

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

I¹ Felipe Morais Addum, ² Carlos Gonçalves Serra, ³ Karolyne Sarti Sessa,

⁴ Layara Medeiros Izoton, ⁵ Thaiana Balbino Santos I

Resumo: Este estudo buscou entender como uma equipe de Saúde da Família (EqSF) identifica as problemáticas ambientais presentes em seu território de abrangência, que potencializam os riscos de contaminação por enteroparasitoses, no município de Venda Nova do Imigrante, Estado do Espírito Santo. Analisa ainda as ações de vigilância ambiental e a utilização dos dados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) relacionados ao meio ambiente para o planejamento, visando à redução da prevalência dessas doenças. Optou-se por uma abordagem qualitativa - estudo de caso - com finalidade descritiva, e pela técnica de grupo focal para a coleta de dados. A análise das categorias selecionadas mostrou que o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao conceito de meio ambiente ainda se restringe a uma visão naturalista - que não relaciona o ser humano à dinâmica ecológica da vida de um ecossistema - e que a EqSF não utiliza os dados fornecidos pela ficha A para o planejamento de ações relacionadas às questões ambientais. Quanto à interação com os demais setores governamentais, não-governamentais e a própria população, encontramos inércia no que se refere ao meio ambiente, pois não há diálogo nem empoderamento dessas questões, pela equipe de saúde da família ou pela população.

► **Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; saúde ambiental; enteroparasitoses; vigilância em saúde; planejamento em saúde.

¹ Biólogo; especialista em Gestão e Educação Ambiental e Mestre em Saúde da Família. professor de Parasitologia e Epidemiologia no curso de Enfermagem da Associação Educacional de Vitória. Endereço eletrônico: felipebiologo@gmail.com

² Dentista; doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; professor auxiliar III de Farmácia da Universidade Estácio de Sá. Endereço eletrônico: carlosger@gmail.com

³ Enfermeira. Endereço eletrônico: karol.sessa@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Endereço eletrônico: layizoton@hotmail.com

⁵ Academia de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Espírito Santo. Endereço eletrônico: naninhabs@hotmail.com

Recebido em: 04/08/2010
Aprovado em: 29/05/2011

O arcabouço jurídico brasileiro, em especial a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de setembro de 1990), garante ao cidadão brasileiro o direito ao acesso aos serviços de saúde e o estabelecimento das condições, políticas, sociais e ambientais necessárias para a promoção da qualidade de vida.

De forma especial, a Lei Orgânica destaca o meio ambiente como fator determinante para a saúde, devendo o Sistema Único de Saúde (SUS) colaborar para sua proteção, além de monitorar, prevenir e eliminar os riscos de agravos oriundos de sua degradação ou de seu mau uso. Para o cumprimento de tal missão, seria fundamental a aproximação do SUS com a sociedade local, bem como a implantação de um programa que zelasse pelos grupos familiares, atuando de forma preventiva e promovendo a melhoria da qualidade de vida.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, elegendo a família como foco principal da atenção e abordando-a a partir do ambiente onde vive, transformou-se numa ferramenta de gestão para o enfrentamento das questões relacionadas ao meio ambiente. O território onde residem essas famílias não é apenas um espaço geográfico delimitado, mas o ambiente onde buscam condições mais dignas de vida e são construídas as relações sociais, intra e extrafamiliares.

O incentivo para o desenvolvimento de programas de saúde em um determinado território pode ser atribuído à Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, no Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). De acordo com Akerman (2005), diversos documentos de órgãos internacionais entendem essa forma de trabalho como uma tática operacional para instituir a estratégia de Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, o trabalho em território torna-se preponderante para a eficácia das ações propostas pela ESF e da atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF) com base no modelo de Vigilância em Saúde.

A utilização de ferramentas epidemiológicas e levantamento de dados obtidos pelos agentes de saúde em relação aos fatores sociais e ambientais que possam vir a interferir na saúde humana permitem, então, uma maior proximidade do serviço de saúde da população e o mapeamento de fatores intrínsecos a uma determinada comunidade. Assim, a relação entre saúde e meio ambiente tem estado cada vez

mais em pauta nos momentos de determinação dos fatores de risco do processo saúde-doença e, em especial, quando abordamos as doenças infectoparasitárias, dentre as quais as enteroparasitoses, diretamente relacionadas à precária provisão do saneamento básico e a falta de educação higiênica.

As enteroparasitoses são doenças causadas pela presença de parasitos no trato intestinal humano, sendo responsáveis por sintomas como diarreia, desnutrição, anemia, hepatoesplenomegalia, alterações psicossociais, e, em casos graves, podem levar o indivíduo a óbito (NEVES, 2006).

Diversos estudos epidemiológicos são realizados a fim de estimar a prevalência das enteroparasitoses, especialmente em populações de risco, como as desprovidas de saneamento básico e com baixa renda. A partir desses estudos propõe-se a elaboração de campanhas educativas e profiláticas, com o objetivo de reduzir o número de casos por doenças intestinais parasitárias. Esse tipo de levantamento é de responsabilidade da Vigilância em Saúde e, mais especificamente, realizado pela Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de monitorar os diversos determinantes que possam causar prejuízos à saúde humana. Essas ações, quando desenvolvidas pelas EqSF, dada a proximidade com a população, facilitam a percepção das necessidades da comunidade. Dessa maneira, cabe aos profissionais de Saúde da Família utilizar as ferramentas da vigilância em saúde para diagnosticar e encaminhar os casos mais graves para as unidades de referência, informar aos setores responsáveis a existência das patologias de notificação compulsória e planejar ações de educação e promoção em saúde (COSTA; CARBONE, 2009).

