



CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA

**PRODUÇÃO DE SAÚDE SOCIOAMBIENTAL: INTEGRALIDADE DA SAÚDE E
MUTUALIDADE DO TRABALHO ENTRE EQUIPES DA SAÚDE E GRUPOS
ORGANIZADOS DA COMUNIDADE**

**RIO GRANDE
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
PRODUÇÃO DE SAÚDE SOCIOAMBIENTAL: INTEGRALIDADE DA SAÚDE E
MUTUALIDADE DO TRABALHO ENTRE EQUIPES DA SAÚDE E GRUPOS
ORGANIZADOS DA COMUNIDADE

CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Dr^a Marta Regina Cezar-Vaz

RIO GRANDE

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

S194p Sant'Anna, Cynthia Fontella

Produção de saúde socioambiental : integralidade da saúde e mutualidade do trabalho entre equipes da saúde e grupos organizados da comunidade / Cynthia Fontella Sant Anna . – 2013.

101 f.

Orientadora: Marta Regina Cezar-Vaz

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem em Saúde Pública. 3. Atenção primária á saúde. 4. Trabalho. 5. Desigualdades em saúde. I. Título. II. Cezar-Vaz, Marta Regina

CDU: 616-083:614

Catlogação na fonte: Bibliotecária Maria da Conceição Hohmann CRB 10/745

AGRADECIMENTO

Especialmente a minha Orientadora, Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz pelo cuidado acadêmico constante, construtora de uma sabedoria admirável e intuitiva; Por disponibilizar seu cantinho acadêmico para me favorecer a produção científica, e oportunizar a troca de conhecimentos e reflexões – na graduação, mestrado e doutorado – que formaram a professora e pesquisadora que sou. Minha eterna gratidão.

À Prof^a Mara Regina Santos, que por meio da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, pelo constante alerta e atenção ao longo do processo do meu doutoramento.

À minha família, pela consideração, compreensão e respeito no espaço e tempo necessários, ainda que também ansiosa pela conclusão desta etapa. Mãe e pai, Zeli e José, com seu essencial carinho que me é reconstitutivo, mental e fisicamente. À minha irmã Vivian e cunhado Vinícius por me fornecer uma energia revigorante por meio do Henrique, meu amado afilhado. À Dinda Maria Tereza que sempre buscou me proporcionar o melhor bem estar possível; à minha querida prima Juliane Bento pelas reflexões e amor que nos fortalece vínculos de irmã e amiga. E aos demais familiares, pois cada um teve importância para esta etapa e em outros momentos felizes da minha vida.

À Equipe LAMSA na sua forma distinta de produzir trabalhos acadêmicos e relações interpessoais importantes para mim, como também pela palavra de FORÇA e ajuda direta e indireta no trabalho. Especialmente à Leticia, Clarice e Valdecir pelo antigo vínculo de parceria em nossa formação e que agora mantemos como colegas na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). À Laurelize e Marlise pelo comprometimento em dar carinho e apoio no trabalho. E à Jorgana que me foi marcante nas etapas de formação e agora longe me faz falta sua convivência.

Aos instrutores, amigos e colegas do Método DeRose pela energia gregária e práticas transformadoras para meu desenvolvimento pessoal, consequentemente profissional. Em especial à querida amiga Márcia Chaplin pela acolhida, conversas e almoços; e ao meu querido instrutor Valter Figueiredo pela grande inspiração e confiança que tenho em tua pessoa e trabalho, obrigado por me mostrar/inserir nesta grande proposta que é o Método.

E a todos que não citei aqui e que, de uma maneira ou outra, me auxiliaram, o meu muito obrigada!

RESUMO

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. Produção de saúde socioambiental: integralidade da saúde e mutualidade do trabalho entre equipes da saúde e grupos organizados da comunidade. 2013. 101f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A Atenção Primária em Saúde associada à estratégia Saúde da Família consolida a proposta de reorganização da atenção primária elencando com enfoque na comunidade, indivíduo e coletividade, apreendendo o ambiente de inserção dos sujeitos logo, a saúde socioambiental. No qual visualiza-se grupos organizados da comunidade com a finalidade de amenizar fatores determinantes à integralidade da saúde. Nesta abordagem, este estudo tem como objetivos: Caracterizar como a saúde ambiental encontra-se estudada na produção científica da enfermagem em saúde pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária; Compreender a responsabilidade acerca da saúde da comunidade, por meio dos princípios da Atenção Primária Ambiental, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade; Apreender a contribuição mútua (mutualidade) para a saúde da comunidade, com foco na integralidade da saúde expressa pela base teórica dos Determinantes Sociais da Saúde, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade. O método constitui-se em duas etapas com a finalidade de alcançar os objetivos: revisão integrativa e; estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A revisão foi realizada com o período de 1992 a 2012, em cinco bases de dados de impacto internacional, na temática em estudo, e utilizando-se das palavras-chave *Environmental Health*, *Public Health Nursing* e *Community*. O estudo qualitativo, aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº52/2008, foi conduzido por meio da entrevista e observação realizada com 70 participantes dos grupos organizados da comunidade e 58 trabalhadores da saúde. Para análise os dados foram transcritos e transferidos ao software NVIVO7.0, que mostrou a intensidade das citações para os princípios que fundamentam a APA: Participação da comunidade(222), Integralidade(79), Organização(74), Prevenção e proteção ambiental(39), Solidariedade e equidade(20), e Diversidade(139) – associado à responsabilidade pela saúde da comunidade e participação coletiva na produção da saúde socioambiental; bem como destacou as categorias de análise delineadas pelo suporte teórico dos Determinantes Sociais de Saúde na abrangência da integralidade da saúde, as quais estão divididas em: Proximais(91), Intermediários(66); Distais(166). A produção internacional apresenta a relevância das relações na saúde pública, carregada de competências teóricas e práticas e compromisso social para minimizar iniquidades. Ratificada pelos princípios da atenção primária, que vem se consolidando na aproximação equipe-comunidade permite atuar na relação saúde e ambiente, o que fortalece responsabilidades e co-participação dos sujeitos à saúde socioambiental. A contribuição entre os trabalhos da equipe e grupos organizados proporcionam a geração da integralidade na saúde, fortalecida a partir da mutualidade no trabalho, visando minimizar os diferenciais determinantes. Desta forma, o conhecimento da enfermagem e sua atuação na produção da saúde socioambiental, favorecem a saúde na geração de sua integralidade, fortalecida a partir da mutualidade no trabalho.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública. Atenção primária à saúde. Trabalho. Desigualdades em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. Production of environmental health: integration of health and mutuality of labor between health teams and community groups organized. 2013. 101f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The Primary Health Care Strategy associated with the Family Health consolidates the proposed reorganization of primary care enumerating focusing on community, individual and group, learning environment logo insertion of subjects, environmental health. In which visualizes organized community groups in order to mitigate the completeness determinants of health. In this approach, this study aims to characterize how environmental health is studied in the scientific literature of public health nursing for the development of community health; Understand the responsibility about the health of the community through the principles of Primary Environmental, the relationship of family health workers and participants of organized groups in the community; Apprehending the mutual contribution (mutuality) for community health, focusing on health completeness expressed by theoretical base on Social Determinants of Health, in relation health workers and family of the participants of organized groups in the community. The method consists in two steps in order to achieve the objectives: an integrative review and; qualitative study was exploratory and descriptive. A review conducted in the period from 1992 to 2012, in five databases of international impact, the thematic study, and using the keywords Environmental Health, Public Health and Community Nursing. The qualitative study, proved by the Ethics Committee under Opinion No 52/2008, was conducted by interview and observation conducted with 70 participants in organized groups and 58 community health workers. To analyze the data were transcribed and transferred to NVIVO7.0 software that showed the intensity of the citations to the principles underlying the APA: Community Participation (222), Integralidade (79), organization (74), prevention and environmental protection (39), Solidarity and equity (20), and diversity (139) - associated with responsibility for the health of the community and collective participation in the production of environmental health, as well as highlighted the analysis categories outlined by the theoretical support of the Social Determinants of Health in scope comprehensiveness of health, which are divided into: Proximal (91), Intermediates (66); Distal (166). The production presents the relevance of international relations in public health, full of theoretical and practical skills and social commitment to minimize inequities. Ratified by the principles of primary care, which has been consolidating in the team approach enables community-operate in relation health and environment, strengthening co-responsibility and participation subject to environmental health. The contribution of the work of organized groups and staff provide the generation of integral health, strengthened from the mutuality at work, aiming to minimize the differential determinants. Thus, knowledge of nursing and its role in the production of environmental health, health in favor of his generation, strengthened from the mutuality at work.

Keywords: Public Health Nursing. Primary Health Care. Work. Health Inequalities. Nursing.

RESUMEN

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. La producción de la salud ambiental: integración de la salud y la reciprocidad del trabajo entre los equipos de salud y grupos comunitarios organizados. 2013. 101f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

La Estrategia de Atención Primaria de Salud asociados con la salud de la familia se consolida la propuesta de reorganización de la enumeración de la atención primaria centrada en la comunidad, individual y grupal, el aprendizaje de inserción ambiente logotipo de los sujetos, la salud del medio ambiente. En la cual visualiza los grupos organizados de la comunidad con el fin de mitigar los factores determinantes de la exhaustividad de la salud. En este enfoque, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar cómo la salud ambiental se estudia en la literatura científica de la enfermería de salud pública para el desarrollo de la salud de la comunidad; Comprender la responsabilidad por la salud de la comunidad a través de los principios de Primaria Ambiental, la relación de los trabajadores de salud de la familia y de los participantes de los grupos organizados de la comunidad; Aprehender la contribución mutua (mutualidad) para la salud de la comunidad, centrándose en la integridad de la salud expresado por la base teórica sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en relación trabajadores de la salud y familiares de los participantes de los grupos organizados de la comunidad. El método consiste en dos pasos con el fin de lograr los objetivos: una revisión integradora y, estudio cualitativo fue exploratorio y descriptivo. Un análisis realizado en el período de 1992 a 2012, en cinco bases de datos de impacto internacional, el estudio temático, y el uso de las palabras clave de la Salud Ambiental, Salud Pública y Enfermería Comunitaria. El estudio cualitativo, organizado por el Comité de Ética bajo Dictamen n ° 52/2008, se llevó a cabo mediante entrevistas y observación llevó a cabo con 70 participantes en grupos organizados y 58 trabajadores comunitarios de salud. Para analizar los datos se transcribieron y se transfirió a NVIVO7.0 software que muestra la intensidad de las citas de los principios que subyacen a la APA: Participación de la Comunidad (222), Integralidade (79), la organización de protección (74), prevención y medio ambiente (39), la solidaridad y la equidad (20), y la diversidad (139) - relacionado con la responsabilidad de la salud de la comunidad y la participación colectiva en la producción de la salud ambiental, así como destacó las categorías de análisis esbozados por el soporte teórico de los Determinantes Sociales de la Salud en el ámbito exhaustividad de la salud, que se dividen en: proximal (91), intermedios (66); distal (166). La producción presenta la relevancia de las relaciones internacionales en materia de salud pública, llena de conocimientos teóricos y prácticos y el compromiso social para minimizar las inequidades. Ratificado por los principios de la atención primaria, que se ha ido consolidando en el trabajo en equipo permite operar en la comunidad en la salud y el medio ambiente respecto, el fortalecimiento de la corresponsabilidad y la participación sujeto a la salud del medio ambiente. La contribución del trabajo de los grupos organizados y el personal proporcionan la generación de la salud integral, el fortalecimiento de la reciprocidad en el trabajo, con el objetivo de minimizar los factores determinantes de diferenciales. Así, el conocimiento de la enfermería y su papel en la producción de la salud ambiental, la salud en favor de su generación, el fortalecimiento de la reciprocidad en el trabajo.

Palabras clave: Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Trabajo. Desigualdades en la Salud Enfermería

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REVISÃO TEÓRICA.....	14
2.1 ENFERMAGEM DA SAÚDE PÚBLICA NA RELAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE	14
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DA SAÚDE SOCIOAMBIENTAL	16
2.3 RESPONSABILIZAÇÃO PELA SAÚDE DA COMUNIDADE E A PARTICIPAÇÃO DESTA	19
2.4 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	21
3 MÉTODO	25
3.1 PESQUISA DE REVISÃO INTEGRATIVA	25
3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão	26
3.2.2. Estratégias de busca para identificação dos estudos	26
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA EMPÍRICA.	27
3.2.1 Delineamento da pesquisa	27
3.2.2 Local da pesquisa	28
3.2.3 Sujeitos da pesquisa	28
3.2.4 Coleta de dados	29
3.2.5 Organização e análise dos dados	31
3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1 ARTIGO I	36
4.2 ARTIGO II	55
4.3 ARTIGO III	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES.....	91
ANEXO	101

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do desenvolvimento acadêmico meus estudos e pesquisas foram direcionados – pelo interesse à especificidade do tema e participação no Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) – com enfoque na formação profissional, retorno acadêmico à Escola de Enfermagem da FURG, bem como na responsabilidade de oportunizar o retorno a comunidade em estudo. Por meio desta aproximação da academia e os serviços de assistência à saúde, especificamente no pensar a Enfermagem de Saúde Coletiva, os trabalhos já desenvolvidos abrangem a organização do trabalho na atenção primária em saúde.

Neste contexto da saúde coletiva, a qual é definida como campo científico fundado com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (NUNES, 1996), destaca-se a Atenção Primária Ambiental (APA), que se caracteriza como processo de um grupo de pessoas que se organiza entre si, favorecido com apoio externo, a fim de proteger e utilizar o meio ambiente e seus recursos como fontes para suas necessidades básicas de sobrevivência, porém preservando o ambiente natural. Ou seja, a APA tem seu enfoque na comunidade baseada na satisfação das necessidades do indivíduo e coletividade, permeando a utilização dos recursos do ambiente de forma sustentável, que se apresentam de forma inter-relacionada (OMS, 2000). Essa inter-relação confere mútua responsabilidade para com as pessoas, os coletivos e o meio social e, como consequência da ação humana, para o meio ambiental. O enfoque, portanto da APA, nas comunidades, nas pessoas, não retira o meio natural, mesmo ele já não sendo tão natural, pois a transformação e construção de determinada comunidade já o tenha projetado e transformado em meio socioambiental.

Em estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa LAMSA (CEZAR-VAZ, 2008) foram identificados elementos constituintes da estratégia da APA, no processo de trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde (APS) estudada. Um dos elementos encontrados, expresso pelos trabalhadores, corresponde ao desenvolvimento da integração com a comunidade, por meio da educação em saúde com abordagem nos temas tradicionais, ou seja, na junção produzida pela iniciativa da equipe em desenvolver temas predefinidos para os grupos comunitários. O foco comunitário para o ambiente socioambiental, propriamente dito, não foi incluído como elemento de atenção prioritária para o desenvolvimento do trabalho. Importa salientar que as referências dos trabalhadores aproximam-se aos princípios da APA, no que se

refere ao trabalho com a comunidade, no referido acima. Tal fato relaciona-se a raiz teórica conceitual e política da APA, estar ligada a APS.

À realização dos referidos estudos, o foco foi para o interior dos processos de trabalho das equipes de ambas as formas de organização: Atenção Básica de Saúde - ABS e a Saúde da Família - SF. A presente proposta retoma a partir do núcleo da APA, como uma das orientações teóricas e propõe a imersão no interior dos grupos organizados das comunidades, como forma de apreender suas conformações em torno do meio socioambiental em que vivem e convivem.

Sabe-se que, atualmente, à implementação e ao fortalecimento estrutural da ABS, o Ministério da Saúde (MS) propôs que seus princípios e diretrizes sejam conduzidos e inseridos na estratégia Saúde da Família (SF), na qual o estreitamento de relação na aproximação dos trabalhadores da Saúde da Família é consolidado pela estratégia de reestruturação da Atenção Básica, com foco na melhoria das condições de vida e saúde, a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional e o desenvolvimento de ações direcionadas a um território delimitado, para e com uma população de sua abrangência (BRASIL, 2006). A partir da atuação nas comunidades, assumidas no presente estudo como meio socioambiental, procede-se em elencar prioridades à proposição de ações dirigidas a grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, de maneira pactuada com a comunidade, buscando-se a atenção para os indivíduos e para as famílias em um acompanhamento contínuo ao longo do tempo.

