde da população adscrita. Estas percepções sobre adoecimento relacionando causa e efeito, ou seja, alterações na qualidade da água e alterações na saúde vêm a reforçar a RS destas equipes. O elemento água, uma vez que faz parte do território destas equipes, pode impactar no processo saúde doença da população adscrita, possivelmente, este fato possa justificar todo o trabalho realizado pelas equipes que foram descritos pela pesquisa documental, em prol da garantia do acesso e da qualidade da água.

A água como fonte transmissora de doenças é reconhecida e, a nível mundial, tem-se como principais doenças a ela vinculadas: doenças diarreicas agudas, verminoses intestinais, filariose, tracoma, esquistossomose, dengue e encefalite japonesa (PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016). No Brasil, ainda destacam-se: leptospirose, hepatite A, giardíase, febre tifóide, cólera, amebíase (FIOCRUZ, 2016).

A percepção e a preocupação dos profissionais com o abastecimento e a qualidade deste recurso natural, reflete o cenário mundial, pois a qualidade da água vem sendo discutida como um dos determinantes à saúde. Fato este, que ocorre principalmente em países em desenvolvimento, tendo em vista que possuem uma

rápida expansão urbana, adensamento populacional e ocupação desordenada de áreas periurbanas e rurais (PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016; WHO, 2011; OLIVEIRA et al, 2015).

Trata-se de um processo de expansão antrópica comumente desarticulado da capacidade de suporte de seu entorno (VILANI, MACHADO,2015), o que resulta em pouco ou nenhum planejamento para atender as demandas territoriais, ocorrendo déficits no suprimento de água para satisfazer às necessidades básicas diárias (PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016; WHO, 2011; OLIVEIRA et al, 2015). Em áreas urbanas, no Brasil, a situação se agrava, pois a qualidade das águas superficiais brasileiras é pior nos trechos dos corpos hídricos localizados nestas áreas, conforme alguns fatores descritos anteriormente (ANA, 2015).

Entretanto, se o olhar for atento, pode-se inferir que, a água por si só não é capaz de transmitir uma doença. Para ocorrer esta situação, é preciso que este elemento esteja contaminado, e a contaminação desta ocorre pela ação humana no ambiente. Se o olhar for lançado somente para a qualidade e abastecimento, pouco irá se avançar para a redução de doenças de veiculação hídrica. Estas iniciativas são validas, mas é preciso ir além, e chegar na população adscrita do território, para uma articulação em conjunto, entre profissionais, moradores, outros setores, para que a partir disto sejam implementas e efetivadas estratégias coletivas para a melhoria dos determinantes em saúde (PATRÍCIO et al., 2011).

5. 2.1.2 O esgotamento sanitário

Os serviços de esgotamento sanitário são constituídos pelas atividades de infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários. Para tal, necessitam estar interligados, o que deve acontecer desde as residências até o seu lançamento final no meio ambiente (BRASIL, 2007).

Atualmente, no Brasil, estima-se que o contingente de população urbana atendida pelo serviço de redes de esgoto corresponda a 96,8 milhões de habitantes, e que o índice médio de atendimento a estes serviços corresponda a 57,6%(BRASIL, 2016a). Já, em relação ao serviço de tratamento de esgotos, na realidade brasileira 40,8% do total de esgotos gerados são tratados. Os demais 59,2% utilizam como medidas para o saneamento básico as valas a céu aberto,

lançamentos em cursos d'água, galerias de águas pluviais, entre outras (BRASIL, 2016a).

Assim, de acordo com este cenário, o serviço de esgotamento sanitário apresenta déficits, que se manifestam principalmente em escala municipal, refletindo diretamente a saúde da população (LISBOA, HELLER, SILVEIRA, 2013). Este fato foi percebido e relatado pelos participantes do estudo.

[...] Nós não temos tratamento de esgoto, a cidade não tem. Isso é uma coisa que me preocupa [...]. (P 15)

A primeira coisa que eu penso que me vem na cabeça é água e esgoto, porque não tem [...]. O esgoto cai do lado ali, a maioria não tem saneamento básico assim [...]. (P 14)

De acordo com os depoimentos, a ausência de do serviço de esgotamento sanitário, principalmente no que se refere ao tratamento, é uma preocupação por parte destes profissionais, tendo em vista que, em decorrência da ausência deste serviço, a saúde pode ser afetada, de acordo com os relatos a seguir:

Porque, aqui o que a gente encontra também é a falta de saneamento na nossa cidade, tem algumas casas. Tanto tu pode ver que ali onde falta saneamento falta alguma coisa. Tu vê que a família assim não vai 100% bem de saúde. Acho que uma está interligada com a outra. (P01)

Nós já fomos visitar pessoas assim, que não tem muito saneamento básico [...] que para não ter certas doenças é imprescindível ter saneamento básico [...]. (P 10)

Além disto, foi reconhecida a dificuldade de trabalhar na área da saúde, um tema que precisa ser organizado e estruturado por outros setores administrativos, conforme relatos a seguir.

Essa parte nós deixamos a desejar. Porque essa parte, um exemplo do saneamento. Não depende da gente passa para outros profissionais resolver, e nem sempre, é solucionado esses problemas[...]. (P01)

Eu vejo que é mais essa parte assim, que é mais difícil [...]. Tem um pouco também de saneamento, que daí é a questão que é mais de prefeitura e mais essa parte administrativa [...]. (P09)

Ao mesmo tempo em que existe a dificuldade de trabalhar questões que envolvam o tratamento do esgotamento sanitário, por parte dos profissionais de saúde, a articulação intersetorial para esta questão foi reconhecida como eficaz, conforme as narrativas:

Essa semana teve uma fossa que estava vazando, ai eu entrei em contato com a prefeitura, eles vão ali dão um jeito, arrumam. Acho que a gente tem um retorno [...](P02)

O que a gente precisa, a gente quase sempre consegue. A gente tem uma boa estrutura, um bom apoio [referindo-se aos demais setores da prefeitura]. As ações que a gente sempre levou lá [referindo-se aos demais setores da prefeitura], sempre foi positivo. (P07)

Estas narrativas demonstram a importância da articulação intersetorial para o desenvolvimento de ações de saúde com o tema esgotamento sanitário. O campo de conhecimento do setor da saúde, por vezes, é limitado, o que exige a articulação intersetorial, como forma de possibilitar o desenvolvimento de suas práticas, para atender a demanda do território.

A pesquisa documental demonstrou que, ações de tratamento de esgotamento sanitário propriamente dito, não foram realizadas. Entretanto, ações pontuais relacionadas ao tema higiene corporal e saúde e, ainda ao preparo seguro de alimentos, foram realizadas nas comunidades e nas escolas do município, pelo serviço de saúde.

O tratamento do esgotamento sanitário pode ser visto como um problema de saúde pública, entretanto, destaca-se que existem alternativas para tal. Estas alternativas abrangem a forma de tratamento do esgotamento sanitário, que podem variar entre as mais rudimentares e robustas, como processos convencionais de biomassa suspensa e aderida, até aquelas que apresentam excelentes desempenhos, com processos biológicos avançados, como a remoção biológica de nutrientes (SOUZA, SANTOS, 2016). Estas alternativas possibilitam melhoria das condições sanitárias, em prol do meio ambiente e da promoção da saúde pública (LISBOA, HELLER, SILVEIRA, 2013).

Atualmente, no Brasil, a mais utilizada pelos municípios (83% do total de municípios que realizam algum tipo de tratamento) é denominada fossa séptica ou sumidouro (BRASIL, 2016a). Um dos participantes reconheceu a fossa séptica como uma alternativa para o tratamento do esgotamento sanitário.

Complicado, naquela área [referindo-se a determinado local] é organizado assim, tem fossa (P24).

Diante do relato, o participante reconhece que mesmo com a infraestrutura deficitária, a localidade que dispõe do tratamento de esgotamento sanitário por meio da fossa séptica, é mais organizada que as demais que não dispõe deste recurso para a população. A utilização deste tipo de alternativa para o tratamento de esgotamento sanitário tem como características principais a proteção das águas superficiais e subterrâneas, aplicável a todo esgoto doméstico. Entretanto, este tipo

de alternativa pode tornar-se um facilitador da proliferação de vetores, além da existência da possibilidade da disseminação de odores nas proximidades (COSTA, GUILHOTO, 2014).

Este elemento periférico trouxe as percepções das equipes de ESF sobre o esgotamento sanitário, principalmente no que se refere ao tratamento deste, pois, em decorrência do esgoto não tratado, de acordo com os resultados, podem ocorrer alterações no estado de saúde das populações. Entende-se que as questões de tratamento de esgotamento sanitário não sejam de responsabilidade somente dos profissionais de saúde, pois, envolvem infraestrutura, obras, planejamentos, uma série de medidas são necessárias para que a rede de tratamento de esgoto seja implantada. Sob este aspecto, entende-se que o trabalho dos profissionais de saúde tende a ser limitado, resumindo-se a ações pontuais e diagnóstico situacional.

Contudo, destaca-se que a articulação entre o setor da saúde e demais setores da prefeitura, com vistas à implantação de uma adequada rede de esgotamento sanitário, pode ser considerada uma necessidade social dentro deste território (SILVA, ANDRADE, 2014). Esta articulação inter-setorial voltada para o enfrentamento de determinantes de saúde vem sendo reconhecida como um ponto essencial para o desenvolvimento da promoção à saúde dentro dos territórios, principalmente tratando-se do esgotamento sanitário (SILVA, HELLER, SILVEIRA 2016; PRÜSS-ÜSTÜN et al., 2016). Em suma, a articulação inter-setorial permite múltiplos olhares sobre o mesmo determinante, favorecendo, assim, a compreensão e a atuação sob os diversos aspectos que fazem parte deste determinante.

