

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DA REGIÃO AMAZÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Health promotion on amazonic riverside population: Experience report

Elen Caroline Franco⁽¹⁾, Cristina do Espírito Santo⁽¹⁾, Aline Megumi Arakawa⁽²⁾,
Angela Xavier⁽¹⁾, Mônica de Lima França⁽¹⁾, Ariádnés Nóbrega de Oliveira⁽¹⁾,
Maria Aparecida Miranda de Paula Machado⁽¹⁾, Roosevelt da Silva Bastos⁽¹⁾,
José Roberto de Magalhães Bastos⁽¹⁾, Magali de Lourdes Caldana⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: relatar as ações de promoção de saúde realizadas em comunidades ribeirinhas pelas equipes expedicionárias do projeto “FOB-USP em Rondônia”. **Métodos:** trata-se de um trabalho transversal observacional, que consiste em um relato de experiência de expedições interdisciplinares às comunidades de Tabajara-RO, Calama-RO, Demarcação-RO e Rio Preto-RO. A coleta de dados ocorreu por meio dos prontuários, anotação em diários de campo e observação participante. O enfoque adotado para guiar o desenvolvimento do presente trabalho está no trabalho da equipe, nos momentos de atendimento clínico e comunitário. **Resultados:** foram atendidos 1042 ribeirinhos abrangendo ações assistenciais e educativas. As comunidades exibiram como principal fonte de renda a pesca e a agricultura de subsistência. O esgoto é coletado por fossas sépticas ou a céu aberto. A água provém dos rios ou poços artesianos. As casas em todas as comunidades, em sua maioria, são de madeira. Quanto aos procedimentos clínicos, foram realizados 974 fonoaudiológicos, sendo as principais queixas na área de audiologia, e 854 odontológicos com maior realização de exodontias e restaurações. Ações educativas foram realizadas em todas as comunidades. **Conclusão:** foram realizados 1828 procedimentos, dos quais 1100 foram clínicos e 728 educativos. As condições de acesso mostraram-se precárias e as alterações de saúde referentes às áreas fonoaudiológica e odontológica apresentaram-se como queixas e alterações auditivas e cárie dentária (principalmente) e doença periodontal. Verificou-se a necessidade de aprimorar o acesso das populações ribeirinhas a serviços essenciais, mantendo-se atendimentos regulares e contínuos, para a realização de atividades de educação e promoção de saúde com efetividade.

DESCRIPTORIOS: Fonoaudiologia; Odontologia; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Prevenção de Doenças

■ INTRODUÇÃO

O termo Promoção de Saúde (PS) tem sido contemplado, em diversos contextos ao longo dos anos, ao discutir questões referentes ao setor saúde

a fim de se obter uma melhor qualidade de vida. A definição de PS tem um sentido mais amplo que a de prevenção, dado que as medidas adotadas não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas auxiliam na melhoria da saúde e do bem-estar, enfatizando a transformação das condições de vida e trabalho de uma população¹. Portanto, a PS tem como sustentação os fatores relacionados aos aspectos que permeiam a qualidade de vida como: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de

⁽¹⁾ Faculdade de Odontologia de Bauru / Universidade de São Paulo – FOB/USP, Bauru – São Paulo, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis – Santa Catarina, Brasil.

Fontes de auxílio: Universidade de São Paulo.

Conflito de interesses: inexistente

trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Dessa forma, as ações se voltam à coletividade tendo o *empowerment* da população como um de seus pilares², permitindo a sadia expansão da personalidade tanto do sujeito individualmente, quanto de sua condição de organizar-se politicamente e participar de mudanças sociais em meio à sociedade³.

Neste contexto, dada à extensão territorial do Brasil, pode-se encontrar populações não apenas residentes em áreas urbanas e rurais, mas às margens de rios, as denominadas comunidades ribeirinhas. O termo ribeirinho designa qualquer população que vive às margens dos rios. Os ribeirinhos estão isolados não apenas da cultura geral, como do acesso à mídia escrita, televisiva e radiofônica e, também, de outros moradores da comunidade, já que a distância entre as residências pode ser superior a 2000 metros. Em termos interacionais, o rio atua como constritor, fonte de contato, barreira e ponte ambiental, criando e restringindo as possibilidades de interação, principalmente entre as crianças^{4,5}.

Atualmente, a atenção à saúde dessa população é dada mediante a Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo na região amazônica⁶.