Desta forma, com o direcionamento do trabalho e inserção da equipe de saúde na comunidade se (re)conhecem fatores que vão além da abrangência dos serviços de saúde, o que coloca as instituições de assistência no processo saúde-doença e assistência geral em situação de *im*potência para resolver grande parte das necessidades da população (CEZAR-VAZ, 2008). Estar engajada neste contexto da saúde pública e da saúde coletiva, com ênfase na estratégia de remodelo da atenção, Saúde da Família, possibilita identificar, conhecer e compreender o processo de trabalho desenvolvido neste ambiente, no qual permite/propicia a articulação dos trabalhadores da SF junto à comunidade de abrangência.

Historicamente os princípios da participação comunitária, as ações em parceria e integradas com a comunidade, por exemplo, expressam a mutualidade no trabalho, ou seja, à reciprocidade dos serviços e na entreatajuda sem que ocorra discriminação entre os participantes, com a intenção de que os sujeitos sejam responsáveis por sua saúde.

Neste contexto político estratégico apreende-se parcela de responsabilidade profissional por parte do enfermeiro e da enfermagem, não só como fazedores e operadores

das ações do trabalho proposto e, porém, como potenciais para criar formas de inter(relações) com a comunidade. Este ponto de intersecção exige olhar cuidadoso para com as comunidades, de forma a focalizar seus grupos organizados, como fonte de potencialidades (força e poder) para a melhoria das condições de vida socioambiental e não limitar o olhar somente para as carências concretas.

Portanto, ao mesmo tempo que ocorre a criação de (inter)relações de fortalecimento de parcerias, bem como inserção dos trabalhadores da saúde ao ambiente da comunidade, possibilita perceber condições de vulnerabilidade a qual está exposta a população adstrita nas Unidades de Saúde da Família, bem como em cada equipe, proporcionando o desenvolvimento de uma atenção em saúde diferenciada, mais adequada às necessidades. Neste ambiente é que surgem potencialidades em contradição à vulnerabilidade nele existente.

Essas potencialidades afloram no contexto social de indivíduos que se encontram nas mesmas condições de vida, visualizadas nas comunidades adstritas às unidades SF, formadas por organizações manifestadas de diferentes formas a partir da necessidade não identificada ou não suprida pelos serviços de saúde, como em grupos políticos (Conselhos Locais de Saúde), grupos de geração de renda (Associação de Pescadores), grupos de interação social (Artesanatos), grupos de organização local (Associação de Moradores), grupos para auto-sustentação (Horta Comunitária, Recicladoras), grupos de/para educação formal (Grupo de Alfabetização, Reforço Escolar), entre outros.

Esta forma de trabalho em grupos organizados da comunidade emerge no espaço de implementação da SF, que permeia a utilização de instrumentais diferenciados a objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ou seja, amplia sua atenção para a compreensão do ambiente sócio-cultural, vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação. Neste sentido, a aproximação entre equipe de saúde e comunidade possibilita visualizar o planejamento e realização de ações de intervenção sobre os fatores de vulnerabilidade à comunidade; assistência integral, permanente e de qualidade; atividades de educação em saúde; atuação intersetorial, a fim de intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que podem ser determinantes às condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (SANT'ANNA, CEZAR-VAZ, CARDOSO, ERDMANN, SOARES, 2010).

Logo, o desenvolvimento destas possibilidades na comunidade ao serem estimuladas a partir da participação ativa dos usuários dos serviços na atenção à saúde, favorece o desenvolvimento de corresponsabilização com os trabalhadores da equipe, permitindo o desenvolvimento de um trabalho com maior abrangência frente à determinação social da

saúde. Nesse contexto, a atuação dos trabalhadores da SF necessita ir além dos cuidados anatomofisiológicos nos indivíduos, buscando ações de prevenção da doença e promoção da saúde na comunidade, compreendendo também os aspectos sócio-ambientais, econômico e cultural.

Esta forma de trabalho desenvolvido na SF permeia a utilização de instrumentais diferenciados a objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ou seja, amplia sua atenção para a compreensão do ambiente sócio-cultural, vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação.

Frente a esta complexidade do processo de trabalho em saúde em relação as influência e interações com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), facilitadas por meio do vínculo de confiança e estreitamento de elos entre trabalhadores da equipe de saúde e comunidade, tem-se identificado que outras atividades vêm sendo desenvolvidas – emergidas da organização da própria comunidade, ainda que com conhecimento e interação dos trabalhadores em saúde. Exemplos desta organização de grupos comunitários podem ser visualizados na região costeira em estudo: Associação de Moradores, Conselhos Locais de Saúde, Recicladores de materiais sólidos reaproveitáveis, Associações de Pescadores, grupos de Artesanato, entre outros. Esta organização da comunidade emerge como complementaridade aos serviços de saúde, se caracteriza como foco do presente estudo, tendo em vista que a centralidade no trabalho se caracteriza em ambas instituições, comunitárias e serviços de saúde.

As características socioambientais da região impõem um enfrentamento à produção e reprodução da saúde que inclui diversas problemáticas não compreendidas e, portanto, não privilegiadas pela estrutura organizacional dos serviços de saúde prestadores de assistência (CEZAR-VAZ, 2006). Desta forma a comunidade busca utilizar recursos locais como forma de viver/sobreviver, como visualizado no grupo de pessoas que (re)utilizam e organizam materiais sólidos recicláveis, ou mesmo organização da comunidade em utilizar os recursos do mar, no qual homens visualizam a pesca como fonte de renda enquanto que as mulheres trabalham na limpeza de peixe e camarão como também utilizam as escamas para produzir artesanato, entre outras atividades que articulam ambiente, vida e saúde.

Este trabalho organizado em comunidade pode ser visualizado como uma forma de suprir específicos determinantes de saúde, principalmente os determinantes distais. Ou seja, os indivíduos da comunidade organizam entre si ao perceber déficit de abrangência aos DSS distais e intermediário, como por exemplo, na formação de grupos para geração de renda e grupos de discussão para melhor acesso aos serviços de saúde, respectivamente. Sugere-se

então que, com algum tempo de implementação e execução da SF, desde 2004, e a proposta da revisão do conceito ampliado de saúde, desde 1978, a equipe de saúde mantém sua organização do trabalho direcionada aos DSS proximais – fatores biológicos, como idade, sexo e fatores hereditários.

Neste sentido, questiona-se a permanência desta atuação das equipes de saúde com foco restrito ou priorizado nos fatores anatomobiológicos. Ou ainda, será que esta abordagem se mantém ao longo dos tempos por ainda não ocorrer consciência do real sentido/significado da promoção da saúde no ponto de vista dos usuários do serviço, dos trabalhadores da saúde, ou ainda dos gestores visto que muitas das Políticas Públicas e Programas de Saúde possuem foco específico e direcionado de atenção, como programa de Doenças Crônicas Não Degenerativas (DCNT), Programa Nacional de Controle do Câncer, DST-AIDS, Medicamento Fracionado, Farmácia Popular, projeto Olhar Brasil, UPA 24h, entre outros. Seriam assim os serviços de saúde identificados como grupos que repetem comportamentos condicionados por estruturas ou valores hegemônicos?

Na direção desta reflexão questiona-se ao cotidiano do trabalho da equipe a aplicação do conceito e a abrangência da saúde socioambiental, ao visualizar a possibilidade da construção de grupos sujeitos, agrupamentos aptos a lidar com essas determinações e condicionamentos de forma mais livre.

Trabalhar nesta temática com os grupos organizados da comunidade emerge à persistente busca de alternativa às políticas de atenção à saúde em consonância com o desenvolvimento humano, a melhoria da saúde e da qualidade de vida, bem como para a assistência pública de saúde na intenção de proporcionar/conduzir trabalho mais adequado às prioridades do indivíduo e comunidade (CEZAR-VAZ, 2008).

A partir desta exposição, a presente pesquisa é permeada pelas **questões norteadoras**:

- Como a Saúde Ambiental encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em Saúde Pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária?
- Como é compreendida a responsabilidade pela saúde da comunidade e de que forma isto ocorre?
- Como as interrelações existentes entre o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e os grupos organizados da comunidade contribuem na produção da saúde socioambiental?

A fim de atender as questões de pesquisa elaboradas para este estudo, apresentam-se os seguintes objetivos:

- Caracterizar como a Saúde Ambiental encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em Saúde Pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária;
- Compreender a responsabilidade acerca da saúde da comunidade, por meio dos princípios da Atenção Primária Ambiental (APA), na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade;
- Aprender a contribuição mútua (mutualidade) para a saúde da comunidade, com foco na integralidade da saúde expressa pela base teórica dos Determinantes Sociais da Saúde, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade.

Para então, apresentar a tese a ser defendida e sustentada neste estudo:

Os trabalhadores da Saúde da Família e os participantes dos grupos organizados assumem a saúde comunitária como fenômeno socioambiental, a partir do limite posto pela forma de compreensão da responsabilidade mutua sobre a geração de saúde.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 ENFERMAGEM DA SAÚDE PÚBLICA NA RELAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE

Na atenção primária, promover e manter a saúde se torna indissociável aos aspectos ambientais, pois atuar em um fenômeno social sem considerar os fatores geográficos, o resultado dificilmente será efetivo, mas sim incompleto (HANNIGAN, 1995). Logo, a enfermagem que atua na saúde comunitária se relaciona com as questões da natureza, visto que o meio ambiente reflete a crescente contribuição à mortalidade, de forma proporcional (TIEDJE, 1995), ou seja, o cuidado vai além da especificidade do indivíduo, mas abrange o entendimento que este é um ser social que constitui e influencia um coletivo, família e comunidade, bem como com o ambiente, interagindo para o bem-estar de ambos.

Neste estudo, o ambiente é visualizado como os diferentes espaços: familiar, trabalho, serviço de saúde e comunidade, bem como seus fatores determinantes à saúde, o que conduz a reflexão ao conceito ampliado do ambiente que inclui a economia, acessibilidade e a sociedade. Salienta-se que nesse texto, ambiente é definido como uma condição, uma circunstância, um fator ou variáveis que afetam o indivíduo, família ou comunidade. Tais condições podem incluir fatores físicos, tais como os efeitos climáticos sobre uma comunidade de cidadãos; ou outras influências não físicas, como os fatores econômicos e as forças políticas, que também são considerados influentes nos aspectos ambientais (LAUSTSEN, 2006).

Os serviços de saúde podem contribuir para a redução em desigualdade em saúde (MACKENBACH, 2003), especialmente quando os serviços são cuidados primários explicitamente considerado. Pois quando há orientação sobre cuidados primários, têm sido demonstrado redução às iniquidades em muitos aspectos da saúde (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005). A perspectiva da Enfermagem Holística reconhece que o bem-estar do ecossistema do planeta é um determinante do bem-estar dos seres humanos (LAUSTSEN, 2006). Assim como sua inversão também é verdadeira, na qual afirma-se que a estrutura social e a mudança social como estão reciprocamente relacionadas com o ambiente biofisiológico (HANNIGAN, 1995).

Nessa conjuntura, a relação indivíduo e ambiente se caracteriza por ações, reações e co-ações entre os fornecedores de cuidados de saúde, a equipe de Saúde da Família; o cliente dos cuidados de saúde, o indivíduo e sua família; e os cuidados de saúde para o ambiente

(LAUSTSEN, 2006). Neste sentido, afirma-se que a perspectiva da enfermagem reconhece que o bem-estar do ecossistema é um determinante para o bem-estar dos humanos, pois os componentes individuais da comunidade estão agindo e reagindo sobre a saúde e ambiente, relacionando-se ciclicamente, onde não existe um começo e um fim na cadeia de causalidade.

Em suas atribuições, a enfermeira deve envolver a comunidade (moradores da comunidade, especialistas/sanitaristas ambiental e políticos) nas questões ambientais para que assim amplie a consciência sobre o risco ambiental – visto que as mudanças relacionadas ao comportamento ambiental afeta a saúde humana e sua sobrevivência. Pois a sensibilização dos envolvidos nesta temática, prevê a auto-avaliação das atitudes e comportamentos ambientais, e gera auto-consciência da mudança do comportamento pessoal e ambiental necessárias para ação individual e coletiva.

Não obstante, pela proximidade com as famílias, a equipe da ESF também pode suscitar uma abordagem ecossistêmica mediante a prática de incentivo à participação política nas instâncias decisórias de gestão da saúde e dos demais determinantes da saúde, de forma a mobilizar uma mudança positiva no ambiente físico, econômico e social que cerca a comunidade e que é também modificado por ela. Isso pode ser facilitado pelo fato de que as enfermeiras na saúde comunitária apresentam um vasto campo de atuação nessa área, o que contribui para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, capazes que modificar os espaços sociais, físicos, políticos e ambientais (LIND e SMITH, 2008).

A aproximação entre equipe de saúde e comunidade possibilita assim, incentivar a mobilização dos sujeitos para a co-responsabilidade pela saúde individual e coletiva, como condição para a transformação nas situações adversas de vida e/ou nos DSS suscita considerações teóricas sobre a determinação social e o reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto, transformadores da dinâmica social e da sociedade (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Com inserção do trabalhador da saúde ao ambiente e seus fatores, são destacadas as implicações da práxis de enfermagem por meio da investigação, educação e prática em Enfermagem com objetivo do planejamento de ações com foco em promover a saúde, prevenir doença, e aliviar sofrimentos, caracterizada pela expressão do cuidado ao indivíduo e ao ambiente que se fortalece através da participação política a nível local, nacional e internacional (ADELINE, 2006). Com isso, torna-se relevante capacitar enfermeiros para alcançar um equilíbrio entre a atividade humana e a capacidade do ambiente, sendo um desafio para todos envolvidos na educação e formação dos enfermeiros, sensibilizando a relevância do meio ambiente global para enfermagem na aplicação de sua prática.

A sensibilização e motivação para o desenvolvimento local proporcionam, também, mudanças na vida individual e coletiva (LIND e SMITH, 2008; FORGET e LEBEL, 2001), corroborando que é por meio dos desafios das práticas em saúde que se equilibram as necessidades dos indivíduos com os benefícios da maioria. Ou seja, em reação às necessidades emergem os grupos dentro da própria comunidade enfatizando e organizando ações por meio de suas potencialidades para uma melhor saúde e vida, individual ou coletiva.

Desta forma, compreender as mudanças sociais permite integrar critérios sócio-culturais e éticos aos econômicos e políticos, mostrando a participação de cada cidadão na construção de seu futuro (WERTHEIN, 2000) garantindo assim, que cada pessoa possui a capacidade e o dever de assumir responsabilidades que implicam direta ou indiretamente à sua saúde, por meio de atividade politizada (SALERNO, 2004), atividades direcionadas ao problema da degradação ambiental com a mobilização da comunidade para adaptar seu ambiente às suas necessidades, e aumentando a consciência ambiental, “a criatividade” como veículos para mudança pessoal e social. Entre outros que ajudam a capacitar os indivíduos e as comunidades incentivando a auto-determinação para atuar na minimização da exclusão social, promovendo a socialização saudável dos indivíduos, na tomada de decisões, organização e condução da mudança social (SUTTON, 2005).

Assim, este estudo expõe a relação da enfermagem e a política de saúde ambiental que ocorre nas resoluções práticas e política, pois as enfermeiras assumem o papel de liderança nas políticas e práticas institucionais, incentivando em reduzir, reciclar, reutilizar materiais, encorajar políticas de gestão ambiental (SATTLER, 2005). E pela capacidade de as enfermeiras estabelecerem novas possibilidades de parcerias, visto que muitos grupos partilham preocupações e necessidades, visando desenvolver objetivos em comum, de contribuir na redução de exposição pública aos riscos ambientais, à utilização consciente dos recursos da natureza, melhorar entendimento para promover a saúde socioambiental.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DA SAÚDE SOCIOAMBIENTAL

O pensar em saúde há muito tempo vem evoluindo conceitos sobre a complexidade e diversidade de fatores relacionados à integralidade da atenção à saúde, neste sentido é sabido que se torna imprescindível rever/associar aspectos como o viver em grupo, comunidade. Ou seja, considerar a pertinência à saúde das relações com fatores sócio-econômico e ambientais, que estão estruturadas na vertente da Atenção Primária em Saúde (APS), compreendida como

assistência sanitária essencial com participação de indivíduos e famílias, com valores de descentralização, interdisciplinaridade, intersetorialidade, organização, diversidade, co-gestão, e solidariedade. E ainda, com atenção ao Desenvolvimento Rural Integral visando incorporar o potencial produtivo das comunidades à tecnologia e organização social, na intenção de realçar o melhoramento da qualidade de vida das populações marginais e pobres (OMS, 2000).