A interferência dos fatores ambientais no processo saúde-doença, atuando, em especial, como fator de risco de contaminação por enteroparasitoses, tem sido cada vez mais enfatizada, uma vez que, mesmo com o desenvolvimento de novas tecnologias na área do saneamento básico, ainda convivemos com a decadência do sistema sanitário e com os vieses encontrados na educação sanitária da população, sobretudo a de baixa renda.

O objetivo deste estudo é saber como são identificados e conduzidos os problemas ambientais do território coberto pela Equipe Saúde da Família do Alto Caxixe, em Venda Nova do Imigrante – ES, relacionados às doenças infectoparasitárias, em especial às enteroparasitoses.

Fundamentação teórica

Saúde ambiental

Ao estudo dos fatores vivos e não-vivos que interferem, direta ou indiretamente, no desenvolvimento da vida, damos o nome de ecologia. Essa ciência se preocupa em entender e relacionar os diversos fatores ambientais que podem influenciar o desenvolvimento de uma comunidade, seja ela animal ou vegetal (ODUM, 1988). Assim, de acordo com Philippi Jr & Malheiros (2005), os processos ecológicos influenciam, cada vez mais, na forma da vida humana, uma vez que a expansão dos grupos sociais pelo mundo e a modificação dos ecossistemas naturais têm possibilitado aos seres humanos a ocupação de novos nichos ecológicos.

Essas modificações ambientais foram fundamentais no desenvolvimento das civilizações, trazendo consigo novas tecnologias e, com elas, a possibilidade de dominação e habitação de ecossistemas, até então não explorados (PHILIPPI JR; MALHEIROS, 2005). No entanto, também é possível perceber a presença dos impactos negativos das modificações feitas no meio ambiente pelo homem, como a urbanização acelerada, a destruição em massa das matas e de fontes naturais de água, o precário desenvolvimento do saneamento básico e a liberação de gases tóxicos na atmosfera (OPAS, 1999).

O relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006, que trata da prevenção das doenças relacionadas ao meio ambiente, destaca que ao menos 24% dos agravos à saúde e 23% das mortes prematuras no planeta ocorrem em razão de fatores de risco ambiental oriundos da modificação do meio ambiente (WHO, 2006). Aponta, ainda, que 36% das mortes de crianças de 0 a 14 anos são causadas por doenças que se agravaram graças à modificação do meio ambiente, e essa mesma faixa etária tem seu risco de morte aumentado em cinco vezes em relação à população global.

Em relação aos agravos trazidos pelos impactos ao meio ambiente, destaca-se também o aparecimento de doenças transmitidas por animais vertebrados silvestres para o homem, como a leishmaniose, a doença de chagas e a malária, além de outras doenças infecciosas, como a dengue e a febre amarela (NEVES, 2006). Observa-se também o aumento de doenças respiratórias, geo-helminthoses e problemas dermatológicos, que acometem, sobretudo, crianças e populações menos favorecidas de assistência financeira e médica (ROCHA, 2008).

Essa relação entre o meio ambiente e a saúde humana vem sendo discutida pelas autoridades internacionais desde o início do século XX, através das Conferências das Nações Unidas (ONU) e outras reuniões que unem as pessoas instituídas de poder para zelar pelas nações. No I Congresso Internacional para Proteção da Natureza, realizado em Paris, em 1923, houve o estreitamento das questões de saúde e do meio ambiente. Em decorrência da visível situação ambiental observada no planeta, como o efeito estufa, retirada de matas e a destruição da camada de ozônio, essa discussão foi retomada cinco décadas depois, ganhando força em 1972, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo (BORJA; MORAES, 2003).

No mesmo ano enfatizava-se, também, a questão da consolidação do conceito de desenvolvimento sustentável, que deixaria como marca o pensamento conservacionista cronológico, ou seja, a necessidade de projetar os danos causados na atualidade até as gerações futuras (PORTO, 1998; SOARES et al., 2002).

Em 1974, o relatório de Lalonde, ministro canadense, destacava a fragilidade das ações da medicina assistencialista frente à presença dos fatores biológicos, ambientais e culturais que interferem no desenvolvimento da saúde humana. Ressaltava, também, a importância da visão ambiental para a avaliação e a criação de um meio ambiente capaz de promover saúde aos seres humanos.

Quatro anos depois, a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 1978, na União Soviética, apresentou um novo pensar sobre a caracterização do processo saúde-doença, enfatizando as dimensões sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas. Essa conferência reforçou, ainda, o conceito ampliado de saúde, publicado pela OMS em 1948, e que determinava a saúde como sendo “o estado de completo bem estar psíquico, físico e social, e não somente a ausência de doença” (PORTO, 1998; SOARES et al, 2002).

Mediante o cenário mundial e a necessidade do estudo da relação entre meio ambiente e saúde, a OMS denominou a área da saúde pública que estudaria os fatores relacionados ao meio ambiente e à saúde humana como “Saúde Ambiental”, apresentando-a, em 1993, na Carta de Sofia, como sendo o estudo de:

[...] todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicossociais no meio ambiente. Também se refere à prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que potencialmente possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras (WHO, 1993).

No Brasil, o desenvolvimento da Saúde Ambiental ocorreu de forma paralela ao contexto mundial. A reforma sanitária ocorrida na década de 80 foi fato preponderante na modificação das práticas de saúde no Brasil. Tais discussões repercutiram na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e culminaram com propostas de inclusão, na Constituição de 1988 (CF 88), de artigos que relacionassem a atenção à saúde com a preservação de um meio ambiente saudável e do conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Franco Netto & Allonzo (2009, p. 17), a institucionalização do SUS foi preponderante para se criarem condições de organizar os serviços de saúde relacionados às questões voltadas ao meio ambiente, de forma que ele se tornasse um “elemento integrante da determinação social da saúde e vinculado à promoção da saúde”.