O “FOB-USP em Rondônia” é um projeto de extensão universitária que busca desenvolver ações de prevenção, educação e reabilitação nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia. Três vezes ao ano, uma equipe composta por graduandos, pós-graduandos, funcionários e docentes de uma universidade pública do estado de São Paulo, se deslocam para a região sustentando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em paralelo à política citada, no entanto, não está diretamente ligada à mesma. Até a ocorrência das expedições, apresentadas neste trabalho, as orientações da atenção nacional em saúde para essas famílias eram assumidas de acordo com as diretrizes operacionais gerais do SUS (especificamente pela regionalização), ou seja, estando sujeitas às ações propostas e desenvolvidas pelos profissionais da Secretaria de Saúde do município de Porto Velho.

As comunidades ribeirinhas que se serviram das ações do projeto de extensão “FOB-USP

em Rondônia”, estão localizadas próximas ao município de Porto Velho, na região norte do estado de Rondônia, às margens do Rio Machado e Rio Preto, ambos afluentes do Rio Madeira (região do Baixo Rio Madeira).

Este projeto tem atuado, desde o ano de 2002, de forma eficaz no município de Monte Negro e comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, suportado pelo tripé ensino, pesquisa e extensão⁷.

As atividades de extensão universitária têm ocorrido ao longo do período acima identificado e permitido sintetizar o processo educativo, cultural e científico, ao se articular ao ensino e à pesquisa, deste modo possibilitando um diálogo entre alunos, docentes e comunidades. Em decorrência da interação entre tais atores, novos conhecimentos são produzidos, evidencia-se a construção entre os saberes científico e popular, podendo-se afirmar que a extensão universitária possui características potencializadoras de mudanças tanto para as comunidades envolvidas, quanto pessoais e profissionais dos alunos e docentes que a praticam⁸.

Haja vista a escassez de estudos direcionados às condições de saúde geral das comunidades ribeirinhas e a importância destes para o direcionamento e o estabelecimento de políticas públicas voltadas a essa população específica, o presente estudo objetiva relatar as ações de promoção de saúde realizadas nessas comunidades pelas equipes expedicionárias do projeto supracitado.

■ MÉTODOS

Este estudo trata-se de um trabalho transversal observacional, que consiste em um relato de experiência das expedições à comunidade ribeirinha de Tabajara (em julho/2009) e às comunidades de Calama, Demarcação e Rio Preto (em julho/2010), do Estado de Rondônia.

O projeto de ensino, extensão e pesquisa, que viabilizou o presente estudo, foi submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), sendo aprovado sob o parecer 488.199 e número CAE 22168513.0.0000.5417.

As expedições fizeram parte das atividades de extensão universitária, que são realizadas durante as disciplinas de “Saúde Coletiva: Ações da instituição de origem em Rondônia II” e “Pesquisa e Extensão: Prática em Rondônia II” oferecidas para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia. As atividades descritas foram desenvolvidas por 12 expedicionários, sendo oito participantes dos trabalhos de Julho/2009 (dois graduandos em Fonoaudiologia, quatro graduandos em

Odontologia, um pós-graduando em Odontologia e um docente de Fonoaudiologia) e quatro da expedição de Julho/2010 (dois pós-graduandos em Fonoaudiologia e dois pós-graduandos em Odontologia).

Participaram deste trabalho os moradores das comunidades ribeirinhas visitadas, que procuraram atendimento com a equipe expedicionária. Foram realizadas atividades assistenciais (atendimento clínico nas áreas de linguagem, audição, cirurgia, dentística e odontologia preventiva) e educativas (por meio de rodas de conversas e escovação supervisionada) nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia, assim como educação em saúde geral (por meio de rodas de conversas).

Mesmo que este estudo não faça uma análise, propriamente dita, das condições de vida da população, suas necessidades e demandas de saúde, algumas características foram levantadas por meio da técnica de observação participante⁹. Esta técnica é possível devido ao fato de ocorrer contato direto do expedicionário/investigador com a população pesquisada, ela permite a aquisição de informações sobre a realidade dos indivíduos em seu contexto social. A relevância da técnica é dada diante a captação de uma gama de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, são observados diretamente na própria realidade. Duas questões centrais são relevantes na adoção do referido procedimento metodológico; uma delas é a capacidade de empatia do expedicionário/investigador e a outra, a aceitação do grupo pesquisado. A opção da técnica deu-se frente ao fato de o expedicionário/investigador ser um novo elemento no território, buscando assim a interação com a comunidade e a discussão horizontal do conhecimento, aproveitando o conhecimento já existente pela população local.