Na geração de uma melhor saúde e qualidade de vida, a APA é conduzida com a proposta na conservação e melhora da qualidade do ambiente. Esta interação ambiente-saúde se fortalece ao compreender que todo indivíduo está inserido em um determinado ambiente (natureza) e pertencente a uma comunidade (espaço coletivo, social e cultural), ou seja, este indivíduo constantemente se inter-relaciona com diversos fatores sociais, econômicos e ambientais, que são dinâmicos, bem como interage com instituições locais e organizações de grupos da comunidade (CEZAR-VAZ, 2008). Estas interações apresentam seu caráter de poder influenciar direta e indiretamente na saúde, caracterizando assim a saúde socioambiental.

A fim de caracterizar e definir o espaço de atuação da equipe de saúde, bem como de moradia e sobrevivência dos indivíduos e comunidade, este se constitui em um âmbito privilegiado para desenvolver esforços sistemáticos com tendências a resolver os problemas e a elevar a qualidade de vida dos cidadãos. O nível local fortalece a participação da comunidade, no qual permite gerar projetos de ação com viabilidade e identificação dos atores sociais, para assim identificar melhor estratégias de ação e coordenação, promovendo, junto com a população, propostas que se materializem de forma efetiva em um desenvolvimento local sustentável (SANT'ANNA, 2009).

Neste sentido, a proposta da APA destaca a participação ativa dos indivíduos, famílias e comunidades junto aos serviços de saúde e ao Estado para atuação efetiva como agentes de mudança, que proporcionam almejar a integralidade na saúde a partir do conhecimento, identificação e solução dos problemas ambientais que influenciam a saúde e limitam a qualidade de vida e a sustentabilidade. Para isso, destaca-se que junto aos trabalhadores, os indivíduos devem adotar estratégias que permitam à comunidade participar da análise e seleção de suas próprias necessidades e estabelecer as possibilidades de soluções e inovações (OMS, 2000). Ou ainda, a APA condiciona emergir grupos de pessoas que se organizam entre si, com a finalidade de proteger seu ambiente, recursos e espaço natural, concomitante ao elencar fontes para suas necessidades de sobrevivência.

Considerações a serem destacadas nestes grupos de organização da comunidade referem-se à sustentabilidade do ambiente em que estão inseridos e utilizam, abrange não só seu conceito da manutenção do ambiente ecológico, visto que está intrinsecamente ligado à qualidade de vida dos habitantes. No entanto, sobrepõe-se que a preocupação ambiental tem se ampliado entre as pessoas a partir de uma maior aproximação aos problemas locais das comunidades e sua influência na qualidade de vida dos moradores. E reconhecendo isto, é que enfatiza-se destacar a participação da comunidade nesta perspectiva da saúde socioambiental por meio da organização local. Este foco da participação sustentável à saúde socioambiental pode ser visualizado na comunidade em diferentes formas de agrupamentos, considerando grupos politizados como Associação de Moradores e Conselhos Locais de Saúde, grupos com utilização de recursos do ambiente como Associação de Pescadores, Recicladoras de Materiais Sólidos e Grupo de Artesanato.

A partir da proposta da APA, pode-se compreender estes grupos organizados da comunidade como “associação organizada e voluntária de cidadãos, baseada nas práticas de ajuda mútua e relações solidárias” (OMS, 2000, p.28). Tais organizações locais com a perspectiva na atenção primária se fortalecem ao estar articulada, direta ou indiretamente, com os trabalhadores de saúde que estão alocados na comunidade, seja por meio de articulações de trocas de conhecimento, educação em saúde, entre outras oportunidades.

Estas atividades de interrelação na atenção primária tendem a ser conduzidas pelos seis princípios básicos que fundamentam a APA como estratégia, de forma a assegurar a viabilidade em produzir mudanças na comunidade a partir da conscientização e participação local. A estes princípios inclui-se a **participação da comunidade** para estimular consciência a partir de capacitação para participação responsável, informal e organizada; **organização** para que as demandas e ações adquiram relevância e êxito; **Prevenção e proteção ambiental** visando que as atividades de desenvolvimento econômico e social local evitem ou minimizem o dano ambiental; **Solidariedade e equidade** para reduzir desigualdades por meio do compromisso dos cidadãos entre si e do Estado para com eles e com a justiça social; **Integralidade** descentralizar as ações e responsabilidades em torno da busca da sustentabilidade local; **Diversidade** relacionada ao respeito às diferenças da multiplicidade dos ecossistemas e suas relações, como também das culturas que são distintas entre si (OMS, 2000).

A aproximação entre trabalhadores da saúde e grupos organizados da comunidade apresentam vínculos estreitados quando se considera o espaço de implementação da Saúde da Família, pois refere-se a estratégia do Ministério da Saúde no nível primário de atenção, que

propõe conhecimento integral e continuado da comunidade para adaptação e organização do trabalho às prioridades da população de abrangência, a partir da delimitação de território e cadastramento das famílias locais. Assim, a saúde está compreendida em um campo de atuação e inter-relação na dinâmica estratégica de aproximação trabalhador-comunidade proposta da Atenção Primária em Saúde, por meio da estratégia Saúde da Família.

Esta estratégia ao produzir aos trabalhadores interação e conhecimento do indivíduo como pertencente a um meio social e ambiente, que influencia constantemente sua condição de vida e saúde, conduz ao fortalecimento da autonomia e corresponsabilização para a saúde.

2.3 RESPONSABILIZAÇÃO PELA SAÚDE DA COMUNIDADE E A PARTICIPAÇÃO DESTA

Na expressão da Política da Atenção Primária que promove o desenvolvimento da comunidade no sentido de sua autonomia e corresponsabilidade da manutenção e recuperação da sua saúde (OMS, 2000), permeada por fatores socioambientais determinantes à vida e saúde, emerge o trabalho mutuo entre equipes de saúde e organizações da comunidade como um conector em ambos espaços/trabalhos, intermediados pelo contato, articulado por meio de processos dialógicos (CEZAR-VAZ, 2008).

Estes processos dialógicos emergem da interação estabelecida/fortalecida entre trabalhadores da saúde e indivíduo, família e comunidade, e podem se caracterizar como abordagem imediata ou mediata – relação direta com grupos coletivos ou por meio dos demais colegas de equipe, respectivamente. Ou seja, a forma imediata de interação é desenvolvida diretamente entre enfermeira e um sujeito (singular ou plural) que representa a categoria coletiva “comunidade” e a forma mediata de conexão, na qual existe outro sujeito (plural ou singular) que intermedia esta interação (SANT’ANNA 2011).

A responsabilidade pela saúde da população não é única, ou seja, a saúde é promovida e fortalecida através da atuação conjunta/interação entre profissionais da saúde, gestores locais, estaduais ou federais, bem como de essencial participação da comunidade. Assim, esta responsabilidade caracteriza/fortalece a produção coletiva de saúde; influencia e contribuição direta e/ou indireta nos processos de trabalhos locais, equipe de saúde e grupos da comunidade, que conseqüentemente favorece atenção à saúde de forma mais integral e eficiente.

Ao discutir responsabilidade para/na saúde remete-se a um processo complexo e contínuo, pois apreende a diversidade de trabalhadores e órgãos governamentais ou não, bem como a articulação e eficiência específica de cada um, e complementar entre si. Assim, pode-se pensar em atribuições comprometimento e responsabilidade governamentais tripartite, atribuições profissionais de cada categoria dos trabalhadores que compõe a equipe da rede básica de saúde, co-participação e correponsabilização dos sujeitos da comunidade.

Na abrangência da atuação dos gestores implica agir coerentemente na abordagem à responsabilidade pela saúde. A gestão planeja e desenvolve a organização financeira, programar suporte de serviços, implementar políticas públicas, grifar a descentralização para melhor eficiência no trabalho gestor e desenvolvimento de ação equânime. Pois o desenvolvimento de políticas ambientais visando a saúde pode se dar em diferentes ambientes como lares, locais de trabalho, escolas e comunidades, amparados pelos níveis de governo responsável, local, estadual, federal, e internacional (SATTLER, 2005).

Na responsabilidade municipal é destacado a participação efetiva dos gestores nas três esferas de governo, federal e estadual, no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de informações qualifiquem as pesquisas nessa área; incentivar o reforço da ação comunitária e identidades culturais; ênfase na efetiva participação da comunidade, abrangendo setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, visando identificação e implementação ações de intervenção.

Os programas sociais apresentam-se como forma de redução das desigualdades, papel da coesão social e da política pois a saúde possui melhores indicadores quando há distribuição uniforme dos recursos do mercado e trabalho (emprego); bem-estar dos recursos estatais (cuidados de saúde cobertura das despesas e da saúde pública, educação, serviços de apoio familiar, social) e transferência recursos, recursos culturais (associações civis); e recursos políticos (distribuição de potência) (STARFIELD, 2007)

Na atenção primária em saúde, a equipe de trabalhadores contribui na responsabilidade para a saúde por meio do atender a demanda da comunidade, estimular e fortalecer vínculos de aproximação ao indivíduo, aperfeiçoamento e capacitação dos trabalhadores da equipe, planejamento e organização dinâmica do trabalho, educação permanente, articulação da equipe com outros setores e grupos da comunidade, e ainda articulação entre o trabalho da equipe multiprofissional.

A interação entre enfermeira e comunidade é fortalecida por sua atuação com entidades coletivas locais, o que possibilita a transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos, no planejamento das ações locais. Esses sujeitos destacam-se por serem moradores

locais e constituem-se, com base na representação de instâncias coletivas da comunidade, como conectores coletivos na interação da comunidade adscrita ao trabalho da enfermeira (SANT'ANNA 2011).

A responsabilidade pela saúde da população abrange o reconhecimento e envolvimento de cada indivíduo e do grupo no trabalho desenvolvido nos serviços de atenção à saúde, fortalecimento de vínculo com a equipe profissional, identificar sua autonomia no processo de decisão e seus deveres, e conhecer seus direitos para participação na produção de saúde. Enfatizar a participação de indivíduos, grupos coletivos, trabalhadores, órgãos representativos comunitários e gestores, no processo de construção dos serviços de atenção à saúde eficazes fortalece a credibilidade e possibilidade de prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população.

Ao ambiente associa-se uma questão ética apresentando as responsabilidades de cada ser humano para perceber sua própria relação com o meio ambiente, identificando de que forma suas decisões e ações produzem impacto na qualidade do meio de sobrevivência (SATTLER, 2005, SATTLER, 2008). Neste sentido, certifica-se que o insucesso nesta participação dos diferentes sujeitos, produzem desgaste e frustração, pois direciona-se a responsabilidade para os trabalhadores, produzindo nestes sentimentos de alienação, impotência, estresse, conflitos, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

O conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele – processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos, requer a participação de múltiplos sujeitos para dar conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral.

2.4 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Vive-se atualmente na dinâmica da relação do crescimento populacional e a saturação das condições socioambientais, excedente até mesmo à capacidade do planeta (ADELINE, 2006), o que faz gerar fatores sociais determinantes na relação do processo saúde/doença. Estes determinantes sociais de saúde (DSS) abrangem aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que se relacionam e influenciam na saúde e nos fatores de risco da população. O que faz superar a visão sociologista e biologista para as complexas redes e variáveis existentes nas condições de tempo e espaço (LEFF, 2008)

compreendendo a dinâmica da vida e suas relações e interações com diversos fatores podem variar de acordo com o momento e a situação que se estabelece.

Os DSS possuem relação com a disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, logo as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, que compreendidas em um mesmo espaço agrupam-se por visar a busca de objetivos comuns e o compartilhamento de saberes pois a informação é parte integrante de toda atividade humana, individual ou coletiva (WERTHEIN, 2000). Logo, a principal abordagem na atenção primária à saúde, na relação com os fatores determinantes sociais e ambientais para o indivíduo, centraliza-se na integralidade à saúde.

A interação do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde junto à comunidade favorece o planejamento das ações em saúde mais adequado às necessidades prioritárias, concomitantemente, proporciona sustentabilidade ao processo de trabalho desenvolvido frente aos determinantes e condicionantes de saúde. E assim, “compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.” (BRASIL, 2010, p.12).

A integralidade à saúde é visualizada aqui como intenção de abranger os diversos fatores que interferem no processo de produção da saúde – como um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, na particularidade de cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (SANT’ANNA, 2009). E assim confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em uma comunidade, para visualizar a criação de estratégias que reduzam exposição a riscos, promovam equidade e fortaleça a participação dos sujeitos.

Nesta abordagem, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) no documento *Social Determinants of Health: the solid facts* afirma que na atenção primária, os Determinantes Sociais de Saúde possuem maior representatividade à saúde das pessoas do que os fatores de risco individuais ligados ao estilo de vida de cada pessoa. Pois as questões sociais superam as biológicas quando falamos sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Desta forma, destaca-se o trabalho organizado na comunidade vai além das propostas de ação dos serviços de saúde, e então prevê ir além do atendimento assistencial, e sim orienta e estimula que os trabalhadores desenvolvam ações extra unidade de saúde, participando/organizando grupo de educação em saúde, fortalecendo vínculo com instituições locais e com pessoas representativas de um coletivo.

Ao reconhecer a existência de fatores que vão além da abrangência dos serviços de saúde, é que discuti-se a complexidade do processo de trabalho em saúde em relação as influência e interações com os DSS, que tendem a amenizar a angústia dos trabalhadores por meio do vínculo de confiança e estreitamento de elos entre equipe de saúde e comunidade, bem como identificação do desenvolvimento de atividades locais – emergidas da organização da própria comunidade. Esta organização da comunidade pode ser visualizada como complementar aos serviços de saúde, a qual caracteriza o foco do presente estudo, tendo em vista a centralidade no trabalho de ambas instituições, comunitárias e serviços de saúde.

Esta organização local é uma associação estruturada, complexa e contraditória composta por indivíduos, grupos sociais, classes, frações ou segmentos de classes sociais, que agem no sentido de realizar objetivos específicos. Permitindo-os assim relacionarem, conviverem, interagirem e se reconhecerem como seres sociais. É possível afirmar que cada organização possui uma configuração singular que a caracteriza e influencia o comportamento dos indivíduos (KRAMER; FARIA, 2007).

Essa configuração traduz as exigências do ambiente, os objetivos e estratégias organizacionais, a cultura local, as características de cada indivíduo e dos grupos que eles formam. Uma organização pode ser vista como uma reunião de pessoas que cumprem determinada função para a realização de objetivos, que devem ser consoantes com a finalidade organizacional, que designa a razão de existir da organização, que caracteriza a identidade do grupo. O fato de um indivíduo estabelecer vínculos com a organização não garante que os objetivos serão realizados sem percalços, mas o compromete com o desempenho e com os resultados alcançados, uma vez que ele se sente efetivamente identificado, pertencente e participante da organização. O reflexo do desenvolvimento do trabalho realizado nos grupos organizados, na complementaridade à saúde, aproxima ao alcance da integralidade à saúde, pois compreende ação efetiva e ativa dos indivíduos que compõe a comunidade.