Em 1994, iniciou-se a elaboração do Plano Nacional de Saúde Ambiental, documento que precederia as discussões realizadas na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável. O evento, realizado em 1995, na cidade de Washington, marcou a adesão do Brasil à Carta Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, que determinou os princípios políticos e estratégicos relacionados ao desenvolvimento sustentável da saúde a serem adotados pelos países americanos (BRASIL, 2007; FRANCO NETTO; ALONZO, 2009).

Dois anos após a adesão à Carta Pan-Americana, o Ministério da Saúde formulou o VigiSUS, que, entre outros objetivos, teria a função de estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dentro das diretrizes do SUS. Em 2000, então, a partir do Decreto n. 3.450/2000, foi implantada a Vigilância em Saúde Ambiental (BRASIL, 2007).

De acordo com Ribeiro (2004), um dos grandes problemas da saúde brasileira é o desenvolvimento de um modelo de crescimento econômico deficiente, que vem proporcionando o aumento do estado de pobreza e a disparidade na distribuição de renda e infraestrutura, trazendo como consequência a desigualdade da qualidade ambiental para segmentos populacionais desfavorecidos.

Tal processo de desenvolvimento econômico traz consigo um segundo problema: a heterogeneidade da distribuição dos recursos naturais. Não bastando as disparidades sociais provocadas pela clara deficiência na distribuição de renda no Brasil, encontramos ainda, oriunda de um mesmo processo político, a desigualdade

ambiental. Enquanto os donos e gerentes das grandes fontes poluidoras usufruem de um ambiente menos agredido, a população mais pobre sofre com os danos causados pelas suas fontes de trabalho (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

O saldo oriundo dessas questões é o aumento e a permanência das doenças infectoparasitárias, além da sobrecarga do setor da saúde com atendimentos de patologias que poderiam ser mitigadas (RIBEIRO, 2004).

Tendo em vista a problemática anteriormente colocada, Dias et al. (2009) apontam o importante papel que deve ter a Atenção Primária à Saúde, uma vez que, objetivamente, esta tem como característica a proximidade com a população e, por consequência, com os fatores ambientais que interferem na saúde das pessoas.

Estratégia Saúde da Família e sua atuação na Saúde Ambiental

A partir da implantação do SUS e do conseqüente desafio de colocar em prática as diretrizes de descentralização, atenção integral, participação da população na gestão do sistema e o princípio da universalidade, bem como de considerar o conceito ampliado de saúde no planejamento das ações de saúde, o governo criou, em 1994, o Programa Saúde da Família - hoje considerado como estratégia - a fim de reorganizar a atenção primária de saúde, reorientar os sistemas municipais de saúde e aproximar o SUS da comunidade e, em especial, dos núcleos familiares (RIBEIRO, 2004).

Nessa perspectiva, a ESF se propõe a trabalhar junto aos núcleos familiares através das Unidades de Saúde da Família (USF), sob a égide da integralidade, hierarquização e adscrição da população num território, facilitando, dessa maneira, o cadastramento dos pacientes e sua assistência por uma equipe multiprofissional (RONCALLI; LIMA, 2006).

O documento do MS, elaborado para subsidiar a construção da política nacional de saúde ambiental, determina que o território deve ser entendido como um ambiente “vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializam a vida humana e a sua relação com o universo” (BRASIL, 2007, p. 13).

Uma vez que a equipe de Saúde da Família interage com a estrutura comunitária, passando a fazer parte desse sistema social, podem-se esperar maior participação e maior protagonismo da população na busca de uma melhor qualidade de vida (VASCONCELOS, 1998). Para isso, torna-se necessário o aprofundamento do

vínculo da equipe com a população adscrita no território sob sua responsabilidade, propiciando, através da troca de informações sobre as condições de saúde, a participação das representações comunitárias no planejamento das ações necessárias para o enfrentamento dos problemas sanitários locais.

Outra questão que chama atenção no processo de territorialização é a cadeia de possibilidades e de organização proporcionada pela relação entre o profissional de saúde e a comunidade. De acordo com Dias et al. (2009, p. 2.065), “o enfoque do território permite a delimitação e a caracterização da população e de seus problemas de saúde, a identificação de situações de risco e a avaliação do impacto das ações”.

Em relação à atuação da ESF, Limongi et al. (2008, p. 37) destacam as:

[...] ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; promoção da educação em saúde e *mobilização comunitária para uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente* (grifo nosso); informação de disponibilidades e necessidades da comunidade e a participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas à superação dos problemas identificados [...]

Uma das principais ferramentas para levantamento de dados da atenção básica de saúde brasileira é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado pelo Ministério da Saúde em 1998 com o objetivo de monitorar as famílias e a avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes (FREITAS; PINTO, 2005). O SIAB é alimentado a partir de fichas de cadastramento e acompanhamento, sendo que a Ficha A, quando corretamente preenchida, pode fornecer dados suficientes para que as equipes de Saúde da Família (EqSF) conheçam sua população e o ambiente em que ela vive (BRASIL, 1998).

Tais informações, como condições de saneamento básico e moradia, são de grande relevância na atuação dos profissionais, principalmente no que se refere à prevenção de doenças infectoparasitárias que têm a insalubridade das determinantes ambientais urbanas como principal fator de risco no aumento de agravos oriundos da presença de bactérias e parasitas (SOARES et al. 2002).

Materiais e métodos

Desenho do estudo/procedimentos

Este estudo é de natureza qualitativa - estudo de caso - tendo uma base teórica e empírica, com finalidade descritiva. Utilizaram-se para a coleta de

dados a técnica do grupo focal e a aplicação de um roteiro semiestruturado de entrevistas com questões elaboradas visando à obtenção de dados sobre os principais temas a serem desenvolvidos. Para a análise das falas, registradas através de gravadores e de anotações feitas pelos relatores no momento do encontro, e das questões abertas do roteiro de entrevistas, optou-se pela Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (BARDIN, 2004).