5. 2.1.3 Os resíduos sólidos urbanos

O elemento periférico dos resíduos sólidos urbanos (RSU) apresenta as percepções dos trabalhadores sobre o tema no seu cotidiano de trabalho, bem como as ações relativas ao tema, por eles organizados. Os RSU são os materiais, substâncias, objetos ou bem material provenientes das atividades humanas. Estes podem ser sólidos propriamente ditos, mas, também, se encontram em estados semi-sólido e líquido ou gasoso (BRASIL, 2010b).

A classificação destes resíduos varia de acordo com suas propriedades físico-químicas, desta forma, são classificados como resíduos perigosos e não perigosos. Na qual, a classificação de resíduos perigosos comporta os resíduos que

apresentam significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental. Sendo assim, para serem considerados resíduos perigosos possuem uma ou mais características descritas a seguir: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade, apresentando significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental (BRASIL, 2010b). Em contrapartida, os resíduos não perigosos são aqueles que não apresentam nenhuma das características descritas anteriormente (BRASIL, 2010b).

A geração de resíduos sólidos é um fenômeno inevitável que ocorre diariamente, em decorrência de diversos fatores como: aumento da população, economia em expansão, urbanização (BRASIL, 2016b; SONG, LI, ZENG, 2015). Tais fatores contribuem para a geração de resíduos sólidos em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento (GUERRERO, MAAS, HOGLAND, 2016).

A nível mundial, a taxa de geração de RSU é estimada em 11 bilhões de toneladas por ano, e a taxa *per capita* é de 1,74 kg/hab/dia (SONG, LI, ZENG, 2015). No Brasil, os dados se encontram abaixo das estimativas mundiais quando se trata de geração *per capita*, pois o valor é de 0,963 kg/hab/dia (ABRELPE, 2014). Entretanto, no que se refere a destinação, o Brasil deixa de destinar adequadamente 41,6% do total de resíduos gerados, este valor corresponde a aproximadamente de 29. 659 toneladas ao ano (ABRELPE, 2014).

No local do estudo, a geração e a destinação final destes resíduos são temas reconhecidos e compartilhados em diversos departamentos administrativos. A pesquisa documental evidenciou que as ações que continham o tema de RSU, foram organizadas pelas secretarias de saúde, envolvendo os profissionais de saúde, secretaria da agricultura, departamento de infra-estrutura e obras. Contaram com o apoio de outras entidades, como: a EMATER e a Cooperativa Agrícola Mista Nova Palma (CAMPAL). Desta maneira, foram organizados mutirões para coleta de resíduo em diversas localidades, organização da coleta de resíduos no interior do município e, ainda, atividades nas escolas e nas comunidades com o enfoque para o descarte adequado destes resíduos

Assim, nesta perspectiva, os participantes demonstraram preocupação sobre os impactos na saúde decorrentes do descarte inadequado de resíduos, e ainda relataram suas ações como profissionais de saúde voltadas para essa questão.

[...] Tem essas dificuldades de acesso, a questão do lixo, do saneamento que a gente vem trabalhando há muito tempo com isso, porque não era visto como um problema de saúde também. Eu acho que aqui as pessoas tem o acesso, pelo menos, mas assim, quando a gente trabalhou a gente fez muitas ações de mutirão de lixo porque chegava nas residências, o lixo era jogado a céu aberto, não tinha nenhum tipo de recolhimento, não faz muito tempo que começou essa questão do recolhimento. O destino era ali mesmo, até hoje tem bastante, a gente sabe que tem [...]. (P 08).

Diante deste depoimento, pode-se inferir que a questão dos RSU é um tema reconhecido e que vem sendo incorporado na rotina de trabalho destes profissionais. Este fato pode ser comprovado pela análise documental, na qual foram encontrados registros nos Livros Atas das equipes de diversas ações envolvendo o tema, das quais se destacam:

- no mês de julho de 2006, os trabalhadores das ESF redigiram um documento, encaminhado à prefeitura, solicitando o início do recolhimento de RSU em determinadas localidades do município;
- mutirões de coleta de resíduos realizados nos meses de junho, julho do ano de 2006. Já, no ano de 2007, os mutirões foram realizados nos meses de junho e outubro. Em 2008, a realização ocorreu no mês de junho. Nos anos seguintes não foram encontrados registros até março de 2016, onde foi realizado um novo mutirão.
- organização do cronograma de coleta de RSU no município, por dia e localidade, no ano de 2013, este cronograma foi elaborado pelos profissionais de saúde

É possível perceber que diante do histórico de ações realizadas envolvendo os RSU, os profissionais demonstram-se engajados com o tema. Entretanto, a exemplo das ações relacionadas a outros elementos, como a água, os dados documentais também revelam uma descontinuidade no desenvolvimento das ações, por meio da redução de ações desenvolvidas com o tema.

Os participantes percebem que o acúmulo de resíduos pode afetar a saúde da população, conforme relato a seguir.

Agora até a gente comentando um pouco mais sobre a questão da dengue, a gente fez um mutirão, segunda-feira de tarde a gente juntou muito entulho, muito lixo. A gente fez num rio que passa no fundo da comunidade lá, a gente juntou acho que uns 60 sacos de lixo [...]. (P 06)

A gente fez um mutirão de resgate desse lixo que estava sendo acumulado na comunidade [...]. Estava precário e foi interessante porque a gente conseguiu trazer os responsáveis pela associação da comunidade, o pastor da igreja, o líder da comunidade, os agentes comunitários de saúde do território. Eles [referindo-se ao moradores] pegaram uma carroça [...], a parte de traz de um caminhãozinho, colocaram num trator atrás, e foi bem interessante, as crianças foram junto com os pais ainda. Então os pais juntando, as crianças ajudando, e saiu uma carga bem grande também de

lixo assim, nós conseguimos tirar. Foi uma tarde bem interessante assim, o mutirão. Acho que tem a ver com essa saúde. (P14)

Agora também que a gente está trabalhando muito em cima da dengue.. a gente vê certos pátios sujos. Que é um meio assim da gente cuidar também do meio ambiente que, às vezes, coisas assim tóxicas que nem a gente está trabalhando também como lâmpadas, pilhas. (P05)

Os depoimentos revelaram a preocupação com a doença dengue, trazendo à tona a preocupação com o depósito irregular de resíduos no município. Esta é uma preocupação dos profissionais de saúde que elaboraram uma forma de enfrentamento para o depósito irregular de RSU, o denominado mutirão de coleta de resíduos, este tipo de iniciativa, é comum no município, conforme já mencionado. Destaca-se que este tipo de ação é relevante, entretanto não se apresenta como uma forma eficaz de resolver o problema do descarte inadequado de resíduos, pois se trata de uma ação pontual, no intuito de reduzir os possíveis locais de proliferação do mosquito *aedes aegypti*.

Neste sentido, como forma de redução dos impactos ambientais e de saúde pública é necessário organizar um sistema de gerenciamento de RSU, conforme prevê a Política Nacional de Resíduos sólidos (PNRS) (BRASIL, 2010b). Atualmente, em vigor a PNRS, estabeleceu uma série de diretrizes e ações para o gerenciamento de resíduos. Dentre as principais da PNRS medidas destacam-se: a logística reversa e a extinção dos denominados lixões ou aterros controlados (BRASIL, 2010b).

Os depósitos irregulares de resíduos foram destacados pelos participantes, principalmente referindo-se ao descarte inadequado realizado pelos moradores do município.

O lixo passa aqui [...], mas às vezes eles [referindo-se aos moradores] não colocam, eles preferem deixar no pátio. (P 24)

Eles [referindo-se aos moradores] deixam os lixos no meio do mato e os lixos de casa eles queimam o que tem que queimar, daí vai passando o ano, e assim passa o ano. (P23)

Os participantes, em certos momentos, demonstram-se preocupados com as atitudes dos moradores, principalmente, quando se refere ao descarte inadequado de RSU. A PNRS prevê, além da extinção dos denominados lixões e depósitos irregulares de resíduos, o sistema de logística reversa para resíduos que possuem um alto grau de toxicidade, como: lâmpadas, pilhas, baterias, produtos eletrônicos, e ainda embalagens de agrotóxicos. Nesta óptica, a logística reversa funciona por

meio da responsabilidade compartilhada, em que o consumidor, o revendedor e o fabricante possuem um papel preponderante, para que o sistema funcione. O consumidor devolve o produto ao revendedor e o mesmo repassa ao fabricante e, este último, dependendo do produto, pode ser incorporado novamente na fabricação de novos produtos ou descartado da maneira adequada (BRASIL, 2010b).

O gerenciamento inadequado de resíduos provoca danos diretos ao meio ambiente, como por exemplo, a contaminação do solo e da água. Os efeitos desta contaminação repercutem diretamente na saúde da população, pois, entre os componentes destes resíduos, encontram-se substâncias que são consideradas tóxicas a todos os modos de vida, como por exemplo: materiais que contenham os metais chumbo (Pb) e mercúrio(Hg). A intoxicação por chumbo em humanos se relaciona com distúrbios no sistema nervoso central e sistema cardiovascular (CESAR et al, 2011). Já contaminação por mercúrio esta relacionada aos distúrbios do sistema nervoso central (KHOURY et al, 2013), além disto, este metal pode ser dispersado no solo, ar e água (BACILA, FISCHER, KOLICHESKI, 2014). Um exemplo de como ocorre esta contaminação foi revelado pelo participante:

A gente está trabalhando também as lâmpadas, pilhas, que coloquem ali na [referindo-se ao ponto comercial onde ocorre a logística reversa destes materiais] que é recolhido. Eu vejo em certas casas que eles [referindo-se aos moradores do município] continuam colocando no lixo comum. Acontece, aquelas lâmpadas compridas [referindo-se as lâmpadas tubulares fluorescentes], as crianças pegam e ficam brincando como se fosse espada, e aí quebra no meio da rua, e isso aí tem produto químico, e acaba indo para o meio ambiente e essas crianças não sei se não ficam até, as vezes, com alguma intoxicação por causa do produto que tem dentro dessas lâmpadas. (P 05).