A equipe atuando com os grupos organizados da comunidade favorece a integralidade à saúde por meio de ações e intervenções, nos serviços de saúde e nos grupos, em relações dialógicas entre sujeitos, as quais transcendem as diferentes camadas de objetivação dos serviços de saúde. Logo, esta mutualidade entre grupos da comunidade e equipe atua abrangendo atenção à diversidade dos DSS, e não apenas para a doença, assim como facilita a organização e reconhecimento do trabalho efetivo na atenção primária. Na relação entre equipe e grupos organizados da comunidade, utilizando outros espaços extra UBS, ocorre processos para produção de saúde intermediado pelo trabalho coletivo. Desta forma, é

possível afirmar que os grupos organizados na comunidade são grupos promotores da saúde, ainda que percebido de forma implícita ou explicitamente exposta.

O trabalho em saúde desenvolvido a partir dos DSS, viabiliza planejar e realizar ações na abordagem ao conceito de saúde previsto pela WHO (1984) pela capacidade em realizar aspirações e satisfazer necessidades, em consonância ao ambiente. Com esta compreensão do processo saúde-doença associada à complexidade do trabalho na Atenção Primária em Saúde, a equipe multiprofissional trabalha diretamente com a saúde dinâmica e processual. Instrumentos interdisciplinares são exigidos para a transformação do objeto de trabalho, transformado coletivamente em produto do trabalho, como um produto complexo, necessitando de relações de múltiplas trocas. Trocas no sentido de viabilizar condições produzidas pelos diferentes agentes da ação, agente trabalhador e agente cliente, em suas diferentes posições sociais que se aproximam às exigências históricas apresentadas (CEZARVAZ, WEIS, COSTA, SOARES, BONOW, CARDOSO, et al., 2007).

Estas relações caracterizam a mutualidade no trabalho, como movimento de solidariedade que traduz a interajuda entre as pessoas – no que atende as necessidades e o que contribui para atuar nos DSS. Esta mutualidade abrange o voluntário intercâmbio recíproco de recursos e serviços para o benefício mútuo, através da entreatajuda.

Este benefício mútuo é produto da inter-relação do trabalho da comunidade e equipe de saúde, visto que possibilita os trabalhadores perceberem a efetividade de suas ações, bem como ampliar melhoria da qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, as interações são visualizadas no amparo aos recursos materiais e humanos, acesso aos serviços de saúde, adesão da comunidade às atividades oferecidas pela unidade (MARIN, OLIVEIRA, ILIAS, HIGA, 2007). Logo, atuar aos elementos da saúde que se caracterizam como seus determinantes e condicionantes – hábitos de vida e cultura, condições de trabalho, de moradia, de ambiente, educação, lazer, acesso a serviços – representam limitações e avanços dos grupos comunitários que organizam entre si as suas particularidades.

3 MÉTODO

3.1 PESQUISA DE REVISÃO INTEGRATIVA

Para operacionalizar o objetivo referente à pesquisa bibliográfica foi realizada uma revisão integrativa da literatura (WHITTEMORE, KNAFL, 2005), guiada pelos estágios a seguir: identificação do problema; busca da literatura com o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; categorização dos estudos a partir da extração das informações; organização e sumarização das informações e a formação do banco de dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão e uma análise crítica dos estudos selecionados através da redução, exposição e comparação dos dados, bem como o desenho e a verificação da conclusão.

Para atingir o objetivo, optou-se pelo método da revisão integrativa, a qual possibilita sintetizar pesquisas finalizadas e obter conclusões a partir do tema saúde ambiental (AS) na subárea da enfermagem em saúde pública (SP). Na operacionalização desta revisão, se utilizou seis etapas: definição das questões norteadoras; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos artigos científicos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos estudos incluídos e interpretações dos resultados e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE, KNAFL, 2005). A questão norteadora foi assim definida: *Como a Saúde Ambiental encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em Saúde Pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária?*

A seleção dos estudos foi centrada na SA como objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP. Desta forma, os estudos de interesse procurados necessitavam abordar a SA de comunidades. Para auxiliar na padronização da busca, optou-se utilizar a definição de SA da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). A SA está relacionada com os fatores físicos, químicos e biológicos externos de uma pessoa que podem interferir no comportamento humano. Ela compreende a avaliação e controle desses fatores ambientais que possuem potencial para afetar negativamente a saúde. E isso é alcançado por meio da prevenção de doenças e a criação de ambientes saudáveis. Salienta-se que esta definição exclui comportamentos não relacionados ao meio ambiente, bem como a comportamentos relacionados aos ambientes social e cultural e a genética (WHO, 2013). Justifica-se a escolha pela abrangência histórico-social da definição nas diferentes áreas do

conhecimento, tornando-a multidisciplinar na produção do conhecimento e na particularidade da área da Enfermagem em SP.

A opção por periódicos como fonte de dados advém da expectativa de que este tipo de publicação geralmente reporta as informações mais correntes sobre o assunto; freqüentemente constitui-se a única fonte de relatórios de pesquisa (GOODE, HATT, 1979) que possibilita o conhecimento público da produção de conhecimento científico da área de interesse do estudo.

3.1.1. Critérios de inclusão e exclusão

A literatura *peer reviewed* foi rastreada a fim de identificar artigos que documentassem a produção da Enfermagem em SP na relação com a SA de comunidades, conforme referido anteriormente.

A SA inclui qualquer fator externo as pessoas que vivem em determinado *entorno* (em redor das pessoas), neste estudo o entorno corresponde a determinada comunidade. Portanto, reitera-se que a revisão foi restrita aos estudos que explicitassem a SA na relação com o objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP.

Dissertações e teses e textos sem resumos não foram incluídos. Estudos que não apresentassem pelo menos um enfermeiro como autor foram excluídos. O estudo ficou restrito a artigos que estivessem disponíveis (livre ou não) em Inglês, Português ou Espanhol. Foram considerados nesta revisão somente estudos que constituíssem pesquisas com dados empíricos na relação com a SA como objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP.

3.1.2. Estratégias de busca para identificação dos estudos

A pesquisa foi realizada para janeiro de 1992 a dezembro de 2012, justifica-se a escolha desse período devido à relação da Enfermagem com a SA, como objeto de estudo e intervenção, a partir da contextualização sócio-temporal junto à Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento. Além do que esse marco histórico justifica a evidência relatada de que a descrição formal das competências técnico-científicas da Enfermagem em SP não é explícita, na comunidade científica, até 1990 (SÁNCHEZ, ENCARNA, 2004).

As bases de dados eletrônicas utilizadas foram Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Web of Science, Cochrane Library e Science Direct.

Para a busca dos textos *peer reviewed* utilizou-se a National Library of Medicine - Medical Subject Headings (MeSH®), para a confirmação das palavras-chaves requeridas, a saber: *Environmental Health* (trata da ciência de controlar ou modificar condições, influências ou força que cercam o homem/mulher e que se relacionam com a promoção, o estabelecimento e a manutenção da saúde), *Public Health Nursing* (a área da enfermagem com foco na saúde da comunidade por meio de programas preventivos e educacionais, bem como, o fornecimento de serviços de tratamento e de diagnóstico), e *Community* (elementos que caracterizam uma população; são aplicáveis na determinação e necessidade de utilização de serviços de saúde).

A exclusão ou inclusão dos estudos foram realizadas por dois avaliadores independentes, havendo consenso entre os avaliadores em todas as etapas.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA EMPÍRICA

3.2.1 Delineamento da pesquisa

A etapa de pesquisa deste estudo foi realizado com corte transversal da relação entre o trabalho das equipes na Saúde da Família com o trabalho desenvolvido nos grupos organizados da comunidade. Com base em um modelo socioambiental, construído a partir dos significados expressos na relação do trabalho de ambos os sujeitos – trabalhadores da SF e participantes dos grupos organizados das comunidades.

O subsídio metodológico para as análises do estudo se constitui pelo enfoque pragmático da produção da saúde socioambiental direcionadas pela análise dos dados empíricos na perspectiva da análise de conteúdo temático, estratégia de pesquisa que emerge da exploração ampla das problemáticas do mundo cotidiano, a fim de analisar a vida moldada pela organização social (GREEN; THOROGOOD, 2005).

Esta abordagem busca compreender os fatos a partir da percepção de um determinado contexto ou objeto, visando conhecer a realidade, através de procedimentos sistemáticos, os

quais permitem de forma subsequente à sistematização de conhecimentos e explicação dos acontecimentos. Fato que auxiliará na validação da tese.

3.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida tendo por referência o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família nos principais municípios que compõem a microrregião do Litoral Lagunar, que tenham cobertura da estratégia Saúde da Família (SF), ou seja, os municípios do Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar (Quadro1).

Quadro 1 – Municípios com adesão a SF e número de equipes SP participantes do estudo

Município	Adesão a SF	SF	
		Numero	Cobertura (%)
Chuí	-	-	-
Rio Grande	Mai -98	20	36
Santa Vitória do Palmar	Dez – 99	03	30
São José do Norte	Nov -2003	03	42

Fonte: Estado do Rio Grande do Sul - Abr/2006 – www.saude.rs.gov.br (acessado em 22/06/2007)
SF – Estratégia Saúde da Família

3.2.3 Sujeitos da pesquisa

A fim de identificar as situações sociais, como auto-organização predominantemente dos trabalhadores, mas não só, foi desenvolvido a pesquisa anterior, intitulada “Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a Saúde da Família – Uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde” (CEZAR-VAZ, 2006-2010), em que o foco era para a processo de trabalho dos trabalhadores constituintes da equipe básica da Saúde da Família de toda 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Salienta-se que a partir dessa experiência foi possível à inserção do pesquisador, por meio de entrevista e observação contínua do trabalho local. Possibilitou, também, a identificação de formas de agrupamento de moradores das comunidades em que assumiam contornos de grupos organizados, no sentido do trabalho conjunto para determinada finalidade cooperativa, a desempenhar, em benefício comum, determinada atividade.

Com o conhecimento anterior selecionou-se os sujeitos da presente pesquisa. Desta forma, incluem-se os trabalhadores das equipes da Saúde da Família e os participantes dos

diferentes grupos organizados da comunidade na delimitação da estratégia Saúde da Família, de abrangência dos municípios de Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar, conforme anteriormente referido.

Identifica-se que os grupos organizados se especificam de acordo com a finalidade e o produto do trabalho desenvolvido, estes totalizaram 13, nos três municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. O total de participantes foi de 70 moradores integrantes dos grupos incluídos no estudo, assim compostos: 05 grupos de artesanato – 35 integrantes, 04 associações de moradores – 17 integrantes, 02 conselhos locais de saúde – 08 integrantes, 01 associação de pescadores – 05 integrantes e, 01 associação de reciclagem – 05 integrantes. Selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: estar adstrito ao território de cobertura da estratégia Saúde da Família (SF) no período do levantamento das informações a respeito do cenário de investigação – 2008; desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e; não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas pelo Ministério da Saúde para intervenção da SF.

Os trabalhadores das 12 equipes SF contabilizaram 58 entrevistados, mais 02 perdas e 02 recusas, conforme distribuição: 25 agentes comunitários (ACS) e 01 perda; 12 auxiliares de enfermagem (AE); 11 enfermeiros (E) e 01 recusa e; 10 médicos (M), 01 recusa e 01 perda.

3.2.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados, foi conduzida entre 2009 e 2010, primeiramente utilizou-se a entrevista com os sujeitos, gravada em áudio e guiada por um roteiro com questões semi-estruturadas que permite flexibilidade e sequência dos questionamentos.

O roteiro da entrevista foi testado por meio de estudo piloto junto a uma equipe de Saúde da Família e um grupo não pertencente ao grupo selecionado para a amostra, e estruturado em duas partes: a primeira, um questionário para caracterização dos sujeitos (Anexo IV e V); e a segunda, o roteiro propriamente dito das entrevistas que para esta apresentação orientou-se através de questões específicas, um roteiro para os sujeitos da equipe de saúde e outro para participantes dos grupos.

Para os trabalhadores da SF o instrumento é constituído das questões (Anexo VI): Fale sobre a responsabilidade pela saúde da comunidade (Quem é responsável? Como? Por que pensa assim?); Fale como o trabalho dos grupos organizados da comunidade influencia o trabalho da equipe de Saúde da Família. Dê exemplo?; Quais as possíveis contribuições do

trabalho da equipe de Saúde da Família para os grupos organizados da comunidade. Dê um exemplo?; Quais as possíveis contribuições do trabalho dos grupos organizados da comunidade para a equipe de Saúde da Família? Dê um exemplo; Fale sobre a mobilização (ação) da comunidade a respeito das questões sobre a saúde?.

Para os participantes dos grupos organizados as seguintes questões norteadoras (Anexo VII) foram utilizadas: Fale sobre a responsabilidade pela saúde da comunidade (Quem é responsável? Como? Por que pensa assim?); Fale como o trabalho da equipe de Saúde da Família influencia no trabalho do grupo. Dê exemplo?; Quais as possíveis contribuições do trabalho da equipe de Saúde da Família para os grupos organizados da comunidade. Dê um exemplo?; Quais as possíveis contribuições do trabalho dos grupos organizados da comunidade para a equipe de Saúde da Família? Dê um exemplo; Fale sobre a mobilização (ação) da comunidade a respeito das questões sobre a saúde?.

Sublinha-se que foi realizada uma aproximação prévia para conhecer os membros, por meio da indicação dos trabalhadores da SF, ou seja, de um participante de cada grupo para a realização da entrevista semi-estruturada e da observação em longo tempo, viabilizando “familiarização” dos participantes com os pesquisadores, conforme descrição a seguir.

Em segundo momento, para promover o aprofundamento dos significados, de forma complementar e esclarecedor à entrevista, foi realizada observação não participante (ANEXO IX) do trabalho desenvolvido pelos grupos na interação com a equipe, que oferece ao pesquisador a possibilidade de investigar fenômenos não perceptíveis pelos próprios sujeitos, pois mesmo que despropositadamente, por vezes, os relatos não condizem com as ações. Assim como, para o fornecimento de informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado, ou seja, apreender os diálogos de saberes inclusos no espaço do trabalho integrado das equipes da saúde da família com os grupos organizados das comunidades.

Salienta-se que a técnica de observação permite evidenciar substancialmente a obtenção de dados referentes a características e condições individuais, tais como traços e comportamentos de comunicação verbal e não verbal, atividades e habilidades, e características socioambientais (as mais coletivas e expressas no meio laboral dos grupos).

Para aumentar a confiabilidade das evidências observacionais, adota-se ter mais do que um observador em campo. Neste intuito, no desenvolvimento da observação sempre foi realizada com no mínimo 02(dois) observadoras, formando duplas e realizando rodízio na tentativa de permanecer uma das pesquisadoras que já tenha realizado observação previamente, para manter um pesquisador já conhecido aos participantes. Assim como, na intenção de evitar a tendenciosidade do observador, pois emoções, concepções e valores

podem influenciar a forma como os comportamentos e acontecimentos são percebidos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Na etapa da observação foi utilizado o memorando, que reuniu informações registradas em pequenas anotações (GREEN; THOROGOOD, 2005), descrevendo enfoques e momentos da vivência do grupo e os elementos de interação, caracterizando-a como fonte original de dados, pois inclui as interpretações do observador acerca das atividades desenvolvidas. Esta etapa da coleta de dados evidencia por meio das anotações de campo um registro por escrito, compreendida como material bruto da pesquisa para então o pesquisador filtrar, decodificar e atribuir um sentido aos dados para torná-los significativos. Neste sentido, favorece a percepção do mundo a partir do olhar dos participantes do estudo, assim como, extrair o significado dos eventos e situações e captar as sutilezas da diversidade cultural, ou seja, permite a visualização do processo em si e dos significados subjetivos que envolvem as relações em estudo.

Foram realizadas 116 horas de observações distribuídas em todos os 13 grupos organizados da comunidade e a média de horas de observação por grupo foi de 9 horas e 30 minutos, aproximadamente.

3.2.5 Organização e análise dos dados

A análise de dados foi efetuada a partir do conjunto de dados na forma de textos digitalizados. Os dados organizados foram transferidos para o software NVIVO 7.0, para realização da análise qualitativa de conteúdo temático. Destaca-se a importância em utilizar ferramentas tecnológicas no processo de análise de dados qualitativos devido à agilidade, rigor da organização das informações, fidedignidade em desenvolver esquemas de codificação consistentes, e por assegurar que todos os casos relacionados a um fenômeno serão incluídos na análise.