Os dados das ações assistenciais foram retirados dos prontuários dos pacientes que passaram por atendimento com a equipe expedicionária, foram levantadas informações quanto à área de atendimento, dados de anamnese e procedimentos a que foi submetido.

As ações visaram abranger o maior número de pessoas possível. Teve-se por base a anotação de dados em diários de campo. O enfoque adotado para guiar o desenvolvimento do presente trabalho está no trabalho da equipe, nos momentos de atendimento clínico e comunitário, tanto nas Unidades de Saúde quanto no domicílio, onde foi possível observar como a equipe foi recebida, as práticas de cuidado utilizadas, bem como a possibilidade de desenvolvimento das atividades de promoção de saúde.

Foi realizada análise descritiva dos dados (procedimentos e ações educativas), os quais foram agrupados e apresentados de acordo com cada comunidade (breve caracterização das condições de vida e necessidades e atividades educativas e assistenciais realizadas).

■ RESULTADOS

Caracterização das comunidades

As comunidades ribeirinhas de Tabajara, Calama, Rio Preto e Demarcação localizam-se no interior do Estado de Rondônia. Tais comunidades exibem como principal fonte de renda a pesca e a agricultura de subsistência. A coleta de esgoto é feita por meio de fossas sépticas ou a céu aberto. A água é proveniente dos rios ou em alguns casos de poços artesianos e é consumida sem tratamento. As casas são construídas em madeira ou mistas; poucas são construídas em alvenaria. Por não serem considerados municípios, os dados populacionais destas localidades não foram encontrados em fontes oficiais, sendo obtidos por meio dos administradores locais.

Distrito de Tabajara

A comunidade de Tabajara localiza-se às margens do Rio Machado, distando cerca de 400 km da capital Porto Velho e contava com cerca de 400 habitantes. Existia um único telefone público e a eletricidade havia chegado recentemente, entretanto, era onerosa para a população.

No local existiam poucos estabelecimentos comerciais e alguns funcionários públicos municipais (enfermeiro, professores e funcionários da escola). Existia uma escola municipal de ensino fundamental com cerca de 50 alunos e 2 professores; uma unidade de saúde com atendimento semanal de enfermagem, porém com infraestrutura precária. Tomou-se conhecimento de que quando há necessidade de assistência à saúde, aqueles que têm condições financeiras deslocam-se para outras localidades e os que não têm usam ervas e plantas medicinais.

Distrito de Calama

Calama é um distrito de Porto Velho, localizado às margens do Rio Madeira, com aproximadamente 3.400 habitantes, incluindo as comunidades de Demarcação, Rio Preto, Papagaio, Maici, Ressaca, Ilha Nova e Ilha de Assunção. O acesso é feito de barco, com duração média de 12 horas de viagem (dista da capital Porto Velho cerca de 300 km).

O distrito contava com três geradores de energia movidos a diesel que abasteciam quase todas as residências. A comunidade tinha duas unidades

básicas de saúde com enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a presença de médicos e dentistas ocorria somente quando estes se deslocavam de Porto Velho à comunidade (profissionais da Estratégia Saúde da Família) ou por meio de projetos de extensão universitária ou Organizações não governamentais (ONG). A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Ribeirinha originária de Porto Velho deveria se deslocar ao distrito quinzenalmente, no entanto, de acordo com relatos dos ribeirinhos, na prática isso não ocorria, e a população ficava longos períodos sem assistência médica e odontológica. Existiam duas escolas estaduais, contudo não contavam com ensino médio, deste modo, os jovens que queiram continuar os estudos têm que se mudar para Porto Velho. A base da economia, além da pesca e agricultura de subsistência – comum as outras comunidades, era o extrativismo de açai, funcionalismo público e comércio local.

Comunidade de Rio Preto

Rio Preto dista três horas de Calama e apresentava cerca de 25 famílias. Estas viviam em glebas (lotes de terra) muito distantes uma das outras. Ainda na comunidade não havia nenhum tipo de serviço essencial como de saúde ou formas de aquisição de produtos industrializados, sendo a alimentação baseada na pesca, criação de animais e na agricultura, principalmente da mandioca.

A comunidade possuía uma escola que tinha a única sala de aula com um professor para o ensino da primeira a quarta série, conhecida como

escola multisseriada. As 28 crianças matriculadas percorriam quilômetros para chegarem à escola. Segundo o relato do professor e das crianças, na maioria das vezes não havia merenda, o que comprometia a qualidade da aprendizagem e aumentava a evasão escolar. Observou-se alto índice de analfabetismo, tanto das crianças que frequentavam a escola quanto dos adultos.