Este descarte de lâmpadas em local inadequado, ou seja, no local do resíduo comum, é realidade em outras localidades do país. Um estudo desenvolvido em São Paulo comprovou que, em sua maioria, os moradores descartavam estas lâmpadas no lixo orgânico. No entanto, estes moradores reconhecem que o local correto para descarte seria os pontos de recolhimento (LARUCCIA et al., 2011).

No Brasil, o descarte inadequado de um equipamento de radiologia, no ano de 1987 provocou o que até hoje é considerado, o maior acidente radioativo, externo a uma usina nuclear do mundo. Estima-se que seis mil pessoas foram atingidas pela radiação, e pelo menos 60 pessoas já morreram em decorrência do acidente (OKUNO, 2013). Devido a esta ocorrência, a Comissão Nacional de energia nuclear (CNEN) monitorou cerca de 112 mil pessoas (FUINI et al., 2013), no período

compreendido entre 30/9 a 20/12/1987. Como resultado deste monitoramento foi apresentado que mil pessoas não contaminadas haviam sido irradiadas externamente e 249 pessoas haviam sido contaminadas externas e internamente, sendo que, 10 vítimas apresentaram estado extremamente grave (OKUNO, 2013).

Sob este panorama, entende-se que o gerenciamento de resíduos é importante tanto para o meio ambiente quanto para a saúde pública (KHOURY et al., 2013). Diante dos depoimentos, depreende-se que as RS perpassam as questões voltadas ao saneamento básico. Estas questões também foram elencadas pela equipe de enfermagem, em um estudo realizado no Mato Grosso, em que os autores identificaram que, entre os problemas ambientais que podem alterar o estado de saúde da população, destaca-se o saneamento básico, incluído as questões relativas aos resíduos sólidos urbanos (RSU) (SANTOS, SILVA, SILVA, 2015).

De acordo com Peres et al (2016), a aproximação da temática ambiental com a AB se materializa através de problemas como a falta de infraestrutura, e acúmulo de resíduos. Nesta óptica, pode-se inferir ainda que, a limpeza e o cuidado se configuram como formas de proteção da saúde em relação ao meio (FONSECA, 2012).

Em outro estudo, realizado com enfermeiros de ESF, 7% dos participantes reconhecem que a qualidade de saúde está relacionada com limpeza, higiene, saneamento básico, moradia, entre outros, uma vez que alterações nestes segmentos interferem na saúde (SANTOS, SILVA, AZEVEDO, 2015). Estes resultados demonstram que a saúde e meio ambiente também são percebidas por meio de uma relação causa e efeito. Ainda, reforçam a necessidade da incorporação do tema no cotidiano destes profissionais.

Nesta seção foram apresentados os elementos periféricos, que compõem a RS, voltada para o saneamento básico. Foi possível conhecer tanto as percepções dos participantes relativas ao elemento periférico saneamento básico, quanto às ações relacionadas ao elemento periférico. Em relação ao elemento água as ações foram direcionadas para a qualidade e o abastecimento de água potável dentro do município. Já em relação ao esgotamento sanitário, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde voltaram-se para hábitos de higiene corporal e saúde, e ainda para o preparo seguro dos alimentos. Por fim, as ações relativas ao elemento periférico RSU contemplaram principalmente a organização da coleta destes resíduos, e ainda os mutirões para eliminação dos depósitos irregulares.

Na próxima seção do capítulo serão apresentados os elementos periféricos agrotóxicos e a poluição atmosférica.

5.2.2 Os agrotóxicos e a poluição atmosférica

O elemento periférico que abrange os agrotóxicos se faz presente, possivelmente em função de que o município possui a agricultura como sua base econômica. No Brasil, a legislação que trata sobre os agrotóxicos, os define como:

produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos. (BRASIL, 1989. P.01)

A classificação destes produtos depende do tipo de ação esperada e da composição química e classe toxicológica. Assim, de acordo com a classificação da composição química, são organizados em três classes: inseticidas, fungicidas e herbicidas.

Os inseticidas são utilizados para o combate de insetos. São exemplos deste grupo químico: organofosforados (azodrin, malathion, parathion); carbamatos (carbaryl, furadan, lannate); organoclorados (aldrin, endrin, DDT) e piretroides (sintéticos- decis, piredam, karate) (INCA, 2010).

Já os fungicidas são utilizados no combate aos fungos. Exemplos destes são os ditiocarbamatos (maneb, mancozeb, thiram) e os organoestênicos (brestan, hokko suzu) (BRASIL, 2010). E, por fim, os herbicidas utilizados no combate às ervas daninhas, e compõem esta classe química os bipyridílios, por exemplo, o gramoxone e o paraquat (INCA, 2010). Frequentemente, o uso destes produtos está associado com a utilização de duas ou até três classes (VIEIRO et al. 2016).

Em relação à toxicidade a classificação Brasileira considera em quatro classes: Classe I (rótulo vermelho) - extremamente tóxica, Classe II (rótulo amarelo) - altamente tóxica, Classe III (rótulo azul) - moderadamente tóxica, Classe IV (rótulo verde) - pouco tóxica (BRASIL, 2012c).

A compreensão do uso de agrotóxicos como um problema de saúde pública e ambiental vem crescendo em paralelo à disseminação de seu uso, e na medida em que surgem novas evidências científicas sobre os impactos na saúde e no meio

ambiente decorrentes da utilização destes produtos (ERVILHA, 2015; ABRASCO, 2015). As narrativas dos participantes evidenciam a preocupação com a saúde do trabalhador rural.

Acho que é o caso do agrotóxico, e não usar o EPI [equipamento de proteção individual], e hoje assim bastante gente resiste ao uso do EPI, eles [referindo-se aos trabalhadores rurais] tem, mas não usam. (P 22)

O uso de Equipamentos de proteção individual (EPI), pelo trabalhador rural, vem sendo reconhecido como um problema a ser enfrentado pelos serviços de atenção à saúde. Entende-se que, pela rotina de trabalho, a qual comporta o manejo destes produtos, os agricultores estão mais vulneráveis para implicações na saúde em decorrência do contato direto com agrotóxicos (ABRASCO, 2015). Um estudo com trabalhadores rurais da região central do Estado do Rio Grande do Sul evidenciou que, dentre o total de trabalhadores rurais que utilizam os agrotóxicos em suas plantações, 54% relataram não fazer uso de nenhum dos tipos de EPIs (SILVA et al, 2016).

Além disto, os achados da pesquisa documental reforçam que os trabalhadores preocupam-se com o tema. A pesquisa documental comprovou que este é um tema que está sendo incorporado ao cotidiano destes profissionais. O tema agrotóxicos foi trabalhado no mês de janeiro de 2016, onde os profissionais criaram um folder para distribuir à população com a intenção de sensibilizá-la em relação aos riscos associados ao uso de agrotóxicos. Este folder continha as seguintes informações: definição, tipos de intoxicação impacto da saúde ao meio ambiente, estimativas de câncer causado, primeiros socorros para os intoxicados, alimentos que mais apresentam agrotóxicos, e ainda informações sobre a tríplice lavagem das embalagens.

Os depoimentos dos participantes, a seguir evidenciam esta questão:

Tem problema de agrotóxico, tem fontes de água, está terminando a água praticamente, porque tem fontes que são perto de lavoura, e a quantidade de agrotóxico que eles tão usando perto daquilo está consumindo. É o alto uso de agrotóxico no caso que nem lá [referindo-se a determinada comunidade], agora até a gente [referindo-se aos profissionais de saúde] comentando um pouco mais sobre isso. (P06)

Eu acho que bastante o uso de agrotóxicos, porque são pessoas assim já mais de idade, que sempre trabalharam com agrotóxicos. (P 22)

Estes depoimentos retratam a atual situação do Estado do Rio Grande do Sul (RS), o qual é considerado o quarto consumidor nacional destes produtos

(ABRASCO, 2015). Estudo realizado nas bacias hidrográficas do Rio Grande do Sul aponta que a região de Santa Maria (que abrange Nova Palma), ocupa o 12º lugar, em um *ranking* composto por 24 bacias hidrográficas do Rio Grande do Sul, relativo à utilização destes produtos (PEREIRA, 2014). Além disto, o autor apresenta que a média de utilização de agrotóxicos por litros/km²/ano, nesta região, atingiu valores de 253,03 litros, no ano de 2014 (PEREIRA, 2014).

Em um estudo realizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, com trabalhadores rurais, identificou-se que 84,7% dos participantes utilizam algum tipo de agrotóxico, sendo a classe dos herbicidas a mais utilizada (SILVA et al., 2016). Estes dados se assemelham com a média nacional, na qual a classe de agrotóxico mais utilizada foi a de herbicidas (45%), seguida pelos fungicidas (14%) e inseticidas (12%) (RIGOTTO, VASCONCELOS, ROCHA, 2014).

De acordo com INCA (2015), a presença de resíduos de agrotóxicos não ocorre apenas em alimentos *in natura*, mas também em muitos produtos alimentícios processados pela indústria, como: biscoitos, salgadinhos, pães, entre outros. O relatório divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) referente ao Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos (PARA) evidenciou que amostras de algumas culturas apresentam resíduos de vários ingredientes ativos, dentre estes, os ditiocarbamatos, além da presença de resíduos de produtos não autorizados (ANVISA, 2014). Os participantes reconhecem o uso de produtos não autorizados no local do estudo, conforme relato a seguir.

A questão de agrotóxico, eles [referindo-se aos trabalhadores rurais] usam desordenado, eles trazem agrotóxico do Paraguai, que a gente sabe que usam, e depois tem que descartar, tem um monte de casa assim [...]. P (09)

A legislação, no Brasil, prevê a logística reversa para embalagens de agrotóxicos de produtos autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010b). Assim, as embalagens de produtos não regulamentados pelo órgão nacional, não possuem destino ambientalmente correto (pois a logística reversa atua sobre os produtos regulamentados), tendo em vista que o uso de produtos não regulamentados pode acarretar em responsabilização penal do trabalhador rural que utilizou o produto. Independente da autorização, a utilização destes produtos pode ser fonte contaminadora de recursos vitais, tais como: leite materno, alimentos, águas, solos e ar (INCA, 2015).