Os dados ou trechos do texto disponibilizado pelo software foram destacados e preparados para compor o sistema de relações entre as categorias de análise e as categorias empíricas (GREEN; THOROGOOD, 2005), que emergem por meio do predomínio de seus significados. No processo de análise realiza-se a codificação que integra as categorias e subcategorias visando descobrir a categoria central. Conforme estrutura representativa em forma da matriz analítica apresentada a seguir.

Os três eixos macros para proceder à análise do objeto de análise são:

Determinantes sociais de saúde - Atenção Primária em Saúde – Enfermagem Comunitária. As principais categorias abstraídas dos eixos correspondem à mutualidade na reciprocidade do trabalho; responsabilidade sobre a saúde da comunidade e; a prática do enfermeiro para atuar na comunidade a partir da relação entre saúde e ambiente.

3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Adotaram-se precauções éticas referentes aos encaminhamentos de pesquisa em consonância à Norma de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos pela Resolução CNS 196/96: orientação dos sujeitos acerca do interesse de participação e desistência na pesquisa, garantia do anonimato da entrevista e da observação; garantia do sigilo sobre a autoria das respostas e das identidades observadas e; utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (uma via para o processo da pesquisa e outra para o participante da pesquisa) (ANEXO II, III e VIII), no qual ficou explícito o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, a metodologia e o modo de divulgação dos dados da pesquisa.

Desse modo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, parecer nº 52/2008 (ANEXO I), após concordância para realização da pesquisa por parte da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde - 3º CRS e das Secretarias Municipais responsáveis pelo trabalho das Equipes da Saúde da Família na região do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA QUALITATIVA

Integrantes dos Grupos Comunitários Organizados

Contempla 13 grupos comunitários localizados em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Numericamente, contou-se com a participação de 70 participantes envolvidos exclusivamente em um dos grupos comunitários investigados, quais sejam: 05 grupos de artesanato – 35 envolvidos, 04 associações de moradores – 17 envolvidos, 02 conselhos locais de saúde – 08 envolvidos, 01 associação de pescadores – 05 envolvidos e, 01 associação de reciclagem – 05 envolvidos. Selecionado a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: estar adstrito ao território de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no período do levantamento das informações a respeito do cenário de investigação - 2008, desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente para intervenção da ESF.

Do conjunto de 70 envolvidos no trabalho dos grupos comunitários investigados pôde-se identificar que 55 (78,5%) são do sexo feminino. Este predomínio tem sua exceção na associação de pescadores. Fator relacionado à distribuição de funções do coletivo no qual os homens realizam a pesca e a negociação da limpeza e da venda da mercadoria, enquanto as mulheres realizam a limpeza da matéria prima, pescado.

A faixa etária dos trabalhadores indica uma população predominantemente adulta. A média das idades por grupo revela que o conselho local de saúde envolve um coletivo com maior idade, 54 anos; os grupos de artesanato apresentam-se em consecutivo com 50 anos; já à associação de moradores e a de reciclagem com uma média de 41 anos e as associações de moradores revelam uma idade média de 40 anos.

O estado civil dos 70 envolvidos que compõem os diferentes grupos comunitários, 40 (57,1%) relataram estar casado; 13 (18,5%) solteiro; 06 (8,5%) viúvo; 05 divorciado (7,1%) e, outros 04 (5,7%) em união estável. As informações a respeito da prole dos envolvidos revelam que 02 (2,8 %) não possuem filhos; 12 (17,7%) possuem um filho; 16 (22,8%) dois filhos; 18 (25,7%) três; 09 (12,8%) quatro e, 13 (18,5%) mais de cinco.

No que se refere ao desempenho de atividades de trabalho destaca-se que 23 (32,8%) trabalham como autônomos; 13 (18,5%) estão desempregados; 12 (17,7%) empregados; 07 (10,0%) recebem aposentadoria por invalidez; 04 (5,7%) recebem aposentadoria por tempo de serviço; 04 (5,7%) são pensionistas; 04 (5,7%) possuem outra fonte de rendimento; 02 (2,8%) recebem auxílio desemprego e, 01 (1,4%) auxílio doença. Assim, em relação à renda mensal foi referido como ausente para 09 (12,8%) envolvidos, 23 (32,8%) relatam uma renda de até um salário mínimo – R\$ 510,00 (BRASIL, 2010), 25 (35,7%) indicam uma renda de um a dois salários, 12 (17,7%) entre três e cinco salários e 01 (1,4%) mais de cinco salários.

Foi referido ainda que residem há mais de cinco anos na comunidade, com exceção de 01 (1,4%) dos envolvidos em uma das associações de moradores que está há mais de quatro anos. A existência dos grupos referida pelos envolvidos evidencia que a associação de pescadores tem o maior tempo de existência na média são 63 meses; as recicladoras, 52; as associações de moradores, 50; os Conselhos Locais de Saúde, 31 e, as artesãs, 22 meses.

Do conjunto de 70 envolvidos a escolaridade autorreferida caracterizou a presença do analfabetismo por 02 (2,8%) envolvidos, o semianalfabetismo em 08 (11,4%), o ensino fundamental incompleto em 24 (34,2%), o completo em 12 (17,7%), o ensino médio incompleto em 07 (10,0%), o completo em 12 (17,7%), o ensino superior incompleto em 02 (2,8%) e o completo em 03 (4,2%).

Trabalhadores das Equipes Saúde da Família

Investigaram-se 08 equipes de Saúde da Família do município de Rio Grande - RS; 02, do de Santa Vitória do Palmar - RS e 02, de São José do Norte – RS, totalizando 12 equipes. Das 12 equipes da estratégia SF contabilizaram 58 entrevistados, mais 02 perdas e 02 recusas, conforme distribuição: 25 agentes comunitários (ACS) e 01 perda; 12 auxiliares de enfermagem (AE); FURG 11 enfermeiros (ENF) e 01 recusa e; 10 médicos (MED), 01 recusa e 01 perda.

Os resultados e as discussões estão apresentados no formato de três artigos científicos. O primeiro, desenvolvido a partir de uma revisão integrativa da literatura, intitula-se — **Saúde Ambiental na prática comunitária da Enfermagem em Saúde Pública: uma revisão integrativa da literatura**, o qual responde ao primeiro objetivo da tese: Caracterizar como a SA encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em SP, para o desenvolvimento da saúde comunitária. Foi elaborado de acordo com as normas do periódico

científico *Revista International Nursing Review* as quais se encontram disponíveis em:
<http://www.wiley.com/WileyCDA/>

O segundo artigo intitula-se — **Responsabilidades na e com a saúde socioambiental: fortalecendo a participação da comunidade na atenção primária ambiental**, respondendo ao segundo objetivo da tese: Conhecer a responsabilidade acerca da saúde da comunidade, por meio dos princípios da Atenção Primária Ambiental (APA), na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos grupos organizados da comunidade. Formatado conforme as normas do periódico científico *Avances em Enfermería*, as quais se encontram disponíveis em:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines>

O terceiro artigo intitula-se – **Determinantes Sociais de Saúde: contribuição mútua no trabalho de atenção à saúde socioambiental da comunidade**, respondendo ao terceiro objetivo da tese: Apreender a contribuição mútua (mutualidade) para a saúde da comunidade, na perspectiva da integralidade da saúde expressa pela base teórica dos Determinantes Sociais da Saúde, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade. Formatado de acordo com as normas do periódico científico *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, as quais se encontram disponíveis em:
<http://eean.edu.br/conteudo.asp?Cont=1>

4.1 ARTIGO I

Article

Saúde Ambiental na prática comunitária da Enfermagem em Saúde Pública: uma revisão integrativa da literatura

Cynthia Fontella Sant'Anna^{1,2}, Marta Regina Cezar-Vaz*¹

¹ School of Nursing, Federal University of Rio Grande/RS, Brazil, E-Mail: cynthiafs_enf@yahoo.com.br (C.F.S.)

² Federal University of Pampa, Uruguaiana/RS, Brazil

* Author to whom correspondence should be addressed; E-Mail: cezarvaz@vetorial.net (M.R.C.-V.) Tel.: +55 053-3233-8843; Fax: +55 053-3233-8843.

Received: / Accepted: / Published:

Resumo: Entende-se que a atuação da Enfermagem em Saúde Pública é indispensável, devido suas competências teóricas e práticas e de compromisso com a justiça social para minimizar as iniquidades no que se refere às condições inadequadas de vida em ambientes que incluam fatores físicos, químicos e biológicos que influam nessas condições. Este trabalho constitui-se em uma revisão integrativa que objetiva caracterizar como a Saúde Ambiental encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em Saúde Pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária. De 442 artigos, 30 atenderam aos critérios de busca. As publicações abrangeram a contaminação e exposição a riscos ambientais, o fortalecimento de grupos comunitários para a saúde ambiental e o desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem em saúde pública para a prática comunitária em saúde ambiental. Os resultados sumarizados, no presente estudo, suportam a tendência crescente do interesse na Saúde Ambiental como conhecimento essencial para a prática da enfermeira em Saúde Pública na comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública; Saúde ambiental; Saúde comunitária

1. Introdução

As Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas incluem a relação entre a saúde humana e a sustentabilidade da saúde ambiental (SA) [1]. Nessa perspectiva entende-se que a atuação da Enfermagem em Saúde Pública (SP) torna-se indispensável, por meio de suas competências teóricas e práticas e de compromisso com a justiça social para minimizar as iniquidades no que se refere às condições inadequadas de vida em ambientes que incluam fatores físicos, químicos e biológicos [2] que influam nessas condições.

O objetivo dessa revisão é caracterizar como a SA encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em SP, para o desenvolvimento da saúde comunitária. Conforme a OMS [3] a saúde comunitária corresponde um conjunto combinado de ciências, valores, crenças e habilidades direcionadas para a manutenção e desenvolvimento da saúde de todas as pessoas, por meio de ações coletivas e sociais. Os programas, serviços e instituições envolvidas priorizam a prevenção de doenças e as necessidades da população como um todo [3]. Acredita-se que a Enfermagem em SP seja uma subárea do conhecimento da Enfermagem que esteja construindo um conjunto de conhecimento atrelado às ciências socioambientais, ou seja, corresponde dizer que possui em sua produção evidências científicas que a fazem incluída no campo interdisciplinar da SA, na relação pretendida com a saúde de comunidades.

Buscou-se explicitar os temas e as formas de apreensão sobre a SA incluída na catalogação de artigos *peer reviewed*, definindo-se o âmbito e limite dos achados aqui apresentados. Destacando-se também o potencial futuro para outras pesquisas de revisão.

2. Método

Para atingir o objetivo, optou-se pelo método da revisão integrativa, a qual possibilita sintetizar pesquisas finalizadas e obter conclusões a partir do tema - SA na subárea da Enfermagem em SP. Na operacionalização desta revisão, se utilizou seis etapas: definição das questões norteadoras; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos artigos científicos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos estudos incluídos e interpretações dos resultados e apresentação da revisão integrativa [4]. As questões norteadoras foram assim definidas: *Como a Saúde Ambiental encontra-se estudada na produção científica da Enfermagem em Saúde Pública, para o desenvolvimento da saúde comunitária?*

A seleção dos estudos foi centrada na SA como objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP. Desta forma, os estudos de interesse procurados necessitavam abordar a SA de comunidades. Para auxiliar na padronização da busca, optou-se utilizar a definição de SA da Organização Mundial da Saúde (OMS) [2]. A SA está relacionada com os fatores físicos, químicos e biológicos externos de uma pessoa que podem interferir no comportamento humano. Ela compreende a avaliação e controle desses fatores ambientais que possuem potencial para afetar negativamente a saúde. E isso é alcançado por meio da prevenção de doenças e a criação de ambientes saudáveis. Salienta-se

que esta definição exclui comportamentos não relacionados ao meio ambiente, bem como a comportamentos relacionados aos ambientes social e cultural e a genética [2]. Justifica-se a escolha pela abrangência histórico-social da definição nas diferentes áreas do conhecimento, tornando-a multidisciplinar na produção do conhecimento e na particularidade da área da Enfermagem em SP.

2.1. Critérios de inclusão e exclusão

A literatura *peer reviewed* foi rastreada a fim de identificar artigos que documentassem a produção da Enfermagem em SP na relação com a SA de comunidades, conforme referido anteriormente.

A SA inclui qualquer fator externo as pessoas que vivem em determinado *entorno* (em redor das pessoas), neste estudo o entorno corresponde a determinada comunidade. Portanto, reitera-se que a revisão foi restrita aos estudos que explicitassem a SA na relação com o objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP.

Dissertações e teses e textos sem resumos não foram incluídos. Estudos que não apresentassem pelo menos um enfermeiro como autor foram excluídos. O estudo ficou restrito a artigos que estivessem disponíveis (livre ou não) em Inglês, Português ou Espanhol. Foram considerados nesta revisão somente estudos que constituíssem pesquisas com dados empíricos na relação com a SA como objeto coletivo e comunitário de estudo e intervenção na subárea da Enfermagem em SP.

2.2. Estratégias de busca para identificação dos estudos

As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas no período janeiro de 1992 a dezembro de 2012: CINAHL, Medline, Web of Science, Cochrane Library e Science Direct. Justifica-se a escolha desse período devido à relação da Enfermagem com a SA, como objeto de estudo e intervenção, a partir da contextualização sócio-temporal junto à Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento. Além do que esse marco histórico justifica a evidência relatada de que a descrição formal das competências técnico-científicas da Enfermagem em SP não é explícita, na comunidade científica, até 1990 [5].

Para a busca dos textos *peer reviewed* utilizou-se a National Library of Medicine - Medical Subject Headings (MeSH®), para a confirmação das palavras-chaves requeridas, a saber: *Environmental Health* (trata da ciência de controlar ou modificar condições, influências ou forces que cercam o homem/mulher e que se relacionam com a promoção, o estabelecimento e a manutenção da saúde), *Public Health Nursing* (a area da enfermagem com foco na saúde da comunidade por meio de programas preventivos e educacionais, bem como, o fornecimento de services de tratamento e de diagnóstico), e *Community* (elementos que caracterizam uma população; são aplicáveis na determinação e necessidade de utilização de serviços de saúde).

A exclusão ou inclusão dos estudos foram realizadas por dois avaliadores independentes, havendo consenso entre os avaliadores em todas as etapas.

3. Resultados

3.1. Inclusão, exclusão e apresentação dos estudos

Na busca da literatura foram identificadas 442 publicações. A maioria das publicações estava indexadas na Medline (n = 130), seguida da CINAHL (n = 124), Cochrane Library (n = 179) e Science Direct (n = 9). Após a identificação dos resultados, procede-se a remoção dos artigos duplicados, eliminando-se 57 publicações. Foram retiradas também as publicações que não contavam com pelo menos um autor enfermeiro, eliminando-se 26 publicações e cinco publicações que se apresentaram em alemão, grego, esloveno, chinês e japonês. Na primeira triagem embasada no título, foram analisadas 354 publicações. Tal análise permitiu a identificação de 114 referências relevantes. Dos 240 artigos excluídos após a leitura dos títulos, 59 não apresentavam adequação com a temática do estudo e 181 por não apresentaram metodologia de pesquisa empírica. A segunda triagem embasada no resumo dos artigos identificou 30 referências relevantes. Os 84 artigos excluídos não estavam adequados à temática do estudo (Figura 1).

Figura 1. Resultados de cada triagem e número final de artigos incluídos.