Para a análise preconizada por Bardin, partimos dos conteúdos explicitados (manifestos) tanto nas falas e manifestações estimuladas sobre o tema, objeto da pesquisa, dos participantes do grupo focal, quanto dos dados obtidos pela aplicação do roteiro de entrevistas, previamente testado.

A importância dessa análise está no fato de que seus resultados devem refletir os objetivos da pesquisa, assim como permitir inferências sobre o texto, conferindo ao método relevância teórica, com base na comparação com outros dados, representados por alguma forma de teoria (CAMPOS, 2004).

Na análise de conteúdo, foram adotados os seguintes procedimentos:

- Pré-exploração do material: efetuamos várias leituras (flutuantes) de todo o material, com a finalidade de apreender e organizar, ainda que de forma não estruturada, aspectos importantes para as fases posteriores. Esse momento do método é importante no sentido de permitir uma assimilação melhor do material e de algumas reflexões que fornecem pontos para uma possível sistematização dos dados;
- Seleção de unidades de análise: optamos pelas unidades temáticas, que têm relação com as questões da pesquisa. Dessa maneira, as unidades temáticas guardam relação de interdependência com os objetivos do estudo, o referencial teórico e as próprias convicções intuitivas do pesquisador sobre o tema. Mais ainda, a escolha das unidades de análise temática também facilita sua categorização.
- Categorização e subcategorização: trabalhou-se, por opção, em função dos interesses da pesquisa e da própria vivência do pesquisador, com pré-categorias (categorias apriorísticas). Assim, as categorias criadas foram relacionadas com os principais eixos temáticos do estudo: meio ambiente; registro e planejamento; Conselho Municipal de Saúde e o enfrentamento das questões relacionadas ao meio ambiente. Na categoria “registro e planejamento”, das falas e registros obtidos sobre o tema, foi extraída a subcategoria “utilização do SIAB”.

A equipe estudada é composta de um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de dentista e seis agentes comunitários de saúde. Não houve critérios de exclusão, uma vez que foram contemplados todos os profissionais, independentemente da formação, função e tempo de serviço na ESF.

Aspectos éticos

Este trabalho é resultado de uma dissertação de mestrado e foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estácio de Sá, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS. A fim de preservar a identidade dos participantes, todas as falas descritas em seu resultado permaneceram anônimas.

Cenário

O estudo foi realizado na zona rural da sub-bacia do Caxixe Frio, no distrito de Alto Caxixe, município de Venda Nova do Imigrante, localizado na região serrana do Estado do Espírito Santo. A região tem como principais características: a agricultura como fonte de renda, em especial a plantação de tomate e café arábica, e o fato de cerca de 9% da população contarem com recolhimento e tratamento do esgoto e abastecimento de água tratada. Segundo dados fornecidos pela Vigilância em Saúde de Venda Nova do Imigrante, em 2006, 108 pacientes dos 3.000 moradores pesquisados encontravam-se contaminados por algum enteroparasita.

Resultados e discussão

De acordo com a técnica de Bardin, adotada pelo estudo, foram analisados os conteúdos dos registros transcritos das falas dos componentes do grupo focal, bem como os registros das questões abertas do roteiro de entrevistas; a seguir, foram selecionadas categorias e subcategorias de análise, conforme categorização descrita no item “Desenho do estudo/procedimentos.”

Categoria: meio ambiente

De acordo com a fala abaixo, pode-se perceber que as questões relacionadas ao meio ambiente e sua relação com inúmeros agravos à saúde ainda não são consideradas prioritárias entre os profissionais de saúde, o que pode restringir a percepção da existência de fatores extrínsecos aos entes biológicos e químicos (animais, plantas, agrotóxico, etc.) e eximir os demais determinantes, inseridos

no contexto da população, da responsabilidade de agravos que estão diretamente relacionados ao meio ambiente (CAMARA; TAMBELLINI, 2003).

Os profissionais de saúde, formados para desenvolverem práticas meramente curativas e intensivistas e que ainda não aderiram à *praxis* do conceito ampliado de saúde, continuam, de um modo geral, a ver o meio ambiente como fator externo ao sujeito, o que, segundo Augusto (2009), reforça a visão fatalista dos problemas oriundos das questões socioambientais.

Nós temos problemas ambientais, porém não são o nosso maior problema, não em termos de saúde pública, temos sim, muitos hipertensos, muitos diabéticos, as gestantes que temos que atender, as crianças menores de 12 anos, que são muito importantes para nós, são prioritárias [...].

No que tange às patologias relacionadas ao ambiente, a OMS listou 24 agravos que podem emergir por influência da degradação ambiental, a saber: diarreia, problemas respiratórios, acidentes ocupacionais, malária, acidente de trânsito, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, infecções perinatais, doenças cardíacas, câncer de pulmão, violência, envenenamento, entre outras (WHO, 2006). Nesse sentido, faz-se necessário que as equipes reconheçam, em campo, os determinantes socioambientais em que sua população está inserida, levantando as questões nocivas tanto para a saúde humana quanto para o meio ambiente (AUGUSTO, 2009).

Os agravos à saúde mais relacionados ao meio ambiente, principalmente à qualidade da água, são as parasitoses e verminoses. Esse fato demonstra que as enteroparasitoses fazem parte do cotidiano dos atendimentos clínicos prestados pelo médico e enfermeiro, bem como o entendimento quanto aos fatores ambientais que influenciam na disseminação das doenças.

Há inicialmente três tipos de doenças transmitidas pela água: pela água contaminada antes de chegar até as nossas residências, pela água contaminada pelo mau uso do recurso mineral, e aquelas ligadas ao não uso da água. Entre as patologias mais frequentes em águas contaminadas por excretas humanos estão as enteroparasitoses (MARA; FEACHEM, 1999).