A contaminação do ar, referente ao uso de agrotóxicos, remete aos processos de pulverização, principalmente realizados por aviões próprios para este fim. Isto porque o agrotóxico pode ser carregado pelos ventos, promovendo a exposição de agricultores locais e de populações distantes do local de aplicação (ABRASCO, 2015). Algumas classes químicas, como os organofosforados e os carbamatos, são facilmente absorvíveis pelas vias dérmicas e respiratórias (INCA, 2010). No seguinte relato, o participante relata uma situação em que a exposição aos agrotóxicos acarretou em danos a saúde.

Quando é época de soja assim uma cultura que eles usam bastante agrotóxico, de tardzinha não dá para ti sair fora da porta da casa. Aquele cheiro sabe, aquele ar que fica. Até esses dias eu tive que sair de casa e ir para a casa da minha irmã, porque eu não aguentava de dor de cabeça, eu senti o cheiro do veneno e começou a me dar dor de cabeça. Eu fiquei um dia e pouco com dor de cabeça, eu vim um dia na reunião com dor de cabeça, só por causa do cheiro que eu tinha sentido. (P06)

As ações destes produtos no organismo humano dependem da quantidade da substância tóxica absorvida, do tempo de exposição e de outros fatores, a exemplo da idade, e das condições de saúde (ABRASCO, 2015; LINHARES, 2014). Além disto, agem sobre os sistemas nervoso, respiratório, cardiovascular, genito-urinário, gastro-intestinal, pele, olhos, além de causar alterações hematológicas e reações alérgicas a estas substâncias (LINHARES, 2014).

Além do uso de agrotóxicos, outros compostos químicos favorecem a contaminação atmosférica, tais como material particulado⁶, dióxido de enxofre, monóxido de carbono, ozônio, dióxido de nitrogênio, entre outros (BRASIL, 1990). Além disto, ainda existe a queima de combustíveis fósseis por fontes fixas, como as indústrias, e por fontes móveis, como os veículos automotivos. Por tratar-se de um município que tem por predominância atividade agrícola, esta questão foi relatada:

A gente via fumaça para tudo que era lado, na colônia [referindo-se a localidade do interior do município] era muita queimada, para poder plantar, para poder sobreviver. Agora entraram algumas leis ambientais ali, que restringiu as queimadas. (P 11).

Estas fontes de contaminação do ar têm impactado diretamente na qualidade do ar local, regional e global, conferindo maior visibilidade ao tema (ARBEX et al., 2012; MIRAGLIA, GOUVEIA, 2014). Isto porque, os efeitos desta contaminação são

⁶ Material Particulado; partículas que permanecem em suspensão, cuja composição apresenta componentes e características diversas, oriundos, principalmente, da queima de combustíveis (BRASIL, 2011b).

perceptíveis na saúde humana e nos ecossistemas (MAIA, 2016). Este fato é percebido pelos participantes, conforme revelado no depoimento a seguir:

A poluição tu vai inspirar esse ar poluído o que vai acontecer? Vai desencadear as rinites, as doenças respiratórias, que mais. Eu não sei se me preocupo mais porque eu tenho. Porque eu vou para [referindo-se a determinada cidade] para mim eu ando no centro lá parece que o ar é pesado. (P 12)

Tem uma menina que chegou com um filho de 2 ou 3 anos eu acho, tossindo, com uma tosse horrível, fedendo a fumaça. Aí como é que tu vai dizer abre essas janelas. Tudo fechado, aquelas pessoas tossindo, é seria alérgica, porque não seria ainda uma doença, e por causa disso deixar tudo fechado. (P 25)

Os participantes reconhecem a relação de exposição a poluentes e impactos na saúde. Sobre esta percepção, diversos estudos tem evidenciado uma forte associação, principalmente na população infantil, tendo em vista que a contaminação atmosférica pelo material particulado vindo sendo reconhecida como causa das internações por doenças respiratórias em crianças (CESAR, NASCIMENTO, CARVALHO, 2013), bem como uns dos fatores precursores do desenvolvimento da asma (WANJ et al 2016). Além disto, a exposição ao material particulado também foi associada ao número de nebulizações realizadas em determinada população (CARNESECA et al., 2012).

Esta seção apresentou os elementos periféricos agrotóxicos e poluição atmosférica. Estes elementos se relacionam com RS de salubridade do território. Por meio desta representação social foi possível conhecer como a relação saúde e meio ambiente está presente na AP. Esta relação dentro do cenário deste estudo se faz presente por meio de uma relação de causa e efeito, assim, no momento em que o meio ambiente é alterado, pode afetar o estado de saúde. Ainda, foi possível conhecer os elementos que compõem a RS: saneamento básico: a água, o esgotamento sanitário, os RSU e os agrotóxicos e a poluição atmosférica. Por meio destes, as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde são direcionadas e organizadas.

6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa apresentou como objetivo geral conhecer a RS sobre saúde e meio ambiente para trabalhadores de ESF. Diante deste objetivo, houve a necessidade de aproximação com o local do estudo, para assim melhor compreender como a RS sobre o tema se constituía dentro daquele universo. Com esta aproximação foi possível apreender os anseios, as angústias, e as motivações dos trabalhadores em relação à saúde e ao meio ambiente dentro da AP. Diante disto, foi possível conhecer a RS e os processos formativos desta RS que são a ancoragem e a objetivação.

No primeiro, o tema saúde e meio ambiente foi aproximado com os conhecimentos pré-existentes pelos participantes do estudo, sendo classificado, e a partir do processo de análise foi reconhecido o núcleo central da RS, que correspondeu a salubridade do território. Nesta perspectiva, o território em saúde assumiu a centralidade da RS, pois é a partir dele que os demais elementos que compõem a RS foram delineados e externalizados pelos participantes.

Diante disto, o segundo processo formativo da RS foi composto pelos seguintes elementos periféricos: saneamento básico, que inclui a questão da água, do esgotamento sanitário e dos RSU, e os agrotóxicos e a poluição atmosférica. A partir desta representação pode se inferir que a compreensão da relação saúde e meio ambiente está intrinsecamente relacionada com os danos que o meio ambiente pode causar na saúde, o que se materializa como uma relação de causa e efeito.

Esta afirmativa se relaciona, também, com a forma que estes trabalhadores organizam seu processo de assistência à saúde. Destaca-se que existe descontinuidade nas ações relacionadas com a saúde e o meio ambiente, tendo em vista que o meio ambiente só é percebido no momento em que a saúde é alterada em função das causas ambientais.

Diante desta percepção de que o meio ambiente se relaciona com a saúde por meio de alterações desta, as ações de promoção à saúde tendem a se apresentar de forma mais simplista, sendo o ambiente desconsiderado no conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais, de uma forma mais ampla e profunda. Diante disto, as ações de promoção à saúde podem ser prejudicadas, uma vez que o trabalho das equipes de ESF no que tange ao tema, ocorre de maneira superficial, somente para a redução de agravos.

Contudo, foi possível reconhecer que, por vezes, os profissionais de saúde conseguem organizar uma prática articulada com outros setores administrativos. Isto se configura como um avanço para o serviço de saúde do município, pois, frequentemente, dependendo da demanda do território, o serviço de saúde sozinho não consegue atender tal demanda. Ademais, a atuação profissional voltada para a relação saúde e meio ambiente perpassa o manejo das questões ambientais dentro do território em saúde, bem como ações educativas com a população voltadas a este tema.

Entretanto, no que tange as ações descontinuadas, pode-se elencar a falta de apoio administrativo, a ausência de conhecimento sobre determinado assunto, sendo necessário, por vezes, conhecimento técnico especializado para auxiliar os profissionais de saúde. Além disso, questões burocráticas parecem ser fatores dificultadores para o desenvolvimento das ações articuladas de saúde. Possivelmente, em função das ações descontinuadas, conclui-se que a relação saúde e meio ambiente foi trabalhada de maneira pontual dentro da ESF para resolver o problema de saúde em determinado momento como, por exemplo, a contaminação da água e os mutirões de coleta de resíduos.

Entende-se, também, que, por vezes, é necessário assumir uma postura de resolubilidade pontual, no intuito de atuar preventivamente para reduzir novos danos à saúde. Entretanto, esta postura não pode ser constante, pois se perde um dos principais aspectos da ESF: trabalhar a promoção da saúde organizada a partir das necessidades da população adscrita. Além disto, as práticas desenvolvidas de maneira pontual pelos profissionais de saúde podem não atender e não abranger outros setores, o que pode resultar na desarticulação para o desenvolvimento de ações de saúde com os demais setores.

Neste entendimento, sugere-se para equipe multiprofissional uma atuação em três momentos: a curto, médio e longo prazo. A atuação no curto prazo ocorre no sentido de resolver o problema pontual do território. A médio e longo prazos demandam mais tempo e organização do serviço, pois será necessário trabalhar por meio de ações intersetoriais em prol dos determinantes em saúde. Neste entendimento, não seria mais possível dissociar o trabalho de equipes da ESF com a relação saúde e meio ambiente, pois se o tema for organizado a médio e longo prazo nas ações de saúde, as questões ambientais não serão apenas um ponto

isolado do território, mas sim o elemento no qual o território faz parte e desenvolve-se a vida.

Ademais, o desenvolvimento de ações de médio e longo prazos, orientadas pela relação saúde e meio ambiente, favorecem a promoção da saúde dentro dos territórios. Para este desenvolvimento é preciso uma visão ampliada da saúde por parte dos profissionais, no sentido de compreender a complexidade na qual a saúde se desenvolve dentro dos territórios.