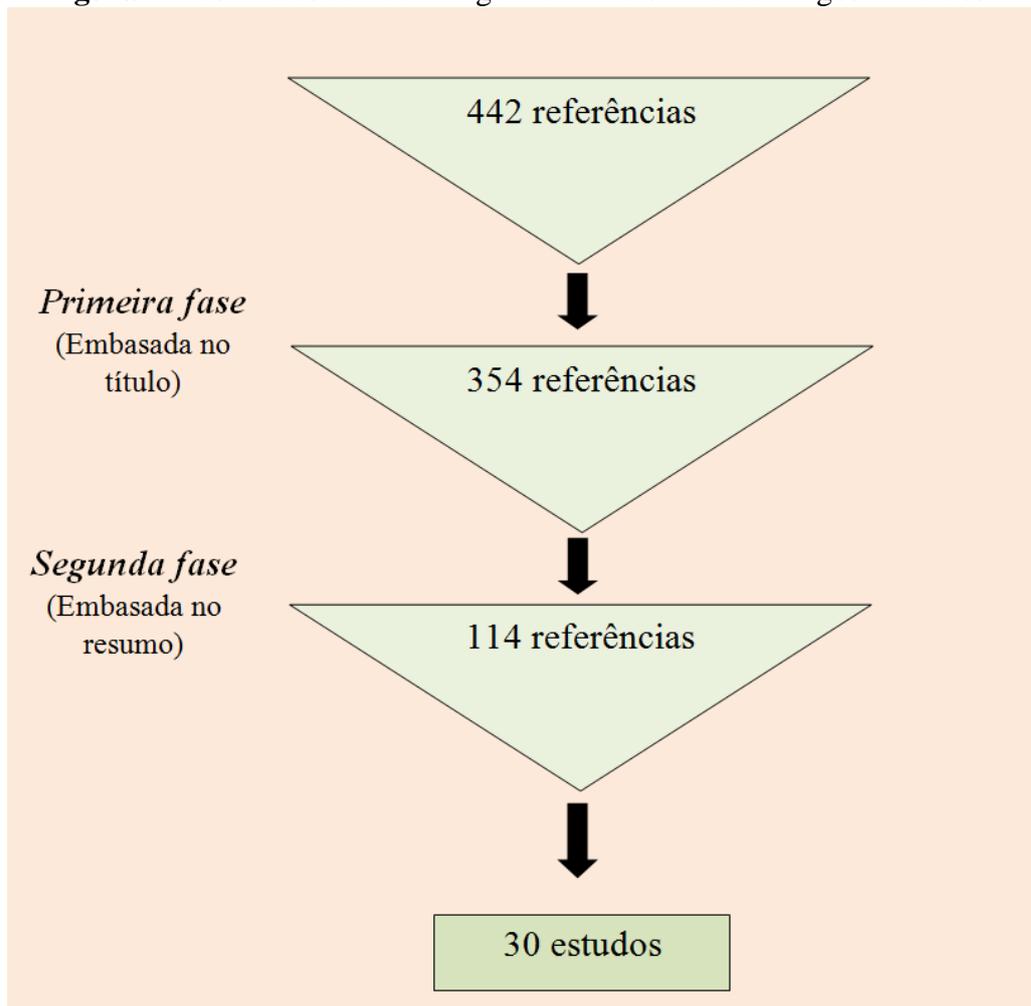


Tabela 1. Focos abordados nos artigos incluídos (n = 30). Percentagens arredondadas para o número inteiro mais próximo.

Focos	Percentagem (%)
Contaminação e exposição a riscos ambientais – 18	60
Fortalecimento de grupos comunitários para a saúde ambiental – 4	13
Desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem em saúde pública para a prática comunitária em saúde ambiental – 8	27

Dos 30 estudos incluídos, dezoito (63%) abordaram a contaminação e exposição a riscos ambientais, quatro (10%) abordaram o fortalecimento de grupos comunitários para a SA e, oito (27%) abordaram o desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem em SP para a prática comunitária em SA. As características dos estudos incluídos na revisão foram destacadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos, segundo o delineamento, os objetivos, procedimentos metodológicos e resultados.

Título	Localização	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados
Contaminação e exposição a riscos ambientais				
Barriers and Facilitators in the Delivery of Environmental Risk Reduction by Public Health Nurses in the Home Setting [6]	Estados Unidos	Entrevista individual estruturada	Identificar os fatores que contribuem ou prejudicam a capacidade dos enfermeiros de saúde pública para reduzir os riscos ambientais no ambiente doméstico	Os principais fatores que prejudicam a capacidade dos enfermeiros de saúde pública para reduzir os riscos ambientais no ambiente doméstico foram a falta de formação em saúde pública para a enfermagem, a ausência de relação com a saúde ambiental. Os fatores que contribuem foram: treinamento e apoio, e interesse pessoal na saúde ambiental.
Community-based participatory research (CBPR) approach to study children's health in China: Experiences and reflections [7]	China	Estudo longitudinal de base comunitária, com amostras de sangue do grupo de estudo e aplicação de questionário.	Descrever o processo de desenvolvimento e condução do projeto "The China Jintan Child Cohort Study", utilizando-se dos princípios da pesquisa participativa de base comunitária (CBPR).	A CBPR é uma abordagem sistemática que envolve equitativamente a comunidade e parceiros acadêmicos no processo de pesquisa dos envolvidos. O projeto representou um interesse mútuo: compreender o efeito da exposição ao chumbo na saúde de crianças. Fato que confirma o princípio que norteia o processo da CBPR. Este pode ser um modelo para outros estudos interessados na relação entre a contaminação ambiental e a melhoria da saúde ambiental para as crianças.
Rural Public Health Policy Models to Address an Evolving Environmental Asbestos Disaster [8]	Estados Unidos	Dados empíricos extraídos de base secundária.	Descrever a história e a exposição ao amianto em uma comunidade rural e discutir três modelos das percepções políticas de saúde pública relacionadas com a saúde rural e os cuidados de saúde para a comunidade afetada.	O modelo multidimensional estabelece a base para abordar os componentes de ambos os modelos – o ecológico e o rural -, adicionando funções e perspectivas dos atores locais impactados pelos eventos ambientais, exemplo do ARD doenças relacionadas ao asbestos (asbestos-related disease).
Effectiveness of a Household Environmental Health Intervention Delivered by Rural Public Health Nurses [9]	Estados Unidos	Estudo com amostra randomizada de residências. Utilizando-se de entrevista e processo de intervenção sobre a precaução de risco do ambiente doméstico.	Informar pais a fim de que reduzam os riscos domésticos em saúde ambiental para seus filhos.	A intervenção da enfermeira produziu melhoras significativas em ambos os desfechos. Tais evidências apoiam a necessidade de uma discussão política sobre o valor que é acrescido pelas intervenções de enfermagem em Saúde Pública pode trazer para a saúde ambiental de crianças.
Indoor Air Pollutants and Sick Building Syndrome: A Case Study and Implications for the Community Health Nurse	Estados Unidos	Estudo de caso	Analisar os poluentes do ar interior de edificações e demonstrar as relações entre produtos existentes no interior do edifício de escola e seus	A análise demonstrou inúmeros efeitos agudos e crônicos na saúde associados com a exposição dos produtos estudados. O estudo de caso demonstrou a necessidade iminente para os enfermeiros de saúde comunitária assumirem um papel pró-ativo na promoção saúde ambiental.

[10]			efeitos sobre a saúde.	
Secondhand Smoke Exposure in a Rural High School [11]	Estados Unidos	Estudo transversal, não experimental	Descrever a poluição por fumo de uma escola rural.	A concentração de partículas de fumo foi maior no banheiro dos meninos.
County-Level Social Environment Determinants of Health-Related Quality of Life Among US Adults: A Multilevel Analysis [12]	Estados Unidos	Estudo multinível. Para calcular foram utilizados modelos de vários níveis para calcular a proporção de variação entre qualidade de vida (HRQOL), nível contextual de variáveis e normal. Examinar a heterogeneidade causal pessoal de nível fatores modificados por estas variáveis contextuais.	Mostrar que a qualidade de vida de saúde de um indivíduo não é determinada apenas por suas características pessoais, mas também é socialmente determinada por características físicas e socioambientais da comunidade.	Condados com piores indicadores socioeconômicos (alta taxa de mortalidade e baixa esperança de vida) foram associados com maior número de dias não saudáveis. A taxa de suicídio, sem seguro saúde, acessibilidade da população aos cuidados primários por cento sem seguro, instalações de cuidados primários, além de outros, também tiveram impacto porém em menor significância para os dias não saudáveis dos entrevistados.
Geographic Information Systems: A New Tool for Environmental Health Assessments [13]	Estados Unidos	Estudo tipo survey utilizado para coletar a exposição ambiental e saúde autorreferidas, com uma amostra de pessoas em um centro de saúde comunitário urbano	Desenvolver ferramentas para profissionais de saúde que trabalham com comunidades para avaliar exposições ambientais; avaliar a utilidade de integração e informações de saúde ambiental com sistemas de informações geográficas.	Frequentes fatores de risco ambientais foram relatados, como por exemplo, habitações antigas (93%) e tabagismo dos moradores (78%). Problemas de saúde incluindo asma (54%) e intoxicação por chumbo (14%) foram relatados.
Environmental exposure assessment, pollution sources, and exposure agents: a primer for pediatric Nursing Professionals [14]	Estados Unidos	-	Compreensão da avaliação de exposição ambiental como condição para promover a saúde ambiental de crianças.	O suficiente conhecimento e a consciência dos conceitos básicos acerca da avaliação de exposição humana e os detalhes sobre as fontes da poluição ambiental, a enfermeira pediátrica pode desenvolver com confiança sua prática clínica e educativa, para a redução da exposição a riscos ambientais ou prevenção da mesma.
Participation in Community Health Screenings: A Qualitative Evaluation [15]	Estados Unidos	Estudo qualitativo realizado por meio de grupos focais, com uso de áudio e vídeo dos dados.	Descrever os resultados de uma avaliação qualitativa a partir da realização de grupos focais organizados entorno da participação de uma comunidade semi-rural no	Os domínios identificados nesta avaliação representam um conjunto de influências a partir do contexto individual, grupal e ambiental em que as pessoas foram motivados a participar de exames de saúde em uma comunidade semi-rural. O surgimento de três domínios de motivadores (auto-cuidado orientações, influência interpessoal e acessibilidade) relativas à participação em sessões na comunidade, reflete uma

			programa de triagem em saúde.	ecológica de nidificação de individuais, micro, e macrossistemas. Aproximando a participação da comunidade, a partir das interseções no modelo ecológico, trata da intersecção das dimensões intrapessoal e interpessoal, bem como, do macro explícito pela acessibilidade social.
Predictors of Childhood Exposure to Parental Secondhand Smoke in the House and Family Car [16]	Grécia	Análise multivariada epidemiológica	Localizar preditores para a exposição passiva de fumo (SHS) paternos de crianças, induzida na casa ou carro da família.	A análise multivariada revelou que os fatores encontrada para mediar exposição domiciliar ao SHS paternos foram o número de cigarros fumados por dia (OR 1,13, p <0,001), enquanto, ter um cônjuge não-fumante teve um efeito protetor (O.R 0,44, p = 0,026). Acrescenta-se que pais com baixa escolaridade eram mais propensos a ter um cônjuge que expõe seus filhos à SHS dentro do carro da família (OR 1,38 IC 95%: 1,04-1,84, p=0,026).
Promoting safe drinking water [17]	Canadá	A pesquisa descritiva exploratória, com dados quantitativos e qualitativos sobre crenças e práticas de saúde, a satisfação com a saúde e serviços comunitários, com a preocupação com a saúde da comunidade. Os procedimentos pesquisa consistiram pesquisa domiciliar entrevistas, telefone e grupos focais	Avaliar as crenças e práticas de saúde, a satisfação com os serviços de saúde da comunidade e as preocupações em relação à saúde da comunidade.	Os resultados indicaram que a qualidade de água potável é a maior preocupação. Os enfermeiros de SP como comunicadores de risco desempenham um papel essencial na saúde ambiental de comunidades. Embora as classificações médias para cada região indicaram que as famílias estavam relativamente satisfeitos com os serviços de água e esgoto, a região central foi significativamente menos satisfeita do que todos os outros.
Rural Latino Youth Park Use: Characteristics, Park Amenities, and Physical Activity [18]	Estados Unidos	Estudo transversal sobre o perfil de jovens que utilizam parques das comunidades.	Averiguar características dos jovens e comportamentos que atraem os jovens para os parques a fim de incentivar a atividade física em uma comunidade rural.	Neste estudo sobre o uso de parque pelos jovens houve associação entre a participação após atividade organizada da escola e a identificação da equipe como uma fonte de motivação para o jovem tornar-se ativo.
Sowing the seeds for sustainable change: a community-based participatory research partnership for health promotion in Indiana, USA and its aftermath [19]	Estados Unidos	Pesquisa participativa de base comunitária (CBPR).	Analisar o desenvolvimento da parceria originada a partir da CBPR, meus métodos e achados e as mudanças ambientais que pretendeu promover estilos de vida mais saudáveis.	O estudo afirma que pesquisas participativas sobre os impactos sobre iniciativas de saúde, como no programa (CBPR) analisado, muitas vezes têm sido decepcionantes em sua capacidade de explicitar os prováveis impactos na saúde da comunidade, por meio da confiança dos esforços de colaboração sobre o indivíduo, a comunidade, institucional ou setores da política. Para as evidências surgirem o seguimento de observação em longo prazo.

Environmental health effects of concentrated animal feeding operations: implications for nurses [20]	Estados Unidos	Exposição a riscos ambientais autorreferida por trabalhadores de ambientes concentrada para alimentação animal (CAPO-confinamento) e vizinhos de fazendas.	Identificar evidências de exposição de riscos a saúde dos trabalhadores, nos ambientes concentrada para a alimentação animal.	Os efeitos adversos para a saúde foram encontrados em trabalhadores (CAFO) e vizinhos (CAFO). Uma multidão de efeitos respiratórios foram anotados por trabalhadores e vizinhos, alguns dos quais são graves o suficiente para causar os trabalhadores a deixar a indústria. A saúde mental dos vizinhos CAFO parece sofrer também, principalmente por causa de odores nocivos e estresse
The role of the community health nurse in environmental health [21]	Estados Unidos	Estudo de avaliação sistemática de saúde ambiental, a partir de conceitos referentes à saúde ambiental e a contaminação química nas comunidades.	Desenvolver o diagnóstico de saúde ambiental da comunidade, incluindo quadro fases: identificação da comunidade com alto risco de exposição determinando o potencial ou resposta verdadeira, os fatores ambientais e correlacionar alguns epidemiológicos para auxiliar o diagnóstico de enfermagem.	Contaminação química afeta a saúde pública de inúmeras comunidades. Os resultados indicaram níveis elevados de chumbo em solos residenciais, levando ao diagnóstico da comunidade o potencial de lesão: as crianças em Douglas estão em risco de desenvolver efeitos adversos à saúde neurocomportamentais; e as mulheres grávidas em estão em risco de desenvolver efeitos adversos à saúde reprodutiva relacionadas a vários fatores ambientais, como evidenciado pelos níveis sanguíneos médios de chumbo em crianças excedendo os Centros de Controle de Doenças recomenda nível de 10 microgramas/dl
Nursing research in community-based approaches to reduce exposure to secondhand smoke [22]	Estados Unidos	-	Apresentar com base na comunidade e com base populacional pesquisas que mostram evidencia para a redução do SHS	É emergente a preocupação na ciência da enfermagem a exposição ao fumo passivo e nicotina e a dependência ao tabaco, o que sugere que a redução de SHS é uma necessidade de enfermagem emergente que explora a ligação entre a exposição ao fumo passivo à nicotina e dependência do tabaco, ou seja, constitui-se em uma razão que a redução SHS é uma estratégia para a cessação do fumar. Outras pesquisas de enfermagem encontram-se em desenvolvimento no que se refere aos fatores que estão liga a cessação do fumar.
The role of outcome and efficacy expectations in an intervention designed to reduce infants' exposure to environmental tobacco smoke [23]	Estados Unidos	-	Analisar um quadro teórico de um programa de intervenção projetado para reduzir a exposição ambiental de crianças à fumaça do tabaco.	O conteúdo da intervenção foi focalizado em duas construções psicossociais: expectativas de resultados que possam constituir-se em comportamentos associados à exposição ambiental da fumaça do tabaco e expectativas de auto-eficácia associadas à capacidade da mãe para se engajar em tais comportamentos. Os autores também relataram que a intervenção foi eficaz em relação a mudança de expectativas e direção desejadas. Estes resultados sugerem que as expectativas de resultados são mutáveis, e, portanto, representam alvos importantes em futuros programas destinados a controlar a exposição ambiental a fumaça do tabaco.