Comunidade de Demarcação

Demarcação dista cerca de três horas de Calama (em direção oposta a Rio Preto) e apresentava cerca de 50 famílias. A comunidade possuía energia elétrica de gerador e boa estrutura organizacional, com acesso a alguns produtos industrializados. A base da economia era focada na pesca, agricultura de mandioca e produção de seus derivados.

Havia uma escola de ensino fundamental, bem estruturada e uma unidade de saúde, contudo não estava funcionando (não havia profissionais para atendimento à população). Existia um curandeiro–benzedeiro, com conhecimento sobre ervas medicinais (utilizadas pela população para tratamento de doenças), porém não houve a possibilidade de encontrá-lo, pois estava realizando atendimentos fora da comunidade.

Atividades Assistenciais

Foram realizadas atividades assistenciais de saúde nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia que totalizaram 1.100 procedimentos. Os procedimentos realizados estão apresentados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Procedimentos fonoaudiológicos realizados nas comunidades ribeirinhas, 2009 e 2010

	Tabajara	Calama	Rio Preto	Demarcação	TOTAL
Entrevistas	17	33	25	29	104
Meatoscopia	34	44	26	30	134
Triagem auditiva	34	44	26	30	134
Triagem da Linguagem Oral	1	12	3	27	43
Triagem da Linguagem Escrita	0	3	16	0	19
Oficina de Leitura	15	0	0	0	15
Encaminhamentos	1	2	0	0	3
Orientações	19	33	29	25	106
TOTAL	121	171	125	141	558

Tabela 2 – Procedimentos odontológicos realizados nas comunidades ribeirinhas, 2009 e 2010

	Tabajara	Calama	Rio Preto	Demarcação	TOTAL
Exame clínico	73	39	69	29	210
Exodontia dente permanente	17	40	4	12	73
Exodontia dente decíduo	15	7	2	7	31
Restauração de resina foto	0	6	0	0	6
Restauração atraumática	68	15	13	21	117
Aplicação de verniz com flúor	41	12	7	8	68
Aplicação de selante	16	9	3	9	37
TOTAL	230	128	98	86	542

Na comunidade de Tabajara foi possível a realização de oficinas de leitura abrangendo todas as crianças interessadas, a fim de proporcionar atividades educativas de forma recreativa e prazerosa, estimulando o processo da leitura e escrita. Nas demais comunidades, pelo fator de haver menos expedicionários, não foi possível o desenvolvimento destas ações, no entanto, foram desenvolvidas atividades de orientações individuais e/ou coletivas sobre os aspectos encontrados nas avaliações de linguagem realizadas.

As principais queixas de competência fonoaudiológica encontradas nessas comunidades foram relacionadas à audição. Diante dos relatos e configurações audiométricas, pode-se observar que as queixas auditivas estavam, em sua grande parte, relacionadas à exposição ao ruído (motoserra e motor do barco). Além disso, notou-se um alto índice de casos de malária, em que os residentes já não sabiam mais dizer quantas vezes tinham sido infectados, sendo que o tratamento era sempre realizado com quinino. Também se observou que grande parte das crianças e adultos realizava a limpeza do Meato Acústico Externo (MAE) utilizando pena de galinha. O risco desse hábito foi abordado durante as ações de educação em saúde, esclarecendo às comunidades as repercussões negativas que a limpeza do MAE com pena de galinha ou com outros objetos como grampo de cabelo e graveto pode trazer à saúde auditiva e geral.

No que tange as triagens de linguagem oral, observou-se a presença de atraso de linguagem com alterações fonéticas, fonológicas e semânticas. Na linguagem escrita observaram-se dificuldades de aprendizagem. Os pais e/ou responsáveis pelas crianças, bem como os professores receberam orientações a respeito dos resultados obtidos.

Quanto aos procedimentos odontológicos, pode ser verificada a execução de procedimentos restauradores atraumáticos em detrimento de restaurações realizadas utilizando-se o compressor, pois

a energia elétrica disponível não foi suficiente para possibilitar o trabalho com o motor de alta e baixa rotação nas comunidades. Exceção feita no Distrito de Calama onde houve a possibilidade de utilizar o compressor na primeira manhã de trabalho, contudo nos demais dias de atendimento, foram realizados tratamentos restauradores atraumáticos devido ao fato de o compressor ter queimado em decorrência da alta oscilação da rede de energia elétrica. Além disso, na comunidade de Rio Preto, do total de procedimentos realizados, constatou-se a execução de poucos procedimentos cirúrgicos (6,12%) e maior percentual de procedimentos restauradores (13,25%), este fato pode estar relacionado à menor ocorrência de cárie dentária nesta comunidade.