Outra forma de contaminação por enteroparasitas é a penetração ativa de larvas através da epiderme, como, por exemplo, os ancilostomídeos e o *Strongyloides sp.* Na região do Alto Caxixe, os ancilostomídeos são parasitas de alta prevalência, fato que é extremamente preocupante, pois se percebe em algumas falas que os moradores, em geral, não utilizam luvas e calçados ao manusear esterco, o que pode expô-los ao risco de contaminação por esses geohelmintos. A fala a

seguir evidencia esse dado: “Eles fazem montes de estrumes e deixam lá, quando precisam usar, vão [de mãos e pés descalços] e pegam para colocar na terra”.

Em relação a essa questão, evidenciou-se que a população necessita ser informada da necessidade do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) nesse tipo de prática, para impedir a possibilidade de contaminação. Ratificando esse resultado, pode-se citar Rey (2001) e Neves (2005), que destacam a alta prevalência de ancilostomídeos em comunidades onde crianças e trabalhadores rurais mantêm contato com fezes de animais, ruminantes e domésticos.

Além das enteroparasitoses, o estudo identificou outros problemas no território estudado, como a falta da água, sua má utilização e o mau uso de agrotóxico. A questão relacionada à água fica explícita na seguinte fala:

Desde quando eu cheguei aqui há 3 anos e meio atrás não mudou muito, eu perguntava, você tem filtro em casa? ‘Ah eu não tenho, não’. Mas você vai dentro da casa e o filtro esta lá com uma planta dentro. Então é muito assim, a minha água é da minha nascente.

É interessante lembrar que a população atendida pela USF do Alto Caxixe é desprovida de uma estação de tratamento de água, sendo esta oriunda de poços artesianos ou diretamente do córrego.

De acordo com Mendes et al. (2000), a oferta do serviço de saneamento básico no Brasil, em especial o de abastecimento de água, é muito desigual, evidenciando um maior processo de adoecimento por doenças de vinculação hídrica nas comunidades mais pobres. Para esse monitoramento e de outras doenças, o autor destaca a importância do setor saúde de aprimorar os sistemas de informação e as estratégias de intervenção. Nesse contexto, o trabalho de vigilância realizado pela equipe de saúde da família torna-se preponderante para identificar os focos de doenças e os possíveis casos relacionados.

Quanto ao uso indiscriminado de agrotóxico, seu efeito está relacionado diretamente à qualidade da água, uma vez que sua decantação pelo solo a água que abastece a população. Esse problema é confirmado pela EqSF: “Agrotóxico, o índice é altíssimo aqui, então se tem uma preocupação muito grande não só da intoxicação das pessoas mais do solo [...]”

Segundo Peres (2009), alguns estudos têm mostrado problemas de saúde relacionados pelo contato humano com o agrotóxico. No entanto, o autor afirma ser ainda muito cedo para determinar os verdadeiros impactos desse produto químico na saúde humana. Pires et al. (2005) destacam em seu estudo que,

em regiões agrícolas, principalmente em plantações dependentes do uso de agrotóxico para ser comercialmente viável, o índice de mortalidade por ingestão de agrotóxico e suicídios posteriores a casos crônicos de depressão são muito maiores que em populações não expostas a esses fatores.

Para evitar esses problemas, é necessário utilizar EPI. Contudo, a equipe relatou que, mesmo tendo a informação, os agricultores não tomam os devidos cuidados, como se lê abaixo:

Alguns dizem que é porque não tem o EPI, mas não é verdade. Tudo bem que em algumas plantações os donos não compram mesmo, mas, quando tem, eles não querem usar, dizem que sentem calor.

Esse relato reforça a necessidade de as equipes Saúde da Família intensificarem e diversificarem os mecanismos de informação para a população sobre os danos causados à saúde pelo uso do agrotóxico, assim como ampliar a fiscalização por parte da vigilância sanitária em relação à proteção dos trabalhadores na agricultura.

Categoria: registro e planejamento

A Estratégia Saúde da Família, assim como toda a atenção básica, conta com mecanismos de registros que têm como principal objetivo auxiliar o planejamento da equipe na elaboração das ações para o enfrentamento dos problemas encontrados. Tal fonte de registro encontra-se nas fichas do SIAB.

Subcategoria: Utilização do SIAB

Durante o encontro com o grupo focal, em diversos momentos observou-se que a percepção sobre a ficha A era comum entre os profissionais. A fala abaixo representa, de um modo geral, essa visão:

[...] a ficha A funciona apenas como cadastro [...] na prática ela é preenchida e arquivada.

Qualquer alteração ela é feita, mas não há consulta [na ficha A] sempre para isso.

Para a equipe, mais importante do que o preenchimento do papel é a proximidade que eles têm com a população. Segundo os agentes comunitários, eles já sabem quem é cada usuário e, caso haja alguma alteração, podem anotar na agenda.

De acordo com Freitas & Pinto (2005), falta maior conhecimento dos profissionais em relação às condições que o sistema proporciona para a realização do planejamento, além de ser necessário que os profissionais entendam melhor as fichas. Em relação a

isso, Silva & Laprega (2005) destacam a grande dificuldade que os ACS encontram para entender o preenchimento e avaliar os dados coletados no SIAB.

De fato, encontramos uma deficiência na Ficha A do SIAB, no que se refere às características ambientais: ela limita o meio ambiente, a coleta de esgoto, coleta de água, recolhimento de lixo, tipo de casa e energia, suprimindo assim o espaço de anotações e de requisitos ambientais. No entanto, tais limitações não devem servir para a estagnação do entendimento do profissional de saúde. Segundo Freitas & Pinto (2005, p. 554), fica evidente que “[...] parte dessas limitações pode ser atribuída à presença incipiente da educação permanente [...]”, gerando, assim, dificuldades no reconhecimento dos fatores ambientais de risco para a saúde humana.