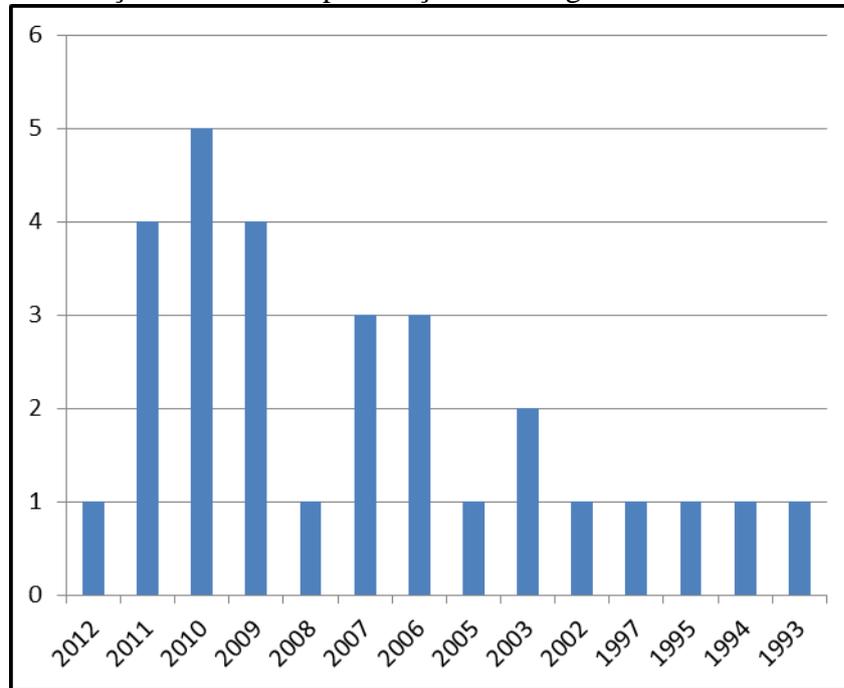
Fortalecimento de grupos comunitários para a saúde ambiental				
Assessment of Community Contamination: A Critical Approach [24]	Estados Unidos	Análise em diferentes fontes de dados (relatórios de governo; relatórios de pesquisa; jornais e entrevista com moradores)	Analisar duas comunidades e descrever a interpretação de risco ambiental de seus moradores	Na realização de uma avaliação de enfermagem em uma comunidade contaminada, o enfermeiro é crítico e produtor de fatos sociais; o enfermeiro pode ser habilitado para ser um agente de informações de agências oficiais ou científicos para moradores de locais contaminados. Isto porque a comunicação necessita ser realizada com confiança mútua, por meio de um processo colaborador de construção de competências no interior da comunidade, de forma a capacitar moradores e lideranças para verificar de forma independente a segurança de sua comunidade.
Comprehensive Evaluation of a Community Coalition: A Case Study of Environmental Tobacco Smoke Reduction [25]	Estados Unidos	Estudo de caso realizado com 15 entidades públicas e privadas concentradas na coalizão para prevenção contra o tabaco.	Apresentar uma metodologia e estrutura conceitual com base em resultados de programas usados para avaliar o desempenho e o impacto de uma coalizão de uma comunidade local.	A análise do desenvolvimento da coalizão no condado de Douglas, no que se refere aos resultados finais do programa de prevenção do tabagismo, os autores reforçam que medidas comparativas devem ser realizadas ano a ano. Identificam que existem fortes razões para que a coalizão continue, dentre essas se cita: o programa federal encontra-se em descentralização e a comunidade é o foco para os governos locais e estaduais; os financiamentos favorecem o trabalho coletivo comunitário e as alianças fortalecem a aplicação de programas existentes na coalizão; as coalizões representam são meios de comunicação de programas de saúde. Dessa forma os enfermeiros em Saúde pública representam excelentes recursos para a avaliação de serviços, devido a sua experiência clínica, os seus conhecimentos recursos da comunidade e sua educação centrada na comunidade, grupos e pessoas.
“The People Know What They Want” An Empowerment Process of Sustainable, Ecological Community Health [26]	Estados Unidos	Etnográfico. O estudo foi realizado com 33 participantes de uma comunidade.	Explorar as relações entre saúde, meio ambiente e cultura a partir do contexto cultural de uma comunidade.	Os resultados apresentados permitiram refletir sobre a história de superação da comunidade. Através do processo de capacitação dos indivíduos da comunidade, o povo de San José teve voz, estrutura e ação.
Evidence-based advocacy: using Photovoice to identify barriers and facilitators to community participation after spinal cord injury? [27]	Estados Unidos	Pesquisa participativa baseada na comunidade	Descrever o método Photovoice aplicado a indivíduos com lesão medular a fim de reunir provas dos fatores ambientais que afetam sua participação comunitária.	O Photovoice é eficaz para capacitar indivíduos com lesão medular para abordar os fatores ambientais que afetam a sua participação na comunidade.
Desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem para a prática comunitária em saúde ambiental				
Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre	Brasil	Qualitativo	Analisar o conhecimento das enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da família	Os resultados mostraram que nove das dez enfermeiras entrevistadas souberam diagnosticar a situação na qual se encontram os resíduos dentro de sua unidade. No entanto, apesar da existência de um

resíduos dos serviços de saúde [28]			referente à problemática do manejo incorreto de resíduos dos serviços de saúde, a necessidade de conhecer adequadamente as normas pertinentes, e ainda quanto à capacitação dos profissionais envolvidos no processo de gerenciamento.	significativo conhecimento sobre o tema, ainda ha necessidade de trabalhos de conscientização e desenvolvimento de práticas adequadas de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.
Developing the community environmental health role of the nurse [29]	Escócia	Grupo focal com enfermeiros comunitários e os integrantes da comunidade	Investigar as preocupações de saúde ambiental de membros de comunidades de uma cidade da Escócia.	Os enfermeiros comunitários acreditam que tem um papel subdesenvolvido. A fim de maximizar seu papel, os enfermeiros precisam ser reconhecidos como parceiros para incentivar a saúde ambiental. A fim de auxiliar neste reconhecimento, é necessário que a prática da enfermagem inclua a prevenção da saúde ambiental.
Incorporating environmental health into nursing practice: a case study on indoor air quality [30]	Estados Unidos	Estudo de caso embasado nas experiências de enfermeiras que trabalham na redução de riscos ambientais.	Descrever a redução de risco por meio da intervenção educativa da enfermagem e prover uma visão global da exposição ambiental de crianças em residências.	Os autores como potenciais agentes que podem causar danos à saúde das crianças o gás carbônico, o mofo e o radón. Este último trata-se de um elemento químico que pode estar presente no concreto.
Barriers to population-focused health promotion: the experience of public health nurses in the province of Manitoba [31]	Canadá	Qualitativo, descritivo, exploratório. Foram realizadas entrevistas com 24 enfermeiros de saúde pública de três áreas geograficamente diferentes.	Apresentar um estudo sobre as perspectivas de enfermeiros de saúde pública sobre a natureza de sua prática de promoção da saúde, destacando percepções sobre barreiras da população com foco na promoção da saúde.	As percepções dos enfermeiros sobre suas práticas foram semelhantes, embora estivessem em locais diferentes. As barreiras da comunidade para promoção da saúde foram identificadas em relação aos enfermeiros de saúde pública e em relação a fatores organizacionais, como por exemplo, a cultura e políticas do local. Os resultados apontam lacuna entre a teoria de que a população com foco na promoção da saúde é o coração da prática do enfermeiro de saúde pública.
Chattanooga Creek: case study of the public health nursing role in environmental health [32]	Estados Unidos	Qualitativo	Desenvolver competências de avaliação em saúde ambiental para enfermeiros de saúde pública.	Os resultados apontam que a educação para saúde ambiental comunitária é a principal competência para a saúde ambiental, pois ela capacita as comunidades para minimizar a exposição a resíduos perigosos presentes no ambiente comunitário.

Community environmental quality knowledge and awareness among nurses: developing and piloting an assessment survey in schools [33]	Estados Unidos	Projeto piloto	Elencar prioridades em saúde ambiental com enfermeiros em uma escola	Os resultados indicaram que os participantes da pesquisa (n = 34) priorizam as questões ambientais para planejar atividades de intervenção futuras (como por exemplos, atividades de educação continuada).
Nurses' role in children's environmental health protection [34]	Estados Unidos	Qualitativo	Identificar áreas deficitárias em relação a saúde ambiental de crianças para ação de enfermeiros de saúde pública.	Os autores identificaram que na abordagem de saúde ambiental com crianças, os enfermeiros incluem espaços expandidos para orientação preventiva, educação em saúde e pesquisa em saúde ambiental.
Framing personal risk in public health nursing [35]	Canadá	Qualitativo (análise temática). Foram entrevistados 56 enfermeiros de saúde pública.	Realizar análise temática dos riscos presentes no ambiente de trabalho da enfermagem em saúde pública	Os autores elencaram quatro categorias para determinar os riscos ambientais do trabalho de enfermagem em saúde pública, são elas: tornar-se consciente, reconhecer as influências, fazer comparações e conhecer seus direitos e liberdades. Os resultados ainda mostraram que 62% dos enfermeiros questionados, não estavam preocupados sobre os riscos do ambiente de trabalho. Os autores trazem que é preocupante pensar que os mesmos trabalhadores que promovem a saúde, não se preocupam com a própria.

Quanto aos anos de publicação, a maioria foi publicada em 2010 ($n = 5$) (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos anos de publicação dos artigos incluídos na revisão ($n = 30$).



4. Discussão

O escopo da presente revisão de estudos na subárea da Enfermagem em SP referentes à SA predominou sobre a contaminação e exposição a riscos ambientais [6-23]. Somam-se também estudos que incluem o fortalecimento de grupos comunitários para a produção da SA comunitária [24-27]; e estudos que apresentam estratégias para o desenvolvimento da força de trabalho da Enfermagem em SP, para a prática comunitária em SA [28-35].

Contaminação e Exposição a Riscos Ambientais

Neste subconjunto foram encontrados estudos desenvolvidos no ambiente rural, no domicílio e na escola. Esse último na particularidade da poluição ambiental produzida pela fumaça de tabaco no ambiente escolar [11]. A contaminação e a exposição a riscos no ambiente rural incluem, por exemplo, a contaminação pelo asbesto [8]; a contaminação do ambiente rural pela concentração de animais e seu efeito na saúde humana; a exposição passiva ao fumo em uma escola rural [20]; o ambiente domiciliar rural como foco da intervenção da enfermeira em SP [10]. Salienta-se ainda que nestes estudos incluíram-se meios explícitos para a SA, como exemplo, a utilização de parques para jovens [18], como elemento positivo para a construção da SA. Outro estudo referente à exposição ambiental ao fumo de grupos vulneráveis, no caso a criança no domicílio de pais fumantes [16] com objeto

de intervenção da prática da enfermeira em SP. Tais estudos apontam as diferentes áreas que se apresentam na prática de SA da enfermagem de SP, evidenciando a necessidade de preparo dos profissionais da área para trabalharem com tamanha diversidade.

Fortalecimento de Grupos Comunitários para a Saúde Ambiental

Foram encontradas evidências positivas nas intervenções da enfermeira em SP, tanto para a redução da contaminação e exposição a riscos ambientais, quanto para o desenvolvimento de intervenções junto às comunidades para criação e fortalecimento da SA da comunidade. Uma das afirmações encontradas vincula-se a percepção de risco dos grupos sociais presentes em determinado entorno comunitário (ambiente). Estudo realizado em duas diferentes comunidades no Arizona/USA [24] identifica que as experiências dos moradores com a contaminação e a exposição a riscos ambientais coincidem com o grau de confiança no setor público, instância de governo [25]. Significa dizer que o conhecimento sobre determinada condição de contaminação e de exposição está associada a confiança de que tal fato seja verdade e quando não vivido como acontecimento, ele é verdadeiro quando se acredita em quem o está anunciando como fato verdadeiro. A confiança aumenta em relação direta com a verdade do fato social clarificado e acreditado. O processo de desenvolvimento de habilidades individuais que focalizam a saúde comunitária como um elemento que explicita a complexidade do conhecimento para atuar na AS [26], [27].

Desenvolvimento da força de trabalho da Enfermagem em SP para a prática comunitária em Saúde Ambiental

Estudos que abordaram a contaminação e a exposição a riscos nos domicílios realizado nos Estados Unidos demonstram a habilidade da enfermeira em SP na redução de riscos no ambiente domiciliar, vinculando-se ao treinamento e suporte institucional e da comunidade o desenvolvimento dessas habilidades. Reforça que a enfermeira de SP está adequadamente posicionada para promover a saúde de famílias e comunidades por meio da redução de riscos no ambiente domiciliar [29-30, 33-34].

A SA representa um desafio na subárea da Enfermagem em SP, tanto como objeto teórico quanto objeto de intervenção [9, 29]. Em ambos os casos requer um aporte técnico e metodológico capaz de produzir evidências científicas, para o desenvolvimento de ações de enfermagem [29, 31-33, 35]. Parte-se, também do princípio de que ela seja um campo complexo interdisciplinar, no qual a enfermeira incluiu-se na produção de conhecimento desse e sobre esse.

Esta revisão revelou áreas para futuras pesquisas. Estudos futuros de revisão poderiam examinar a relação entre as abordagens teóricas e aplicadas da SA Comunitária na formação da Enfermagem em SP. Estudos [36-40] fora do escopo dessa revisão evidenciam a relevância da ciência em SA como indispensável para a formação de competências para a Enfermagem atuar nas comunidades como objeto coletivo de SA [36]. Para tanto são necessários um corpo

de conhecimentos sobre contaminação e exposição a riscos ambientais e seus possíveis efeitos na saúde humana [37-38], bem como, o aprendizado de aportes teóricos para a construção da SA como forma de justiça social e diminuição das iniquidades nas condições de saúde [39], por meio da construção de ambientes saudáveis em parceria com os grupos comunitários [40].

Os possíveis erros de identificação e inclusão dos textos foram minimizados pela inclusão de um segundo revisor. Como os estudos foram em número limitado, utilizaram métodos e métricas diversos e foram conduzidos em vários países, os resultados não podem ser generalizados. Não existiu a intenção de realizar um peso de valor dos achados dos estudos para estabelecer a qualidade do estudo.

O desenvolvimento de ações de SP para o alcance da justiça social corresponde à compreensão de que a SA seja um fenômeno socioambiental e a Enfermagem em SP seja uma força de trabalho capaz de produzir condições saudáveis de vida para diferentes grupos sociais. Significa que, a partir de sua intervenção junto às comunidades, constitui-se em uma força de trabalho para a produção da SA comunitária.

5. Conclusão

Essa revisão identificou a SA na produção científica da Enfermagem em SP relacionada a problemas de contaminação e de exposição a riscos ambientais (meio rural; ambiente domiciliar; ambiente escolar na relação com a poluição provocada pelo fumo); entre outros. A revisão permite concluir que a enfermeira de SP atua na SA, centrada nos problemas tradicionalmente reconhecidos nesse campo, porém, com abordagens participativas em sua intervenção comunitária. Os resultados sumarizados, no presente estudo, suportam a tendência crescente do interesse na SA como conhecimento essencial para a prática da enfermeira em SP na comunidade.

Referências

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report. United Nations. New York, **2011**.
2. WHO. World Health Organization. Environmental health. Health Topics. **2013**.
3. WHO. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. World Health Organizations. Geneva, **2004**.
4. Whittemore, R; Knafl, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. **2005**, 52, 546–553.
5. Sánchez, M.E.G.; Encarna, G.P. Ecology as a center of interest. *Rev Enferm*. **2004**, 27, 21-28.
6. Tinker, E.; Postma, J.; Butterfield, P. Barriers and facilitators in the delivery of environmental risk reduction by public health nurses in the home setting. *Public Health Nursing*. **2011**, 28, 35-42.