Na comunidade de Tabajara, apesar de haver energia elétrica, esta havia chegado a pouco tempo, deste modo não havia pontos de energia para que pudesse ligar o compressor. Além disso, ao chegar à comunidade houve relatos de que meses antes da chegada da expedição, havia estado no local um dentista prático que permaneceu por meses atendendo a população, realizando procedimentos de exodontia, ou seja, remoção cirúrgica de um elemento dentário, o que pode explicar a execução de maior percentual de procedimentos restauradores (43,31%) e preventivos (36,31%) em relação aos procedimentos cirúrgicos (20,38%).

Em relação à saúde bucal, foram verificadas condições precárias de saúde sendo observadas cáries extensas, perdas dentárias precoces e falta de conhecimento sobre autocuidado e dificuldade de acesso a produtos preventivos, como creme dental e soluções fluoretadas. Contudo, na comunidade de Rio Preto, observou-se que a maior parte das pessoas que receberam atendimento, apresentavam melhores condições de saúde bucal, porém com maior ocorrência de desgaste dentário.

Atividades educativas

As ações de educação em saúde foram realizadas em todas as comunidades visitadas, os temas centraram-se em alimentação saudável, gravidez, desenvolvimento infantil, amamentação, higiene oral, audição, voz, hábitos orais, desenvolvimento da linguagem infantil e escrita, temas estes sugeridos pelos observadores participantes após identificarem as necessidades das comunidades por meio de conversa com a administradora local, enfermeiros e professores. Os assuntos foram tratados por meio das rodas de conversa durante a espera para os atendimentos. Nas escolas, as ações foram desenvolvidas por meio de intervenções em salas de aula, distribuição de escovas de dente e orientação sobre saúde bucal junto aos professores para que os mesmos pudessem orientar seus

alunos quanto a escovação, dando continuidade ao trabalho iniciado pela equipe.

Os assuntos foram tratados por meio das rodas de conversa durante a espera para os atendimentos. Nas escolas, as ações foram desenvolvidas por meio de intervenções no pátio e em salas de aula, houve distribuição de escovas de dente e orientação sobre saúde bucal junto aos alunos e professores, após esse trabalho, os expedicionários trabalharam reservadamente com os professores para que os mesmos pudessem orientar seus alunos quanto a escovação, dando continuidade ao trabalho iniciado pela equipe.

Na Tabela 3 encontram-se dispostos os números de pessoas atendidas durante as atividades educativas realizadas nas comunidades visitadas.

Tabela 3 – População atendida nas atividades educativas realizadas nas comunidades ribeirinhas, 2009 e 2010

	Tabajara	Calama	Rio Preto	Demarcação	Total
Educação em saúde fonoaudiológica	64	109	91	152	416
Educação em saúde odontológica	42	50	20	100	212
Escovação supervisionada	47	0	0	53	100
TOTAL	153	159	111	305	728

■ DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza a atuação de equipes da ESF para atendimento nas comunidades ribeirinhas da Amazônia Legal que devem auxiliar os usuários do sistema de saúde à resolubilidade dos seus problemas⁴. O projeto desenvolvido, pelo presente estudo, caminha de acordo com esta política, porém não está vinculado à mesma, à medida que não se trata de uma ação direta do governo, mas sim de um projeto de ensino/pesquisa/extensão de uma universidade pública do sudeste brasileiro.

Em todas as comunidades visitadas foram observadas carências de recursos para qualquer tratamento técnico-científico de saúde, persistindo a utilização de conhecimentos caseiros e de ervas medicinais para sanar os problemas de saúde. O uso de plantas medicinais é uma prática tradicional na população brasileira. Estudos apontam que os dados existentes, até o fim do século XX, ainda eram insuficientes para prover uma avaliação acurada da qualidade, eficácia e segurança da maior parte das

plantas medicinais¹⁰. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde recomenda a difusão mundial dos conhecimentos necessários para o uso racional das plantas medicinais e, frente a isso, o Ministério da Saúde, em 2009, lançou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com o objetivo de disseminar essa terapia de forma segura e de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Este programa, além de incentivar a produção e distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos pelo sistema de saúde vigente, garante orçamento para novas pesquisas sobre a eficácia destes recursos em outras patologias¹¹.