Com a realização desta pesquisa, foi possível promover um espaço de reflexão sobre a saúde e o meio ambiente para trabalhadores da ESF. Neste sentido, os participantes refletiram sobre os significados desta relação no cotidiano laboral. Diante disto, foi possível reconhecer a RS sobre saúde e meio ambiente, que, no presente estudo, está relacionada com a salubridade do território, e ainda a maneira de como esta RS está vinculada as práticas de saúde, na qual pode-se reconhecer que trabalha-se com o manejo de questões ambientais que podem interferir na saúde da população, e algumas vezes com ações educativas voltadas a população.

Como limitações do estudo foram reconhecidas as seguintes: a primeira trata-se de um estudo focalizado em um único município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Já a segunda, o caráter exploratório desta investigação, que se materializou pela escassez de trabalhos com o mesmo objeto de estudo.

Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas sobre o tema no campo da saúde, no intuito de colaborar com a prevenção e promoção da saúde a partir da relação saúde e meio ambiente, dentro da AP.

7 REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

ABRELPE. Associação Brasileira das Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama dos resíduos sólidos no Brasil**, 2014.

ADDUM, F.M et al.. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis* [Internet].2011;(3): 955-78.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (Brasil). Conjuntura dos recursos hídricos: informe 2015- Brasília: ANA, 2015.

_____. (BRASIL) Conjuntura dos recursos hídricos: informe 2016- Brasília: ANA, 2016.

AUGUSTO, L. G da S. et al. O contexto global e nacional frente aos desafios do acesso adequado à água para consumo humano. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.6 [cited 2016-08-02], pp.1511-1522.

ARAÚJO, M. B. de .S ; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007.

ARBEX, M.A et al. A poluição do ar e o sistema respiratório. **J Bras Pneumol**. 2012;38(5):643-655.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , n. 117, p. 127-147, Nov. 2002 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=en&nrm=iso

ANVISA. Programa de análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos (PARA) relatório complementar relativo à segunda etapa das análises de amostras coletadas em 2012. 2014. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/111215/446359/Programa+de+An%C3%A1lise+de+Res%C3%ADduos+de+Agrot%C3%B3xicos++Relat%C3%B3rio+2012+\(2%C2%BA+etapa\)/3bc220f9-8475-44ad-9d96-cbbc988e28fa](http://portal.anvisa.gov.br/documents/111215/446359/Programa+de+An%C3%A1lise+de+Res%C3%ADduos+de+Agrot%C3%B3xicos++Relat%C3%B3rio+2012+(2%C2%BA+etapa)/3bc220f9-8475-44ad-9d96-cbbc988e28fa).

BACILA, D.M; FISCHER, K; KOLICHESKI, M.B. Estudo sobre reciclagem de lâmpadas fluorescentes. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. spe, p. 21-30, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522014000500021&lng=en&nrm=iso>

BARONI, F.C. de A.L. Condições ambientais envolvidas na saúde e na doença da população de Muzambinho - Minas Gerais sob a ótica de atores sociais. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2009. 180 f. Tese.

BESERRA, E.P. Educação ambiental como espaço de atuação do enfermeiro. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2009. 102 f. Dissertação.

BRASIL. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Seção 1, p. 49.

CAMPONOGARA, S et al. A abordagem da interface saúde e meio ambiente na formação profissional de enfermeiros. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):647-53

_____. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; In: Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002b. p. 19.

_____. CONAMA. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos de serviço de saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 04 mai. 2005, Seção 1, p. 63-65.

_____. Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 5-9 de abril 1988; Adelaide; In: Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002c. p. 35.

_____. Declaração de Sundsvall. Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-15 de junho 1991; Sundsvall; Su. In: Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002d. p. 41.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – SNSA. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2014. Brasília: SNSA/MCIDADES, 2016a.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 306, de 5 de julho de 2002. Estabelece os requisitos mínimos e o termo de referência para realização de auditorias ambientais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 jul. 2002a

_____. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012** - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental: saúde e ambiente, vamos cuidar da gente. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2010. (Relatório Final).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental Documento Orientador para a Implementação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c

_____. Lei 12.305 de 02 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. DF, Brasília, Planalto, Casa Civil, 2010.

_____. Lei nº 11.445 de 5 de Janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nºs 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.

_____. Lei 9.433 de 8 Janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13 de março de 1990, que modificou a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de

prioridades de pesquisa em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008

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

_____. Orientações para elaboração de plano simplificado de gestão integrada de resíduos sólidos – psgrs - para municípios com população inferior a 20 mil habitantes. Gerência de Resíduos Sólidos – GRS - do Departamento de Ambiente Urbano – DAU - da Secretaria de Recursos Hídricos e Ambiente Urbano – SRHU - do Ministério do Meio Ambiente – MMA, 2016b.

_____. Resolução nº 3, de 28 de junho de 1990. Dispõe sobre padrões de qualidade do ar, previstos no PRONAR. Publicada no DOU, de 22 de agosto de 1990, Seção 1, páginas 15937-15939.

_____. Resolução nº 436, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2011. Estabelece os limites máximos de emissão de poluentes atmosféricos para fontes fixas instaladas ou com pedido de licença de instalação anteriores a 02 de janeiro de 2007. Publicada no DOU Nº 247, 26 de dezembro de 2011b. Complementa as Resoluções nº 05/1989 e nº 382/2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P.M; CARVALHO, A. I de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, Dec. 2009.

BUSS, P.M et al . Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1479-1491, June 2012.

CABREIRA, G.O. Enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação em saúde: uma abordagem socioambiental do trabalho(A). Rio Grande. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2003. 134 f. Dissertação.

CAMPONOGARA, S. Estudo de caso sobre a reflexividade ecológica de trabalhadores hospitalares (Um). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2008. 277 f. Tese.

_____. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2012.

CAMPOS, C.G.P, et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2015 jun;36(2):106-12.

CAPRA, F. PONTO DE MUTAÇÃO (O). Cultrix, São Paulo, 2014. 30ª reimpressão, 432 p.

CARNESECA, C. E.; ACHCAR, A. J.; MARTINEZ, Z.E. Associação entre a poluição atmosférica por material particulado e contagens mensais de procedimentos de inalação e nebulização em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cader. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.8, p.1591-8, 2012

CARVALHO, A.I de; BARBOSA, P.R. Políticas de Saúde: fundamentos e ditetizes do SUS. Florianópolis:Departamento de Ciências da Adminisração/UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB,2010.

CERVO, A.L; BERVIAN, P.A; SILVA, R. da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CESAR, A.C.G e al. Material particulado fino estimado por modelo matemático e internações por pneumonia e asma em crianças, **Rev. Paul. Pediatr**, v. 34, v 1,p. 18-23, Mar. 2016. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001136>.

CESAR, A.C.G; NASCIMENTO, L.F.C; CARVALHO JR, J.A de . Associação entre exposição ao material particulado e internações por doenças respiratórias em crianças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1209-1212, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601209&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2016.

COSTA, C.C.; GUILHOTO, J.J.M. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestora. **Eng Sanit Ambient**. Edição Especial, 2014; 51-60.

COSTA, T.F. Gerenciamento de resíduos químicos perigosos manuseados pela enfermagem de um hospital universitário. São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2009. 243 f. Tese.

CRUZ, A.M.G. Etnofarmacologia como abordagem educativa em saúde e meio ambiente numa comunidade rural do Estado de Santa Catarina (A). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2004. 126 f. Dissertação.

CUNHA, G.F et al . Princípio da precaução no Brasil após a Rio-92: impacto ambiental e saúde humana. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 65-82, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 dezembro de 2016.

CUNHA, V.; J FILHO, J.V.C. Gerenciamento da coleta de resíduos sólidos urbanos: estruturação e aplicação de modelo não-linear de programação por metas. **Revis. Gestão & produção**, v.9, n.2, p.143-161, ago. 2002 disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v9n2/a04v09n2.pdf>>.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, p. p. 389-394, n. 2, Abr/Jun. 2011.

DINIZ, R. de C.M. Meio ambiente, moradia e risco: o entorno da saúde na Baixada do Aratu. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2001. 150 f. Dissertação.

DIAS, E. C. et al . Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 6, p. 2061-2070, Dec. 2009.

DOWBOR, T. P; WESTPHAL, M.F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 781-790, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400781&lng=en&nrm=iso>

DUBOIS, S.M; MOROSINI, F.C. Mudanças climáticas: os desafios do controle do direito internacional ambiental e do protocolo de kyoto em particular. **Veredas do Direito: Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável**, [S.I.], v. 13, n. 26, p. 195-210, out. 2016. ISSN 21798699. Disponível em: <<http://domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/650>>. Acesso em 28 de Novembro de 2016.

ELIAS, C. de R et al. Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 48-53, Abr. 2012.

ERVILHA, I. C. Relatório: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. 2015. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/08/Relat--rio-Rio-Grande-do-Sul.pdf>

FARIA, R.M de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, 9 (16):131 - 147, Jun/2013.

FERRO, L.F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2014;38(2):129-138.

FIOCRUZ. Atlas da Água. Elaborado com Mapserver e PHP-Mapscript. Ministério da Saúde, Brasil, 2016.

FONSECA, A.F.Q. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. **Ambient. soc.**, São Paulo , v. 15, n. 2, p. 133-150, Aug. 2012.

FONSCECA, C.V. A teoria das representações sociais e a pesquisa na área de educação em ciências: reflexões fundamentadas em produções brasileiras contemporâneas. Tear: Revista de Educação Ciência e Tecnologia, Canoas, v.5, n.1, 2016. Disponível em:
<http://seer.canoas.ifrs.edu.br/seer/index.php/tear/article/view/361>.

FONSCECA, E.F. A convergência entre a proteção ambiental e a proteção da pessoa humana no âmbito do direito internacional. **Rev. Bras. Polít. Int.** 50 (1): 121-138, 2007

FONTANELLA, B.J.B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública.** 2011; (27)2:389- 94.

FORTES, P.A.de.C; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 366-375, Jun. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200366&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 dezembro de 2016.

FRUMKIN, H. Environmental Health: From Global to Local. San Francisco (CA). Jossey- Bass, 3rd Edition.