Em relação à discussão das questões ambientais e orientações à população, a resposta mais uma vez foi negativa:

Quando vemos alguma alteração na casa da pessoa nós já a orientamos na hora e quando o caso é muito grave trazemos para eles [apontou para o médico e enfermeiro].

Não causa estranheza que muitas vezes não sejam percebidas as modificações dos fatores ambientais, pois, em uma comunidade, essas questões podem se referir a desde um pequeno vazamento até a presença de um animal doente. Acredita-se que tais questões podem ser mais bem valorizadas quando registradas e compartilhadas em equipe, mas, uma vez que as problemáticas não são colocadas na reunião de planejamento, acaba-se por ocultá-las.

Diante desse fato, ficou patente a necessidade de ser enfatizada, no curso introdutório do PSF, a importância do preenchimento do SIAB para o planejamento local, assim como, posteriormente, a análise e discussão dos relatórios emitidos pelo sistema pela coordenação e pela equipe de Saúde da Família.

No que se refere às ações intersetoriais, vislumbramos que a atuação da EqSF em um território permite a seus profissionais maior acesso aos problemas enfrentados pela população. Porém, nem sempre determinadas questões podem ser resolvidas pela equipe, por estarem fora de sua competência, como alguns já citados neste estudo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde coloca como uma das atribuições da ESF “promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 14) justamente no intuito de potencializar a capacidade de resolução de problemas pela Estratégia.

De acordo com a EqSF do Alto Caxixe, a relação entre a equipe e os demais setores é unilateral:

Eles não sentam para discutir o assunto [...] não sabem [os profissionais da vigilância em Saúde] trabalhar com a equipe de PSF, não sabem compartilhar, vem tudo de cima para baixo, não existe relacionamento e nem contrapartida.

Franco Netto & Alonzo (2009), ao discutirem as diretrizes do SUS e sua relação intersetorial no nível federal, aludem à necessidade do estreitamento e da reprodução desse conceito também nas esferas estaduais e municipais.

Nessa perspectiva, no que se refere ao trabalho de vigilância, os profissionais de saúde colocaram que se sentem corresponsáveis pela questão do trabalho de vigilância.

Dentre as diretrizes que se referem à ESF, entende-se que a equipe deve operar na execução da

[...] vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis e as relacionadas com o trabalho e ambiente (MARIOT, 2007, p. 59).

Torna-se fundamental, portanto, criar redes de diálogo entre a ESF e demais setores da saúde, a Secretaria de Meio Ambiente, organizações não-governamentais, movimentos sociais e a população local. Todavia, há ainda um grande potencial a ser explorado fora da sociedade organizada. A própria comunidade é uma fonte rica de informações e ideias para a resolução dos problemas enfrentados por ela mesma.

O Ministério da Saúde aponta como atribuição da EqSF “elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença” (BRASIL, 1997, p. 14). Tal relação é de extrema importância para a identificação de fatores que possam interferir na saúde da comunidade e, em especial, destacam-se os fatores ambientais enraizados no centro do viver de cada cidadão, na relação que tem com sua casa, com a rua onde mora, com seu local de trabalho e com todos os fatores que podem interferir em seu cotidiano e em sua qualidade de vida.

Augusto (2009, p.107) enfatiza que “não existe nenhum saber ou especialidade autossuficiente para tratar de temas de saúde pública”. Segundo a autora é preciso compreender que a responsabilidade de suprir os problemas de saúde apresentados pela população não deve ser apenas função de um único setor, ou mesmo, apenas dos setores governamentais.

A mesma autora entende que “os requisitos da interdisciplinaridade e da intersetorialidade são, sem dúvida, uma premissa guia do planejador, do gestor

e dos profissionais de saúde (AUGUSTO, 2009, p.107)”. Permeando esse entendimento, faz-se necessário que o profissional da EqSF se entenda como figura preponderante na articulação entre os diversos setores que podem atuar no processo de intersectorialidade no serviço à saúde.

Categoria: Conselho Municipal de Saúde e enfrentamento das questões de saúde relacionadas ao meio ambiente

O Conselho Municipal de Saúde é um dos colegiados que atuam junto à secretaria e demais instâncias na discussão e resolução de problemas no setor da saúde. Na comunidade onde está localizada a USF do Alto Caxixe, não há nenhum representante nesse conselho, situação que, segundo a equipe, é uma condição cômoda para a comunidade, que não se sente na obrigação de se organizar.

Quando questionamos sobre a participação do Conselho Municipal de Saúde na discussão dos problemas ambientais, tivemos duas reações, ambas negativas: os agentes comunitários de saúde mostraram-se distantes da realidade do conselho; já o médico, enfermeiro e a dentista afirmaram o distanciamento do conselho em relação à realidade da unidade de saúde da família. Ou seja, há na equipe um reflexo da falta de diálogo e de busca por participação ativa tanto pelo conselho, como pela comunidade e os profissionais de saúde. Isso se evidencia na seguinte fala: “O Conselho Municipal de Saúde só participa quando os problemas são levados até ele”.

Assim como observado anteriormente, a equipe de saúde da família tem o papel importante de envolver a comunidade nas atividades de planejamento, incentivando-a a buscar conhecimento sobre as problemáticas socioambientais e a participar da elaboração das ações de saúde, tornando-se, assim, protagonista e agente ativo das mudanças sociais, capaz de, por si mesma, tomar atitudes e decisões que melhorem sua qualidade de vida. De acordo com Akerman (2005), é importante que se crie a cultura de uma governança popular local, pois é a partir da participação popular que se estimulam e se fazem movimentar as ações governamentais.

Conforme observações feitas anteriormente, o meio ambiente não é prioridade na agenda de discussão dos profissionais da USF do Alto Caxixe. Dessa forma, também encontramos uma grande lacuna no que se refere ao planejamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida em saúde ambiental.