Quanto à educação, em Rio Preto comunidade mais distante e que apresentou as piores condições estruturais, havia uma única escola, a qual realizava a prática da sala multisseriada. Este tipo de organização existe principalmente no meio rural, visando oferecer oportunidades de ensino a crianças residentes nestes locais¹². Ressalta-se que no desenvolvimento histórico do sistema Educacional Brasileiro, a localização da população se constitui

elemento intensificador da desigualdade na oferta de oportunidades de escolarização, sendo que quanto mais próximo dos centros urbanos, maiores são as oportunidades de ensino para a população¹³.

Outro ponto que chamou atenção nesta escola foi a falta de alimentação para os alunos, o que pode agravar ainda mais o processo de aprendizagem dos mesmos. O acesso à adequada alimentação, além de outros fatores como habitação, recursos materiais e de estimulação foram objetos de estudo em diversas pesquisas¹⁴⁻¹⁶, sendo apontados como fatores desfavoráveis ao desenvolvimento e aprendizagem quando não se apresentam de forma adequada.

Sabe-se que a forma de adoecimento de uma população está associada ao seu modo de vida e ao seu universo social, cultural e ambiental. As condições de saúde e tudo que se relaciona a ela são fenômenos culturalmente construídos e interpretados¹⁷.

Em todas as comunidades foi observado que as crianças e adolescentes não tinham informações quanto ao nome completo, idade e/ou data de nascimento. Quanto à audição, as queixas e as configurações audiométricas, estavam relacionadas à exposição ao ruído (motoserra e motor do barco). Este dado corrobora com a literatura que aponta que além da dificuldade auditiva, atividades laborais desempenhadas em ambientes ruidosos podem desencadear outros prejuízos como o zumbido^{18,19}. Os achados audiométricos podem estar relacionados também à ototoxicidade do quinino, mesmo sem a queixa direta dos ribeirinhos²⁰, dada à alta prevalência de exposição à malária na região. A transmissão da malária está concentrada em 99,9% na região da Amazônia Legal, que abriga o Estado de Rondônia. Este por sua vez é responsável, por aproximadamente, 15,5% dos casos de malária²¹. Ainda com relação a audição, observou-se que a utilização da pena de galinha para limpeza do MAE é um hábito comum nessas comunidades. Estudos apontaram o risco da utilização de objetos na limpeza do MAE sendo um fator de risco para complicações como laceração de meato, perfuração da membrana, otomicoses e otites^{22,23}.

Em relação à saúde bucal, as melhores condições observadas na comunidade de Rio Preto, podem estar associadas ao elevado consumo de farinha de mandioca grossa pela população deste local e baixo consumo de produtos industrializados e açucarados, diferentemente das outras comunidades que, apesar das dificuldades, tinham mais acesso a estes produtos, sendo verificada maior ocorrência de cárie e perdas dentárias. Evidenciou-se que o pescado representa a principal fonte de proteína dos ribeirinhos²⁴, entretanto o

acesso ao consumo de alimentos industrializados tem aumentado, principalmente nas comunidades com maior número de habitantes. Os produtos industrializados possuem grande potencial cariogênico, devido à concentração de açúcares, principalmente a sacarose, além disso, muitas vezes as altas concentrações de açúcares especificadas na embalagem é aquém às encontradas na maioria dos alimentos, principalmente os infantis²⁵.

Outros fatores que podem estar associados à alta prevalência de cárie nas comunidades visitadas são dificuldades de acesso a serviços de saúde odontológico, falta de orientação sobre cuidados com a saúde bucal e condições socioeconômicas.

Buscou-se por meio das ações em Educação em Saúde, a participação do usuário na responsabilização pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencem, assim, o processo saúde-doença é melhor compreendido mediante a participação do usuário²⁶. As condições adversas e ausência quase total dos serviços de saúde de média e alta complexidade, acrescidas pelo isolamento geográfico e falta de profissionais, acarretam muitas vezes o não cumprimento dos direitos à saúde e a universalidade da assistência^{8,27}.

Importante aspecto a ser salientado é que, ao realizar educação em saúde nas comunidades, é válido tomar como ponto de partida o conhecimento anterior da população em seu ambiente de trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, esta valorização dos conhecimentos e dos valores do educando permite que ele se sinta em casa e mantenha suas iniciativas, com um processo de interação cultural e troca de experiências para a construção compartilhada de conhecimento. Este processo de educação baseia-se na problematização, trazendo a tona os aspectos da vida que incomodam e discutindo para encontrar possíveis soluções para os seus problemas²⁸. Deste modo, ao realizar atividades de educação em saúde nas comunidades ribeirinhas houve uma preocupação em ouvir e respeitar a forma como as comunidades cuidavam de sua saúde e seu entendimento sobre o processo saúde doença.