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

GUERRERO, J.R.K. Síntese de hidrocarbonetos de alto peso molecular a partir de etanol sobre catalisadores apatitas. Campinas, SP: [s.n.], 2015. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Química.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa . 5.ed.7 reimpressão-São Paulo:Atlas, 2010.

GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 6, p. 1503-1510, June 2012.

HEIDEMANN, I.T.S.B, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cienc cuid saude.** 2012 jul-set; 11(3):613-619.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=sinopse_censodemog201>.

Instituto Nacional de Câncer. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos. 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_do_inca_sobre_os_agrotoxicos_06_abr_15.pdf

Instituto Nacional de Câncer. Vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente/ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2e. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): Ed. UERJ; 2001. p.17-44.

JORGE, M.S. et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011.

JUNGES, J.R; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 207-217, Aug. 2013.

JUNGES, J.R, BARBIANI,R; ZOBOLI, E.L.C.P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface comun. saúde educ** 19.53 (2015): 265-274.

JUNGES, J. R. Bioética e Meio Ambiente num Contexto de América Latina. **Rev. Bioét.**, Brasília V. 5, 1 (9): 13-19, enero - junio 2014. Disponível em http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_9/Art1-Junges-A5V1N9-2014.pdf -

KARAK,T; BHAGAT, R. M.;BHATTACHARYYA, P.. Municipal Solid Waste Generation, Composition, and Management: The World Scenario, **Critical Reviews in Environmental Science and Technology**, 2012, 42:15, p.1509-1630.

LISBOA, S.S.; HELLER, L.; SILVEIRA, RB. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 341-348, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522013000400341&lng=en&nrm=iso>.

LIMA, F.C. de A. Gerenciamento integrado dos resíduos dos serviços de saúde: Microrregião da Baixa Mogiana-MG. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2002. 166 f. Dissertação.

LIMA, C. A. T. et al. Associação entre a exposição materna ao material particulado e parto prematuro. **Ambiente & Água** - An Interdisciplinary Journal of Applied Science, Taubaté, v.9, n.1, jan./mar. 2014.

LINHARES, A.G. Efeito de pesticidas organofosforados e carbamatos sobre a acetilcolinesterase eritrocitária humana e seu potencial uso como biomarcador da exposição ocupacional. Recife: 2014. 81 f.: il. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Pós graduação em Ciências Biológicas, 2014.

LEONETI, A.B., PRADO, E.L. do; OLIVEIRA, S.V.W.B de. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 331-348, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2016

MAIA, M et al. Caracterização de metais traço presentes no material particulado atmosférico inferior a 2,5 µm (mp2,5) no entorno de uma área industrial. **Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, v.6, n. 1/2, p. 1-13,2014.

MAZZOTTI A.J.A. representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Ver. Múltiplas Leituras**, v.1, n. 1, p. 18-43, jan, 2008.

MAZOTO, M.L et al. Saúde Ambiental Infantil: Uma revisão de propostas e perspectivas. **Cad. saude colet**. 2011;19(1):41-50.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORERA, A.J.C et al. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165, Dec. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401157&lng=en&nrm=iso>

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 10 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2013.

NAIME, R.; BARBISAN, C.H. Quantidade de geração de resíduos em seis procedimentos cirúrgicos de portes diferenciados comparados. **Revista Monografias Ambientais**, v. 12 n. 12 3, p. 2714- 2725, Ago. 2013.

NOVA, T. de B.; MACHADO, L.B. O processo de objetivação nas representações sociais de escola para crianças. *Série-Estudos...* Campo Grande, MS, n. 38, p. 93-106, jul./dez. 2014

NUNES, J.C et al. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde*. **Rev Rene**. 2012; 13(5):1084-91.

MAGALHÃES, K.A et al. A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no programa Bolsa Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-72, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76410/80117>>. Acessado em 02 dezembro de 2016.

MAIA, M et al. Caracterização de metais traço presentes no material particulado atmosférico inferior a 2,5 µm (mp2,5) no entorno de uma área industrial.

Perspectivas da Ciência e Tecnologia, v.6, n. 1/2, p. 1-13, 2014.

MIRAGLIA, S.G.E.K; GOUVEIA, N. Custos da poluição atmosférica nas regiões metropolitanas brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, 19(10):4141-4147, 2014.

Disponível em:

http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/8582/art_MIRAGLIA_Costs_of_air_pollution_in_Brazilian_metropolitan_regions_2014.PDF?sequence=1&isAllowed=y.

OLIVEIRA, A. da S. Tratamento de esgoto pelo sistema de lodos ativados no Município de Ribeirão Preto, SP: avaliação da remoção de metais pesados. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006. 172 f. Dissertação.

OLIVEIRA, L. B. et al. Gerenciamento comunitário de recursos hídricos, uma questão de saúde: a água que temos e a água que queremos: percepção dos usuários de sociedades de água em um município rural da sub-bacia hidrográfica do Forqueta, RS. **Ambiência - Revista do Setor de Ciências Agrárias e Ambientais** V.11 n.2 Jan./Abr. 2015

OLIVEIRA, M.A de C; PEREIRA, I.P. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.

OLIVEIRA, M.L.S. de. Percepção das condições ambientais e sua relação com a saúde: um enfoque para a enfermagem (A). Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2001. 110 f. Dissertação.

OLIVEIRA, S. A. et al. Estudo da produção per capita de resíduos sólidos domiciliares da cidade de Campina Grande – PB. **Revista Saúde e Ambiente / Health and Environment Journal**, v. 5, n. 2, Dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Acordo de Paris, 2016.

_____. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata (URSS); 6 sept. 1978.

_____. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. **O futuro que queremos**. Rio de Janeiro, 2012

_____. **Declaração de Estocolmo de 1972**. Disponível em: <www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/_arquivos/estocolmo.doc>.

_____. **Declaração do Rio de Janeiro sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**, 1992. Disponível em <<http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/rio92.pdf>>.

_____. **Declaração do Milênio**, 2000. Disponível em <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>>.

OROEI, M. et al. A qualitative study of the causes of improper segregation of infectious waste at Nemazee Hospital, Shiraz, Iran. **Journal of Infection and Public Health**.v. 7, n. 3, p. 192-198, May/June. 2014.

PADILHA, C. dos S; OLIVEIRA, W.F de. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2211-2220, Aug. 2013 .

PAGANI, R. ANDRADE, O.M de. Saúde Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PATRÍCIO, K.P et al. Meio ambiente e saúde no Programa PET-Saúde: interfaces na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2011 Sep; 35(3),341-49.

PAULINO, V. C.P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 3, p. 368-373, 2012.

PEIXOTO, A.C.S, FONSECA, H.O, OLIVEIRA, R.M.S.R. Anclagem. Cadernos cespuc. [on line]. 2013, v. 23, p. 8-12. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8297/7178>

PEREIRA, J.P. Espacialização do uso de agrotóxico por região de Saúde no RS. Monografia do curso de Geografia . Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PMSNP. Plano Municipal de Saúde de Nova Palma. Edição 2013-2016.

PORTO, M.F. de S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 2, p. 33-46, 1998.

PORTO, M. F. de S; ROCHA, D.F da; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 10, p. 4071-4080, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004071&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

PRADO, E.L do. Qualidade da água utilizada por uma população de zona rural de Fortaleza de Minas-MG: um risco à saúde pública. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010. 196 f. Tese.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C.de Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PNUD, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.

PRÜSS-ÜSTÜN, A et al. Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. World Health Organization, 2016.

RADICCHI, A.L. A Saúde Ambiental. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

RANGEL, V. Considerações para uma agenda estratégica de Saúde e Ambiente e Sustentabilidade: horizontes da Fiocruz para 2022. In Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 216 p.

RAMOS, Y.S et al. Vulnerabilidade no manejo dos resíduos de serviços de saúde de João Pessoa (PB, Brasil). **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3553-3560, Aug. 2011.

RIBEIRO, W.C. Teorias socioambientais: em busca de uma nova sociedade. **Estud. av.**, São Paulo, v. 24, n. 68, p. 9-13, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

REIGOTA, M. Meio ambiente e representação social. 8ed São Paulo: Cortez, 2010.

REIS, A dos S. et al. Produção e consumo sustentável. Ministério do Meio Ambiente – MMA, Departamento de Produção e Consumo Sustentáveis, 2013.

REIS, S.L. de A; BELLINI, M Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

REIS, R.S et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, Nov. 2013.

RIBEIRO, M.C.S. Trabalho do enfermeiro na vigilância sanitária: a necessidade de incorporar a consciência ecológica para reordenar a prática (O). São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2000. 186 f. Dissertação.

RIGOTTO, RM; PAIXÃO, D e V; ROCHA, MM. Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1-3, jul, 2014. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1360.pdf.

ROCHA, L.F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 46-65, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100005&lng=en&nrm=iso>

RODRIGUES, I.L.A; MOTTA,M.C.S; FERREIRA, M.A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, 2013; 26(2):172-8.

ROMÃO, R. et al. Relação entre baixo peso ao nascer e exposição ao material particulado inalável. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1101-8, 2013.

SÁ, C.P de. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANT'ANNA, C.F et al . Community: collective objective of nurses' work within the Family Health Strategy. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 341-347, 2011 .

SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010.

SANTOS, L. dos. Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 341-357, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200341&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS, M.P dos. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. **Emancipação**, Ponta Grossa, 13(1): 9-21, 2013.

SANTOS, D.A da S; SILVA, M.S da .;AZEVEDO, J.V.V de . A saúde e o meio ambiente na visão do enfermeiro na atenção primária à saúde. **InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**,vol. 10, n. 2, p.95-107, Dez.2015.

SANTOS , D.A da S; SILVA, M.S da; SILVA, F.P da. A gestão de recursos naturais pelo enfermeiro na atenção básica. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, Santa Maria, v. 19, n. 2, p.402–412, Mai-ago. 2015.