De acordo com a equipe, algumas dificuldades são encontradas, entre elas a distância de algumas microáreas e a falta de resposta da comunidade: “Nossa população é rural, muito afastada e nós não temos pernas para fazer grandes eventos”. Buscamos, então, saber como eles atuam na questão da promoção e educação em saúde, principalmente em relação às questões ambientais: “Determinamos que, por exemplo, no mês de abril, vamos tratar sobre verminose, aí fazemos revisão com as crianças, vamos à escola.” Mais uma vez, identificamos essa deficiência na elaboração de práticas de promoção na área da saúde ambiental, com a falta de entendimento das questões ambientais e sua interferência na saúde humana e, por consequência, a não realização do planejamento adequado.

Ianni & Quitério (2004), ao estudarem a utilização da promoção em saúde em relação às questões ambientais encontradas por duas EqSF no município de São Paulo, destacaram que onde houve maior articulação entre os profissionais de saúde e demais movimentos sociais e governamentais, o esclarecimento sobre os danos ambientais que podem afetar a saúde humana e a eficiência das ações de promoção em saúde foram maiores do que onde não houve essa articulação entre a equipe e demais setores.

Considerações finais

O termo “meio ambiente” permite uma interpretação individual, de acordo com a visão particular das “coisas” que estão à sua volta, além da identificação dos sujeitos que interferem em sua dinâmica do dia a dia. No entanto, ao se tratar de coletividade, sobretudo no que se refere aos determinantes da saúde pública, precisamos compreender que a questão ambiental extrapola a visão biológica e tem acrescentado ao seu conceito os determinantes sociais e culturais.

Assim sendo, a aplicabilidade desse entendimento de meio ambiente é indispensável aos profissionais da saúde inseridos na ESF, uma vez que, dentre os seus objetivos, encontramos a aproximação das EqSF com a população, que tem a possibilidade de, *in loco*, identificar a relação que a comunidade tem com o meio em que vive.

Percebe-se, entretanto, a limitação dos profissionais da EqSF do Alto Caxixe, onde as questões ambientais relacionadas envolvem apenas situações corriqueiras e inerentes às atividades agrícolas e à falta de saneamento básico. Assim, no que se refere às enteroparasitoses, a equipe pontua a deficiência do abastecimento de

água e a falta de captação de esgoto, mas não consegue relacionar a contaminação por ancilostomídeo com a exposição de pés e mãos durante o trabalho com estrume produzido com fezes animais.

Algumas falas foram claras ao colocar doenças crônicas como hipertensão e diabetes como prioridade no planejamento da equipe. Fica então a dúvida de se, em algum momento, os profissionais de saúde se perguntam se essas doenças emergem de alguma perturbação ambiental.

Essa dificuldade de entendimento do conceito de meio ambiente está distante de ser uma negligência dos próprios profissionais. Compreende-se que a emergência da saúde ambiental na saúde pública brasileira exige, além de um programa de capacitação permanente dos profissionais já inseridos no serviço de saúde, outras iniciativas, como a divulgação, pelos veículos de comunicação de massa, dos seus efeitos sobre a saúde humana, bem como a possibilidade de essa questão ser introduzida em disciplinas do ensino fundamental até o universitário.

O SIAB, em sua ficha A, que tem por objetivo o cadastro das famílias atendidas pela EqSF, abrange as questões ambientais relacionadas ao saneamento, ou seja, coleta de esgoto, tratamento de água, coleta de lixo, energia elétrica e tipo de casa. Também limita, no entanto, os profissionais a marcar apenas um “X” em uma das opções pré-definidas.

Inicialmente, vale destacar que a abordagem desses pontos ambientais pela ficha A já permite uma gama de discussões em relação a diversos agravos à saúde relacionados à precária condição de saneamento básico, dentre eles, as enteroparasitoses. Porém, tal limitação não permite uma avaliação completa da residência, por exemplo: a família pode ter água limpa de poço artesiano em toda parte interna da casa, enquanto a torneira que fica no quintal, onde brincam as crianças e de onde sai a água que irriga a horta, é abastecida com a água do córrego, onde são lançados dejetos humanos e de animais. Essa torneira não tem espaço para ser registrada na ficha A. Fica então a questão: será que as crianças bebem dessa água? Como será que a dona de casa cuida de suas verduras? Será que isso se repete na população? Por fim, será que essas questões são lembradas de serem incluídas nas reuniões de planejamento?

Assim como essa situação, diversos outros episódios podem ser elencados: o fato é que há uma limitação no instrumento disponível à EqSF. Talvez se esses fatores pudessem ser elencados em reunião de equipe, poderíamos acrescentar determinantes ambientais complementares, de acordo com o território trabalhado.

No que tange às questões de planejamento, percebemos uma série de fatos que acabam por desencadear as dificuldades enfrentadas pela EqSF ao realizar ações que visem a reduzir os riscos à saúde relacionados à saúde ambiental. Vejamos os fatos:

1. os fatores ambientais não são prioritários na agenda de discussão da equipe, apenas emergem em casos graves, ou seja, entende-se que o problema já ocorreu ou está em sua iminência;
2. não há consulta à ficha A durante as reuniões de equipe. Alega-se o conhecimento pleno dos fatores ambientais da comunidade;
3. não há o diálogo entre ESF, secretárias municipais e vigilância em saúde. Apenas verificamos que há notificações feitas pela EqSF a esses órgãos, mas a presença de conversa e levantamento de proposta de trabalho é nula;
4. não há participação popular no Conselho Municipal de Saúde nem nas reuniões de planejamento. Há sim uma relação entre agentes comunitários e população, que busca a unidade quando tem algum problema.