Resultados também foram observados nos expedicionários auxiliando na formação do indivíduo enquanto ser humano e social, a formação do cidadão, do profissional e do profissional cidadão, ações junto às comunidades de baixo poder aquisitivo, em parceria com lideranças e instituições das comunidades e dos movimentos sociais, identificação de oportunidades, demandas, necessidades e problemas comuns visando o processo de integração e de autonomia das comunidades, não se caracterizando como uma ação assistencialista,

parcerias no âmbito do poder público e da sociedade civil.

Na região Amazônica, especialmente nas comunidades ribeirinhas, nota-se que diante das características geográficas, culturais e sociais, há muitos desafios para promover a saúde. Para se atingir a universalidade da assistência e o cumprimento dos direitos à saúde, podem ser pontuadas algumas dificuldades como a falta de profissionais da saúde, as precárias condições de saneamento, as longas distâncias, as dificuldades de transporte e comunicação⁶. Dessa forma, a extensão universitária, representa uma porta que possibilita o contato de estudantes e de profissionais com populações que vivem em áreas geograficamente isoladas⁸.

■ CONCLUSÃO

Foram realizados 1828 procedimentos, dos quais 1100 foram clínicos e 728 educativos, em fonoaudiologia e odontologia, nas comunidades de Tabajara, Calama, Rio Preto e Demarcação durante o período que as equipes estiveram nestas comunidades. As condições de acesso mostraram-se precárias e as alterações de saúde notadamente

presentes referentes às áreas odontológicas e fonoaudiológicas apresentaram-se diante à prevalência da cárie dentária e doença periodontal bem como presença de queixas e alterações auditivas.

Conclui-se com este trabalho, que há necessidade de aprimorar o acesso das populações que vivem nas comunidades ribeirinhas a serviços essenciais, especialmente serviços de saúde de forma regular e contínua, para que se possa realizar atividades de educação e promoção de saúde com efetividade. Além disso, verificou-se a necessidade de implementação de amplas políticas sociais e de saúde com o objetivo de atuar nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença de forma que possam proporcionar melhoria na saúde dessa população.

Convém dizer que com base na necessidade encontrada, a partir do ano de 2013, o projeto de ensino/extensão/pesquisa, que viabilizou este estudo, iniciou um programa de expedições anuais a essas localidades, buscando oferecer atendimento clínico e educacional, e assim proporcionar melhor qualidade de vida aos ribeirinhos destas regiões e ainda a possibilidade de estudos aprofundados sobre suas condições e necessidades de saúde.

ABSTRACT

Purpose: to report the health promotion actions conducted on riverside communities by the expeditionary teams of “FOB-USP in Rondônia” project. **Methods:** this is a cross-sectional, observational study, which consists in an experience report of interdisciplinary expeditions to the Tabajara-RO, Calama-RO, Demarcação-RO and Rio Preto-RO communities. Data collection has occurred by means of medical records, annotations on field diaries and participant observation. The adopted approach to guide the development of this paper lies on the work of the team during the clinical care and community attention moments. **Results:** 1042 riverside patients were assisted, being covered also educative and human aid actions the communities have shown as main income sources fishing and subsistence agriculture. Sewer is collected in septic tanks in the open Water comes from rivers or artesian wells. The houses in all of the communities are mostly made of wood. In regards to clinical procedures, 974 in the speech, language and hearing sciences area, being the most common complaint on the hearing area, and 854 dental procedures being mostly performed dental extractions and restorations. Educative actions were taken in all of the communities. **Conclusion:** 1828 procedures were performed, of which 1100 were clinical and 728 were educative. Access conditions have proven to be precarious and health problems linked to the speech, language and hearing sciences and dental areas were presented as complaints, with dental caries and periodontal disease as main concerns. Need for improvement on access to essential services for the riverside populations has been demonstrated, maintaining regular and continuous care for the implementation of effective educative and health promotion activities.