SILVA, A. C. et al. Socioeconomic profile of Rural Workers cancer sufferers. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental (Online)*, v. 8, p. 4891, 2016. DISPONÍVEL em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4477>

SEGURA MUÑOZ, S.I. Impacto ambiental na área do aterro sanitário e incinerador de resíduos sólidos de Ribeirão Preto, SP: avaliação dos níveis de metais pesados. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. 168 f. Tese.

SILVA, L.M.S. da et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20(esp.2): p. 784-8, Dez 2012.

SILVA, M.F.I. Resíduos de serviços de saúde: gerenciamento no centro cirúrgico, central de material e centro de recuperação anestésica de um hospital do interior

paulista. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 98 f. Tese.

SILVA, S. E. D da; CAMARGO, B.V; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v 64, n. 5, p.947-51, Set-out 2011.

SILVA, P. N; HELLER, L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1861-1870, June 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601861&lng=en&nrm=iso

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SHIMIZU, H.E; REIS, L.da S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3461-3468, Aug. 2011.

SHIMIZU, H.E; JUNIOR D.A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Cien Saude Colet**, 17(9):2405-2414, 2012.

SOUZA, C. L. de; ANDRADE, C.S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4113-4122, Oct. 2014.

SOUZA, J; KANTORSKI, L.P ; LUIS, M.A.V . Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SOUZA, M.M.; SANTOS, A.S.P. Água potável, água residuária e saneamento no Brasil e na Holanda no âmbito do Programa de Visitação Holandês – DVP: Dutch Visitors Programme. **Eng. Sanit. Ambient.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 387-395, June 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522016000200387&lng=en&nrm=iso

SONG,Q; LI, J;ZENG, X. Minimizing the increasing solid waste through zero waste strategy, **Journal of Cleaner Production**, Volume 104, 1 October 2015, Pages 199-210,

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUJAUDDIN, M.; HUDA, S. M. S.; HOQUE, A. T. M. R. Household solid waste characteristics and management in Chittagong, Bangladesh. **Waste Management**, 2008:June.p.1688–95.

TONANI, K.A. de A. Identificação e quantificação de metais pesados, parasitas e bactérias em esgoto bruto e tratado da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão PretoSP. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008. 174 f. Dissertação.

TRAD, L.A.B; ROCHA, A.A.R. de M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, Mar. 2011.

TORRES, M.et al. Saúde e bem-estar em meio urbano: das políticas à prática. **Rev port saúde pública**, v.31, n. 1, p. 95-107, Jan–Jun. 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000291>. Acessado em 30 de novembro de 2016.

UNICEF. Progresos sobre el agua potable y saneamiento. 2012.

VIEGAS, S.M.F. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, Mar. 2013.

VIEGAS, S.M.F, PENNA; C.M.M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, 13 (2),p. 375-385. 2012.

VIERO, C.M, CAMPONOGARA, S; CEZAR-VAZ, M.R; COSTA, V.Z; BECK C.L.C. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. **Esc. Anna Nery**.;20(1);p. 99-105, Jan-Mar, 2016.

VILANI, R.M, MACHADO, C.J.S. O impacto dos megaeventos esportivos sobre os direitos à saúde e ao meio ambiente na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 Sup:S1-S13,Nov. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300039 >. Acessado em 20 de Novembro de 2016.

WANG,J. et al. Allergens, air pollutants, and childhood allergic diseases. **Int J Hyg Environ Health**, v.219, n.1,p. 66-71, JAN. 2016. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438463915001182>. Acesso em 20 de novembro de 2016.

WHO. World Health Organization. Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve; 2005.

_____. Guidelines for drinking-water quality - 4th ed, Geneva , 2011.

_____ Preventing disease through healthy environments A global assessment of the burden of disease from environmental risks, Geneva, 2016.

_____. Progress on Drinking Water and Sanitation, Genebra, 2015.

_____. **The Rio Political Declaration on Social Determinants of Health.** World Conference on Social Determinants of Health. Rio De Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.

_____. **Safe management of wastes from healthcare activities.** 2. Ed, Malta, 2014.

_____. CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

XAVIER, A. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?. **Psicologia & Sociedade**; 14 (2): 18-47; Jul./dez.2002.

APÊNDICE A – QUADRO DE REFERÊNCIAS UTILIZADAS PARA O ESTUDO DE TENDÊNCIAS

QUADRO 1. CÓDIGOS E REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS UTILIZADOS PARA O ESTUDO DE TENDÊNCIAS. SANTA MARIA, 2015, ELABORADO PELA AUTORA.

Código	Referência	Ano
D1	DINIZ, Rita de Cássia Moura. Meio ambiente, moradia e risco: o entorno da saúde na Baixada do Aratu. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2001. 150 f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)	2001
T1	PRADO, Eliana Leão do. Qualidade da água utilizada por uma população de zona rural de Fortaleza de Minas-MG: um risco à saúde pública. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010. 196 f. Tese (Doutorado em Ciências)	2010
D2	OLIVEIRA, Aline da Silva. Tratamento de esgoto pelo sistema de lodos ativados no Município de Ribeirão Preto, SP: avaliação da remoção de metais pesados. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)	2006
D3	TONANI, Karina Aparecida de Abreu. Identificação e quantificação de metais pesados, parasitas e bactérias em esgoto bruto e tratado da Estação de Tratamento de Esgoto de Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)	2008
T2	SEGURA MUÑOZ, Susana Inês. Impacto ambiental na área do aterro sanitário e incinerador de resíduos sólidos de Ribeirão Preto, SP: avaliação dos níveis de metais pesados. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. [168] f. Tese (Doutorado em Enfermagem)	2002
D4	OLIVEIRA, Maria Lucia Sobral de. Percepção das condições ambientais e sua relação com a saúde: um enfoque para a enfermagem (A). Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2001. 110 f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)	2001
T3	BARONI, Fabíola Carvalho de Almeida Lima. Condições ambientais envolvidas na saúde e na doença da população de Muzambinho - Minas Gerais sob a ótica de atores sociais. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2009. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)	2009
D5	CRUZ, A.M.G. Etnofarmacologia como abordagem educativa em saúde e meio ambiente numa comunidade rural do Estado de Santa Catarina (A). Florianópolis. Universidade Federal de	2004

	Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2004. 126 f. Dissertação.	
T4	CAMPONOGARA, S. Estudo de caso sobre a reflexividade ecológica de trabalhadores hospitalares (Um). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2008. 277 f. Tese.	2008
D6	CABREIRA, G.O. Enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação em saúde: uma abordagem socioambiental do trabalho(A). Rio Grande. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2003. 134 f. Dissertação.	2003
D7	RIBEIRO, M.C.S. Trabalho do enfermeiro na vigilância sanitária: a necessidade de incorporar a consciência ecológica para reordenar a prática (O). São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2000. 186 f. Dissertação.	2000
D8	BESERRA, E.P. Educação ambiental como espaço de atuação do enfermeiro. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem, 2009. 102 f. Dissertação.	2009
T5	COSTA, T.F. Gerenciamento de resíduos químicos perigosos manuseados pela enfermagem de um hospital universitário. São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2009. 243 f. Tese.	2009
T6	SILVA, M.F.I. Resíduos de serviços de saúde: gerenciamento no centro cirúrgico, central de material e centro de recuperação anestésica de um hospital do interior paulista. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 98 f. Tese.	2004
D9	LIMA, F.C. de A. Gerenciamento integrado dos resíduos dos serviços de saúde: Microrregião da Baixa Mogiana-MG. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2002. 166 f. Dissertação.	2002

APÊNDICE B – QUADRO DE REFERÊNCIAS UTILIZADAS PARA ESTADO DA ARTE

QUADRO 2. CÓDIGOS E REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS UTILIZADOS PARA ESTADO DA ARTE .SANTA MARIA, 2016, ELABORADA PELA AUTORA.

Código	Referência	Ano
A1	Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira AC de A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Sep 08]; 18(8): 2253-2262.	2013
A2	Romão, LMV; Maia, ER, Albuquerque, GA. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. Rev enferm UERJ [Internet] 2014 Mar/Abr [cited 2015 Sep 08]; 22(2):264-7	2014
A3	Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Labonte R, Sanders D et al. The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá-Colombia: an ecological analysis. Int J Equity Health, 2012;Nov .11:(66).	2012
A4	Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM , Machado M de FAS, Machado MMT, Bezerra M das GV. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013; June.17(45): 301-314.	2013
A5	Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. Physis [Internet].2011;(3): 955-78.	2011
A6	Silva NC, Andrade, CS. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. Trab. educ. saúde [Internet]. 2013; 11(1);113-28.	2013
A7	Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia T de M, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 June; 12(3):743-753.	2007
A8	Asadi-Lari M, Farshad AA, Assaei SE, Vaez MMR, Akbari ME , Ameri A et al. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience, Public Health [Internet]. 2005 Jun ;119(6):474-82..	2005
A9	Ingram CM, Quevedo PCA, Ravelo PI, Pupo MZ, Machado IE. Desarrollo sustentable del municipio “Jesús Menéndez” desde las perspectivas de salud*. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2006 Dec,44(3).	2006
A10	Cezar-Vaz MR, Weis AH, Costa VZ, Soares JFS, Bonow CA, Cardoso LS, et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. Texto & Contexto Enferm. 2007 Out-Dez; 16(4):645-53	2007
A11	Van Minh H, Anh TT, Rocklöv J,Giang KB, Trang LQ, Sahlen KGS et al. Primary healthcare system capacities for responding to storm and flood-related health problems: a case study from a rural district in central Vietnam. Global Health Action. [Internet] 2014 Dec; 7(10): 1-11.	2014
A12	Chaves APL, Silva RB da. Diagnóstico ambiental de resíduos domésticos perigosos e a estratégia de saúde da família como elo para implementação de um programa de gestão no Sul do Brasil. Cad. saúde colet. [Internet]. 2015 Jun ; 23(2): 109-117	2015
A13	Mendonça R das C, Giatti LL, Toledo RF de. A temática ambiental em representações e práticas de profissionais de saúde da família no município de Manaus - AM/Brasil. Saude soc. [Internet]. 2012 Sep; 21(3): 776-787. .	2012