Na soma dessas questões, temos como resultado:

1. ausência do ponto saúde ambiental nas agendas de planejamento;
2. deficiência na resposta da população quando é feita alguma “palestra” ou quaisquer atividades relacionadas a assuntos que emergem dos danos ambientais que podem trazer problemas à saúde humana;
3. busca por demanda espontânea da população no que se refere aos problemas ambientais, ou seja, quando o problema é colocado, na realidade, ele já está acontecendo;
4. manutenção de doenças como as enteroparasitoses, leptospirose, dengue, entre outras, que poderiam ser evitadas com um planejamento baseado na correção dos fatores ambientais que favorecem sua transmissão.

Mediante essas informações, nos deparamos com o problema de desarticulação do setor saúde. Entende-se, em função desse fato, que se faz necessário compartilhar com as demais esferas governamentais e não-governamentais as representações da sociedade organizada e a população em geral. Igualmente necessário é compartilhar a construção de um ideário em saúde ambiental, entendendo que cuidar da saúde pública não é só uma questão de direito ou dever, e sim de cidadania.

Por fim, vale lembrar que, em dezembro de 2009, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, na qual foram traçadas novas diretrizes para a saúde ambiental no Brasil. Dessa forma, espera-se que, nos próximos anos, sejam implantadas ações e programas que visem a ampliar a visão da saúde ambiental desde a atenção básica até os setores hospitalares.

Referências

AKERMAN, M. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005. p.151.

AUGUSTO, L.G.S. *Inter-relações entre a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica de Saúde no SUS*. Caderno de texto: 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/livro-1a-cnsa/view>. Acesso em: 12 nov 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORJA, P.C.; MORAES, L.R.S. Indicadores de saúde ambiental com enfoque para a área de saneamento aspectos conceituais e metodológicos. *Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental*; 8 (2): 13-25. 2003

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília:MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CAMARA, V.M.; TAMBELLINI, A.T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em Saúde Ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo; ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set-out, 2004.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. *Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Rubio, 2009.

DIAS, E.C. et al. *As relações produção/consumo, saúde e ambiente na Atenção Primária à Saúde do SUS*. Caderno de texto: 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/livro-1a-cnsa/view>. Acesso em: 12 nov 2009.

FRANCO NETTO, G.; ALONZO, H.G.A. *Notas sobre a Governança da Saúde Ambiental no Brasil*. Caderno de texto: 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/livro-1a-cnsa/view>. Acesso em: 12 nov 2009.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 547-54, jul-ago 2005.

IANNI, A.M.Z.; QUITÉRIO, L.A.D. Programa de Saúde da Família: os casos da Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.1, p.81-91, jan-abr 2004.

LIMONGI, J.E.; MENEZES, E.C; MENEZES, A.C . Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. Hygeia. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 4, p. 35-44, 2008.

MARA, D.D.; FEACHEM, R.G.A. Water: and excreta-related diseases: unitary environmental classification. *Journal of environmental engineering*, April 1999.

MARIOT, C.A. *Programa saúde da família: o discurso educativo das equipes na promoção da saúde ambiental*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

MENDES, A.C.G. et.al. Sistema de Informações Hospitalares. Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento das Doenças de Veiculação Hídrica. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 2, p. 111-124, 2000.

NEVES, D.P. *Parasitologia Dinâmica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

_____. *Parasitologia humana*. 11ª edição. São Paulo: Atheneu, 2005.

ODUM, E.P. *Ecologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1988.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção Primária Ambiental. Brasília.1999. Disponível em: <[HTTP://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=21](http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=21)> Acesso em: 21 out 2008.

- PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 1995-2004, 2009.
- PHILIPPI JR., A.; MALHEIROS, T.F. Saneamento e Saúde Pública: Integrando Homem e Ambiente. In: PHILIPPI JR., A. *Coleção Ambiental: Saneamento, Saúde e Ambiente*. Rio de Janeiro: Manole, 2005.
- PIRES, D.X.; CALDAS, E.D.M.; RECENA, M.C.P. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 598-605, mar-abr 2005.
- PORTO, M.F.S. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 33-46, 1998.
- REY, L. *Parasitologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.
- RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 658-64, jul-ago 2004.
- RIGOTTO, M.R.; AUGUSTO, L.G.S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup 4, p. S475-S501, 2007.
- ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G. *Saúde Pública*. 1 Ed. São Paulo. Atheneu, 2008.
- RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.
- SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.*, v. 21, n. 6, p. 1.821-8, 2005.
- SOARES, S.R.A.; BERNARDES, R.S.; CORDEIRO NETTO, O.M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.713-1.724, nov-dez, 2002.
- VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 39-57, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of Environmental Health developed at WHO consultation in Sofia, Bulgaria*. 1993. Disponível em: <<http://health.gov/environment/DefinitionofEnvHealth/ehdef2.htm>> Acesso em: 14 nov 2008.
- _____. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. 2006. Disponível em: http://www.who.int/quantifying_chimpacts/publications/preventingdisease/en/. Acesso em: 10 fev 2010.

Abstract

Local planning, environmental health and family health strategy: an analysis of the use of management tools to reduce the risk of enteroparasitosis contamination in the city of Venda Nova do Imigrante

This study sought to understand how a Family Health team (FHT) identifies the environmental issues present in their geographic jurisdiction, which potentiate the risk of contamination with intestinal parasites in the city of Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo state, Brazil. It also examines the actions of environmental monitoring and the use of data from the A form of the Primary Care Information System (SIAB) related to environmental planning, aiming at reducing the prevalence of such diseases. We chose a qualitative approach – case study – with descriptive purpose, and the focus group technique for data collection. Analysis of selected categories showed that the understanding of health professionals about the concept of environment is still confined to a naturalistic view – which does not relate the human being to the ecological dynamics of the life of an ecosystem – and that the FHT does not use data provided by the A form to plan actions related to environmental issues. As for the interaction with other government sectors, non-governmental organizations and the population itself, we found inertia concerning environment, since there is no dialogue or empowerment of these issues on the part of the FHT or the population.

► **Key words:** Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy), environmental health, enteroparasitosis, health vigilance.