KEYWORDS: Speech, Language and Hearing Sciences; Dentistry; Health Promotion; Health Education; Disease Prevention

■ REFERÊNCIAS

1. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
3. Biegelmeyer S, Lucchesi MC, Goulart BNG, Chiari BM. Articulação comunitária e promoção da saúde - perspectivas para a atuação fonoaudiológica. *DistúrbComun*. 2009;21(3):365-71.
4. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari Municipality. *Reports in public health*. 2009;25(8):1827-38.
5. Mendes LSA, Pontes FAR, Silva SSC, Bucher-Maluschke JSNF, Reis DC, Silva SDB. The ecological engagement in the context of an amazon river village. *Interam J Psychol*. 2008;42(1):1-10.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Freitas AR, Arakawa AM, Xavier A, Nunes SAC, Carvalho CAP. The riverine expeditions and region of Monte Negro: significance immediate results and future prospects. In: Bastos JRM, Caldana ML. *Dentistry and Speech Language and Hearing Pathology: Ten years of clinical practice and public policy in extension project: FOB-USP in Rondônia*. 1 ed. Bauru: Idea, 2012. p. 92-9.
8. Freitas DA, Rabelo GL, Silveira JCS, Souza LR, Lima MC, Pereira MM et al. Students' perception of health on Quilombola Rural Communities in the North of Minas Gerais, Brazil. *Rev CEFAC*. 2013;15(4):941-6.
9. Cruz Neto O. Fieldwork as discovery and creation. In: Minayo, M.C.S. *Social Research: theory, method and creativity*. 12. ed. Petropolis: Vozes, 1999.p. 51-66.
10. Bochner R, Fiszon JT, Assis MA, Avelar KES. Problems associated with the use of medicinal plants commercialized in "Mercadão de Madureira", Rio de Janeiro City, Brazil. *Brazilian Journal of Medicinal Plants*. 2012;14(3):537-47.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, 2009.
12. Cardoso MA, Jacomeli MG. Considerations about the multiseriate schools: state of the art. *Educere et Educare Revista de Educação*. 2010;5(9):276-90.
13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário. INCRA. Educação do Campo: Campo – Políticas Públicas – Educação. Brasília, 2008.
14. Singer PA, Ansett S, Sagoe-Moses I. What could infant and young child nutrition learn from sweatshops? *BMC Public Health*. 2011;11(276):1-5.
15. Bornstein MH, Britto PR, Nonoyama-Tarumi Y, Ota Y, Petrovic O, Putnick DL. Child development in developing countries: introduction and methods. *Child Dev*. 2012;83(1):16-21.
16. Bradley RH, Putnick DL. Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries. *Child Dev*. 2012;83(1):76-91.
17. Uchôa E, Vidal JM. *Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease*. Reports in Public Health. 1994;10(4):497-504.
18. Heupa AB, Gonçalves CGO, Albizu EJ, lantans MR, Lacerda ABM, Lobato DCB. Hearing loss prevention program in fisherman: hearing profile and educational actions. *Rev CEFAC*. 2011;13(6):1009-16.
19. Farias VHV, Buriti AKL, Rosa MRD. Occurrence of noise induced hearing loss in carpenters. *Rev CEFAC*. 2012;14(3):413-22.
20. Lopes AC, Santos CC, Alvarenga KF, Feniman MR, Caldana ML, Oliveira AN et al. Hearing alterations in wood industry workers from the countryside of Rondônia, Brazil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2009;34(119):88-92.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Rondônia. Secretaria de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
22. Fornazieri MA, Cutolo D, Moreira JH, Navarro PL, Takemoto LE, Heshiki RE et al. Foreign-body in external auditory meatus: evaluation of 462 cases. *Intl Arch Otorhinolaryngol*. 2010;14(1):45-9.
23. Kumar S, Ahmed S. Use of cotton buds and its complications. *Journal of Surgery Pakistan*. 2008;13(3):137-8.
24. Khoury EDT, Souza GS, Silveira LCL, Costa CA, Araujo AA, Pinheiro MCN. Manifestações neurológicas em ribeirinhos de áreas expostas ao mercúrio na Amazônia brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2307-18.
25. Hanan SA, Silva AA, Pacheco AM, Simões RH, Zacarias Filho RP. Concentração de açúcares presentes em alimentos infantis industrializados consumidos por crianças de Manaus-AM. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(3):419-24.
26. Goulart BNG, Henckel C, Klering CE, Martini M. Speech therapy and health promotion: an

experience report based on domiciliary visit. Rev CEFAC. 2010;12(5):842-9.

27. Machado FSN, Carvalho MAP, Mataresi A, Mendonça ET, Cardoso LM, Yogi MS et al. Use of telemedicine technology as a strategy to promote health care of riverside communities in the Amazon: experience with interdisciplinary work,

integrating NHS guidelines. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(1):247-54.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517518714>

Recebido em: 04/11/2014

Aceito em: 19/04/2015

Endereço para correspondência:

Elen Caroline Franco

Travessa Carlos Turtelli, 1-56, Jardim CECAP

Bauru – SP – Brasil

CEP: 17032-320

E-mail: elen.fono@yahoo.com.br