A 14	Patrício KP, Oliveira TS, Ribeiro JTR, Medeiros TM, Cruvinel, MCFP, Miguel MM et al . Meio ambiente e saúde no Programa PET-Saúde: interfaces na atenção básica. Rev. bras. educ. med. [online]. 2011 Sep; 35(3),341-49.	2011
A15	Soliman SM, Amel IM. Overview of biomedical waste management in selected Governorates in Egypt: A pilot study. Waste management, 2007 Dec;(12): 1920-23..	2007
A16	Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, RODRIGUES EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2012 Feb ; 65(1): 128-134.	2012
A16	Peres RR ,Camponogara S, Silva AC da, Jacobi, E de O, Bataglin MS, Soares SGA. Environmental responsibility through the view of basic health attention workers. Res.: fundam. care. online, [Internet] 2014 Jul./Set;6(3):1090-1104	2014

APÊNDICE C – ROTEIRO PRA ANÁLISE DOCUMENTAL

1 Tipo de documento:

2 Data:

Evidências que compõe a relação saúde e meio ambiente

Território

Peculiaridades anotadas pelas trabalhadores:

Perfil epidemiológico:

Adoecimento através de causas externas

Formas da organização dos trabalhadores para enfrentamento das doenças

Ações de promoção à saúde que incorporam a relação saúde e meio ambiente

Elementos da ficha A que os trabalhadores relacionam com a relação saúde e meio ambiente

Ações inter setoriais

Capacitações relacionadas ao tema:

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data:

Código:

Dados sócio-demográficos

1. Iniciais do nome: _____ 2. Data de nascimento: _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino 4. Estado civil: () Solteiro ()
Casado/companheiro () Separado/divorciado () Viúvo
5. Formação: _____ Tempo de Formação: _____
6. Possui formação complementar: _____. Se sim qual?
7. Carga horária semanal _____. Possui outro emprego? _____. Se sim qual e qual
carga horária semanal _____
8. Tempo de serviço total: _____
- 9 Tempo de serviço na ESF: _____

Roteiro para entrevista semi estruturada

- 1- Como você percebe o seu trabalho na ESF? (Rotinas, ações)
- 2- No seu cotidiano, é qual o perfil dos usuários atendidos por você e sua equipe?
- 3- Quais os principais problemas relacionados à saúde você identifica no seu território de atuação?
- 4- Como você percebe o trabalho por território na ESF e o desenvolvimento de ações de saúde? Quais fatores são dificultadores ou facilitadores?
- 5- Como você vê o desenvolvimento de ações de saúde em ESF?
- 6- O que você pensa quando falamos em meio ambiente?
- 7- E quando falamos em saúde e meio ambiente?
- 8- Como você percebe esta questão no seu trabalho em ESF?
- 9- Que fatores você acredita que influencia positiva ou negativamente no desenvolvimento destas ações?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISADORA: Mda. Enfa. Gisele Loise Dias

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara.

PESQUISA: “REPRESENTAÇÃO SOCIAIS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE”

Pelo presente documento, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, sem constrangimento ou coerção, sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado “**REPRESENTAÇÃO SOCIAIS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE**”. Fui informado(a) que os objetivos são “conhecer as representações sociais sobre saúde e meio ambiente de trabalhadores da ESF”; e “identificar se há relação entre as representações sociais dos trabalhadores da ESF no que tange à relação saúde e meio ambiente e suas ações no cotidiano laboral”.

Estou de acordo com o uso do gravador durante as atividades, de utilização os dados obtidos através das observações, discussões, dos relatos, experiências do cotidiano e dos encaminhamentos que eventualmente poderão ser propostos, discutidos e apresentados em eventos e divulgados. Fui igualmente informado (a) de:

- garantia de recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a cerca de procedimentos, riscos, benefícios entre outros assuntos relacionados à pesquisa;
- liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo;
- garantia de que não serei identificado (a), quando da divulgação dos resultados, e as informações obtidas apenas serão utilizadas para fins científicos;
- as respostas terão caráter sigiloso, e nenhum momento será exposto o meu nome;
- as informações colhidas, por meio de entrevistas, serão utilizadas para atender aos fins da pesquisa e servirão para compor um banco de dados para as pesquisadoras;
- não haverá nenhum risco ou prejuízo direto aos participantes da pesquisa, podendo causar algum desconforto pelas declarações e reflexões decorrentes das respostas da entrevista ou análise documental;

Em caso de dúvida posso entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora, podendo fazer ligação a cobrar no seguinte telefone: (55)91423089 ou pelo e-mail: gidias18@gmail.com.

Também se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: (55) 3220-9362 (Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria).

- o estudo poderá trazer possíveis benefícios aos participantes da pesquisa devido às reflexões sobre os conhecimentos produzidos pelos trabalhadores, por meio do emprego de seus saberes provenientes de referenciais bibliográficos e experiências oriundas da prática, podendo gerar reconhecimento dos participantes sobre a importância de seu trabalho e as vantagens dos saberes individuais na constituição do trabalho em equipe.

- o material das entrevistas e registros oriundos da análise documental ficará de posse da pesquisadora responsável pelo prazo de cinco (05) anos, na sala 1339, localizada no terceiro andar do CCS-UFSM, ficando sob responsabilidade das pesquisadoras, e após serão destruídos na forma de incineração.

Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceito participar da pesquisa proposta e autorizo a gravação de meu depoimento e sua utilização como dado de pesquisa, conforme consta neste documento. Este documento consta de duas páginas e será mantida uma cópia comigo e uma cópia com a pesquisadora responsável. Resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Secretária Municipal de Saúde de Nova Palma e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Maria.

Nova Palma/RS _____, _____ de 2016.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS

Apêndice D - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: REPRESENTAÇÃO SOCIAIS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

PESQUISADORA: Mda. Enfa. Gisele Loise Dias

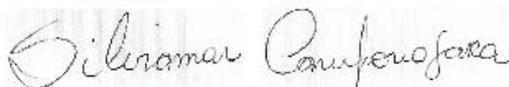
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara
INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – UFSM.

TELEFONE PARA CONTATO: (55) 91423089

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Nova Palma/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos profissionais de saúde que compõem as Equipes de Estratégia Saúde Família, cujos dados serão coletados por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas. As mesmas serão gravadas e, previamente agendadas nos locais de pesquisa, durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2016. Os mesmos concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um arquivo confidencial, no computador pessoal das pesquisadoras responsáveis, na Av. Roraima, no prédio nº 26, na sala nº1339, (local de trabalho da pesquisadora), no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM no Bairro Camobi, armazenados em armário e computador de uso particular.

Santa Maria, 21 de dezembro de 2015.



Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

CI 8043999090

Coren-RS 58899

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA PALMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu Lidiane da Silva Gabbi Fiori abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Nova Palma/RS, autorizo a realização do estudo REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, a ser conduzido pela mestranda Gisele Loise Dias, sob responsabilidade dos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Silviomar Camponogara (orientadora) e Valdecir Zavarese da Costa (Co-orientador).

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Nova Palma, 30 de novembro de 2015.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lidiane S. G. Fiori
Secretária de Saúde e
Assistência Social
NOVA PALMA - RS

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM



Contribuição do Pesquisador: 1.286,372

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer as representações sociais sobre saúde e meio ambiente de trabalhadores da EBF;
- Identificar se há relação entre as representações sociais dos trabalhadores da EBF no que tange à relação saúde e meio ambiente e suas ações no cotidiano laboral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram avaliados no projeto, no TCLE e Plataforma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: ok

Registro no GAPE: ok

Autorização Institucional: ok

Cronograma: ok

TCLE: ok

Orçamento: foi adequado.

Termo de confidencialidade: foi adequado.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

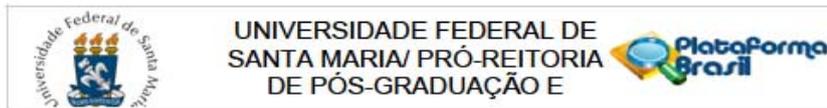
As adequações foram realizadas com sucesso.

Considerações Finais e critério do CEP:

Esta parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQ.ETO_636813.pdf	22/12/2016 08:57:20		Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Retórica - F. andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3224-8382 E-mail: ueq.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPONOGARA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51719215.9.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.380.372

Apresentação do Projeto:

A relação saúde e meio ambiente deve se contemplada nas praticas de trabalhadores das equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF). Diante disto, o presente projeto possui a seguinte questão de pesquisa: quais as representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de ESF? E os seguintes objetivos: conhecer as representações sociais sobre saúde e meio ambiente de trabalhadores das equipes de ESF e identificar

se há relação entre as representações sociais dos trabalhadores da ESF no que tange à relação saúde e meio ambiente e suas ações no cotidiano laboral. Para alcançar os objetivos elencados optou-se pelo método qualitativo baseado no referencial teórico metodológico das representações sociais. A partir disto, foram elencadas duas técnicas de coleta de dados. A primeira consiste na análise documental, e a segunda em entrevistas semiestruturadas. Após a coleta de dados, os dados serão analisados através da análise de conteúdo na modalidade temática, em busca dos núcleos de sentidos e

núcleos centrais das representações sociais. A partir dos resultados obtidos no presente projeto espera-se contribuir para a construção do conhecimento sobre a relação saúde e meio ambiente e ainda, servir de subsídio para trabalhos futuros que busquem influenciar nas ações de trabalhadores de equipes de ESF.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Parecer: 1.268.372

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	22/12/2016 06:56:34	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	22/12/2016 08:55:02	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	04/12/2016 17:28:42	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/12/2016 14:07:58	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	registroap.pdf	01/12/2016 14:06:40	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	01/12/2016 14:06:07	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/12/2016 14:01:58	SILVIAMAR CAMPONOGARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Dezembro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio de Reitoria - 1º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3226-9382 E-mail: ucp.uferj@gmail.com