7. Liu, J.; McCauley, L.; Leung, P.; Wang, B.; Needleman, H.; Pinto-Martin, J. Community-based participatory research (CBPR) approach to study children's health in China: experiences and reflections. *International journal of Nursing Studies*. **2011**, *48*, 904-913.
8. Kuntz, S.W.; Winters, C.A.; Hill, W.G.; Weinert, C.; Rowse, K.; Hernandez, T.; *et al.* Rural public health policy models to address and evolving environmental asbestos disaster. *Public Health Nursing*. **2009**, *26*, 70-78.
9. Butterfield, P.G.; Hill, W.A.; Postma, J.; Butterfield, P.W.; Odom-Maryon, T. Effectiveness of a household environmental health intervention delivered by rural public health nurses. *Research and Practice*. **2011**, *1*, S262-S270.
10. Tsacoyianis, R. Indoor air pollutants and sick building syndrome: a case study and implications for the community health nurse. *Public Health Nursing*. **1997**, *14*, 58-75.
11. Lee, K.; Hahn, E.J.; Riker, C.A.; Hoehne, A.; White, A.; Greenwell, D.; *et al.* Secondhand smoke exposure in a rural high school. *The Journal of School Nursing*. **2007**, *23*, 222-228.
12. Jia, H.; Moriarty, D.G.; Kanarek, N. County-level social environment determinants of health-related quality of life among US adults: a multilevel analysis. *J Community Health*. **2009**, *34*, 430-439.
13. Choi, M.; Afzal, B.; Sattler, B. Geographic information systems: a new tool for environmental health assessments. *Public Health Nursing*, **2006**, *23*, 381-391.
14. Shendell, D.G.; Pike-Paris, A. Environmental exposure assessment, pollution sources, and exposure agents: a primer for pediatric nursing professionals. *Pediatric Nursing*. **2007**, *33*, 179-182.
15. Engebretson, J.; Mahoney, J.S.; Walker, G. Participation in community health screenings: a qualitative evaluation. *Journal of Community Health Nursing*. **2005**, *22*, 77-92.
16. Mantziou, V.; Vardavas, C.I.; Kletsiou, E.; Priftis, K.N. Predictors of childhood exposure to parental secondhand smoke in the house and family car. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. **2009**, *6*, 433-444.
17. Pike-MacDonald, S.; Best, D.G.; Twomey, C.; Bennett, L.; Blakeley, J. Promoting safe drinking water. *Canadian Nurse*. **2007**, 14-19.
18. Perry, C.K.; Saelens, B.E.; Thompson, B. Rural latino youth park use: characteristics, park amenities, and physical activity. *J Community Health*. **2011**, *36*, 389-397.
19. Minkler, M.; Vásquez, V.B.; Warner, J.R.; Steussey, H.; Facente, S. Sowing the seeds for sustainable change: a community-based participatory research partnership for health promotion in Indiana, USA and its aftermath. *Health Promotion International*. **2006**, *21*, 293-300.
20. McElroy, KG. Environmental health effects of concentrated animal feeding operations: implications for nurses. *Nurs Adm Q*. **2010**, *34*, 311-319.
21. Neuffer, L. The role of the community health nurse in environmental health. *Public Health Nurs*. **1994**, *11*, 155-162.

22. Hahn, E.J.; Ashford, K.B.; Okoli, C.T.; Rayens, M.K.; Ridner, S.L.; York, N.L. Nursing research in community-based approaches to reduce exposure to secondhand smoke. *Annu Rev Nurs Res.* **2009**, *27*, 365-391.
23. Strecher, V.J.; Bauman, K.E.; Boat, B.; Fowler, M.G.; Greenberg, R.; Stedman, H. The role of outcome and efficacy expectations in an intervention designed to reduce infants' exposure to environmental tobacco smoke. *Health Educ Res.* **1993**, *8*, 137-143.
24. Clark, L.; Barton, J.A.; Brown, N.J. Assessment of community contamination: a critical approach. *Public Health Nursing.* **2002**, *19*, 354-365.
25. Cramer, M.E.; Mueller, K.J.; Harrop, D. Comprehensive evaluation of a community coalition: a case study of environmental tobacco smoke reduction. *Public Health Nursing.* **2003**, *20*, 464-477.
26. Bent, K.N. "The people know what they want": an empowerment process of sustainable, ecological community health. *Advances in Nursing Science.* **2003**, *26*, 215-226.
27. Newman, S.D. Evidence-based advocacy: using photovoice to identify barriers and facilitators to community participation after spinal cord injury. *Rehabil Nurs.* **2010**, *35*, 47-59.
28. Santos, M.A.; Souza, A.O. Knowledge of nurses of the Family Health Strategy on health services waste [in Portuguese]. *Rev. bras. enferm.* **2012**, *65*, 645-652.
29. Carnegie, E.; Kiger, A. Developing the community environmental health role of the nurse. *British Journal of Community Nursing.* **2010**, *15*, 298-305.
30. Barnes, G.; Fisher, B.; Postma, J.; Harnish K.; Butterfield, P.; Hill, W. Incorporating environmental health into nursing practice: a case study on indoor air quality. *Continuing Nursing Education*, **2010**, *36*, 33-52.
31. Cohen, B. Barriers to population-focused health promotion: the experience of public health nurses in the province of Manitoba. *Can J Nurs Res.* **2006**, *38*, 52-67.
32. Phillips, L. Chattanooga Creek: a case study of the public health nursing role in environmental health. *Public Health Nurs.* **1995**, *12*, 335-340.
33. Shendell, D.G.; Alexander, M.S.; Huang, Y. Community environmental quality knowledge and awareness among nurses: developing and piloting an assessment survey in schools. *Pediatr Nurs.* **2010**, *36*, 18-23.
34. Sattler, B.; Davis del, B.A. Nurses' role in children's environmental health protection. *Pediatr Nurs.* **2008**, *34*, 329-339.
35. Skillen, D.L.; Olson, J.K.; Gilbert, J.A. Framing Personal Risk in Public Health Nursing. *Western Journal of Nursing Research.* **2001**, *23*, 664-678.
36. Larsson, L.S.; Butterfield, P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. *Public Health Nursing.* **2002**, *19*, 301-308.
37. Wright, D.J. Collaborative learning experiences for nursing students in environmental health. *Nursing Education Perspectives.* **2003**, *24*, 189-191.
38. DeGusman, P.B.; Kulbok, P.A. Changing health outcomes of vulnerable populations through nursing's influence on Neighborhood built environment: a framework for nursing

- research. *Journal of Nursing Scholarship*. **2012**, *44*, 341-348.
39. Kuehn, A.; Chircop, A.; Downe-Wamboldt, B.; Sheppard-LeMoine, D.; Wittstock, L.; Herbert, R.; *et al.* Evaluating the impact of a North American nursing exchange program on student cultural awareness. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. **2011**, *35*, 1-15.
40. Burger, S. Case study of organizational and community health changes under New Jersey State Welfare reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. **2003**, *4*, 153-160.

4.2 ARTIGO II

Research Article

RESPONSABILIDADES NA E COM A SAÚDE SOCIOAMBIENTAL: FORTALECENDO A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL*

RESPONSIBILITIES IN HEALTH AND ENVIRONMENTAL: STRENGTHENING COMMUNITY PARTICIPATION IN PRIMARY ENVIRONMENTAL

RESPONSABILIDADES EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE: LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN FORTALECIMIENTO DE PRIMARIA AMBIENTAL

Cynthia Fontella Sant'Anna¹, Marta Regina Cezar-Vaz².

Correspondência: Cynthia Fontella Sant'Anna
Rua: Duque de Caxias, nº.2183, 202.
Cep: 97500-181 – Uruguaiana, RS, Brasil.
Telefone: (53) 91010437.
cynthiafs_enf@yahoo.com.br

*Extraído da Tese SANTANNA, CF. “Integralidade da atenção à saúde socioambiental: mutualidade do trabalho entre equipe da saúde e grupos organizados da comunidade”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/ FURG), 2013.

¹Dr^a PPGEnf/ FURG. Prof AssistenteII da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA. RS, Brasil. cynthiafs_enf@yahoo.com.br

²Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. RS, Brasil. Orientadora do trabalho. cezarvaz@vetorial.net

RESUMO: Objetivou-se compreender a responsabilidade sobre a saúde socioambiental da comunidade, na perspectiva dos princípios teóricos da Atenção Primária Ambiental que expressam a coparticipação da comunitária. A metodologia qualitativa constituiu-se de entrevista semi-estruturada com 70 participantes dos grupos organizados da comunidade e 58 trabalhadores da saúde, enriquecida por 116 horas de observação. Aprovado sob parecer nº52/2008. Utilizando o software NVIVO7.0 os dados tiveram análise qualitativa de conteúdo temático aos princípios: **Participação da comunidade(222), Integralidade(79), Organização(74), Prevenção e proteção ambiental(39), Solidariedade e equidade(20), e Diversidade(139)** – associado à responsabilidade pela saúde da comunidade e participação coletiva na produção da saúde socioambiental. Afirma-se que estes princípios estão consolidados no desenvolvimento do trabalho na atenção primária, considerando que esta estratégia conduz os trabalhadores a desenvolverem interação e conhecimento do indivíduo pertencente a um meio social e natureza, em constante relação com sua condição de vida e saúde, como também fortalece autonomia e corresponsabilização para a saúde socioambiental.

DESCRITORES: Enfermagem em Saúde Pública. Atenção primária à saúde. Trabalho. Meio ambiente. Enfermagem.

ABSTRACT: This study aimed to understand the responsibility for the environmental health of the community, from the perspective of the theoretical principles of Primary Environmental expressing the co-participation of the community. The methodology consisted of semi-structured interviews with 70 participants in organized groups and 58 community health workers, enriched with 116 hours of observation. Approved under Opinion No 52/2008. Using the software NVIVO7.0 data were qualitative thematic content analysis principles: Community Participation (222), Integralidade (79), organization (74), prevention and environmental protection (39), Solidarity and equity (20), and diversity (139) - associated with responsibility for the health of the community and collective participation in the production of environmental health. It is claimed that these principles are consolidated in development work in primary care, considering that this strategy leads workers to develop knowledge and interaction of the individual belonging to a social environment and nature, in constant relationship with their living conditions and health, as well strengthens autonomy and co-responsibility for environmental health.

DESCRIPTORS: Public Health Nursing. Primary Health Care. Work. Environment. Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo comprender la responsabilidad por la salud ambiental de la comunidad, desde la perspectiva de los principios teóricos de Primaria Ambiental expresan la co-participación de la comunidad. La metodología consistió en entrevistas semi-estructuradas con 70 participantes en grupos organizados y 58 trabajadores comunitarios de la salud, enriquecidos con 116 horas de observación. Aprobado bajo Dictamen n ° 52/2008. Utilizando el software NVIVO7.0 datos cualitativos fueron los principios de análisis de contenido temático: Participación de la Comunidad (222), Integralidade (79), la organización (74), la prevención y la protección del medio ambiente (39), la solidaridad y la equidad (20), y Diversidad (139) - relacionado con la responsabilidad de la salud de la comunidad y la participación colectiva en la producción de la salud ambiental. Se afirma que estos principios se consolidan en el trabajo de desarrollo en atención primaria, teniendo en cuenta que esta estrategia conduce a los trabajadores a desarrollar el conocimiento y la interacción del individuo que pertenece a un entorno social y la naturaleza, en constante relación con sus condiciones de vida y de salud, así fortalece la autonomía y la corresponsabilidad en salud ambiental.

DESCRIPTORES: Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Trabajo. Meio Ambiente. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária Ambiental (APA) tem seu enfoque na comunidade baseada na satisfação das necessidades do indivíduo e coletividade, permeando a utilização dos recursos do ambiente de forma sustentável, que se apresentam de forma inter-relacionada.¹ Essa inter-relação confere mútua responsabilidade para com as pessoas, os coletivos e o meio social e, como consequência da ação humana, para o meio ambiental.

Relacionar saúde e ambiente em seu sentido socioambiental implica refletir a dimensão física e social que envolve o ambiente, como o fenômeno desenvolvido nas comunidades e seus municípios. Reconhecer fatores de natureza local com foco socioambiental na aderência da estratégia da APA na atenção básica à saúde possibilita organizar o trabalho de maneira a assumir o ambiente (social e natural) como constituinte do objeto a ser transformado em produto do processo de trabalho.²

A saúde como conceito ampliado construído coletivamente no potencial da relação com o ambiente mostra-se nas próprias necessidades sociais que serão assumidas como finalidades no trabalho em saúde, que em sua complexidade (re)conhece fatores que vão além da abrangência dos serviços de saúde, o que coloca as instituições de assistência no processo saúde-doença e assistência geral em situação de impotência para resolver grande parte das necessidades da população.³ A Saúde da Família (SF) com ênfase na estratégia de remodelo da atenção possibilita identificar, conhecer e compreender o processo de trabalho desenvolvido neste ambiente, no qual propicia a articulação dos trabalhadores da SF junto à comunidade de abrangência. Essa relação integradora se constitui por ações, reações e coações entre a SF e a comunidade.⁴

Neste contexto político estratégico, apreende-se parcela de responsabilidade profissional por parte da enfermagem como fazedores e operadores das ações do trabalho proposto e como potenciais para criar formas de inter(relações) com a comunidade. Este ponto de intersecção exige olhar cuidadoso para com as comunidades, de forma a focalizar os grupos organizados, como fonte de força e poder para a melhoria das condições de saúde socioambiental.

A estratégia de provocar a interação e o conhecimento do indivíduo como pertencente a um meio social e ambiente, conduz ao fortalecimento da autonomia e corresponsabilização para manutenção e recuperação da saúde - permeada por fatores socioambientais determinantes à vida, no qual emerge o trabalho mutuo entre equipes de saúde e organizações da comunidade como conector em ambos espaços, intermediados pelo contato, articulado por

meio de processos dialógicos.³⁻⁴ Tais processos dialógicos emergem da interação estabelecida/fortalecida, imediata ou mediata, entre trabalhadores da saúde e comunidade.⁵

Justifica-se o estudo com os grupos organizados da comunidade pela busca de alternativa às políticas de atenção à saúde em consonância com o desenvolvimento humano, a melhoria da saúde e da qualidade de vida, bem como para a assistência pública de saúde na intenção de proporcionar trabalho mais adequado às prioridades do indivíduo e comunidade.³

Nesse sentido, o foco do estudo está no trabalho de grupos organizados da comunidade que emergem no espaço de implementação da SF, por meio do qual se estreita vínculos entre trabalhadores da saúde e sujeitos da comunidade, permitindo a utilização de instrumentais diferenciados a objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ou seja, amplia sua atenção para a compreensão do ambiente sociocultural, vinculação e participação da comunidade como objeto/sujeito coletivo de sua ação.⁶

Destarte, o presente estudo tem como objetivo compreender como os trabalhadores da Saúde da Família e participantes dos grupos organizados da comunidade apreendem a responsabilidade sobre a saúde socioambiental da comunidade, na perspectiva dos princípios da Atenção Primária Ambiental.

METODOLOGIA

Estudo transversal do processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde e no trabalho desenvolvido nos grupos organizados da comunidade, guiada no núcleo da APA, como orientação teórica. Os grupos organizados são o coletivo que se aproximou pelo trabalho realizado com finalidade cooperativa, e assim não se configuram em grupos de atendimento a patologias. Incluem-se os participantes dos diferentes grupos organizados da comunidade e os trabalhadores das equipes da SF nos municípios de Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar.

Os 13 grupos existentes na delimitação da SF, com total de 70 participantes, os quais são: dois Conselhos Locais de Saúde (CLS) totalizando oito participantes; e quatro Associações de Moradores (AM) totalizando 17 participantes; uma Associação de Pescadores (AP) com cinco participantes; cinco Grupos de Artesanatos (A) com 35 participantes; e uma Associação de Recicladoras (R) com cinco participantes. Os trabalhadores (T) das 12 equipes SF contabilizaram 58 entrevistados: 25 agentes comunitários; 12 auxiliares de enfermagem; 11 enfermeiros e dez médicos. Houve duas perdas, profissionais que estavam em férias no período da coleta de dados, e duas recusas.

A pesquisa teve estudo piloto previamente feito à coleta de dados, a qual foi realizada no período de 2009 a 2010, com entrevista gravada em áudio guiada por roteiro semi-estruturado constituído em duas partes: caracterização dos sujeitos e o roteiro propriamente dito. Ainda, foram realizadas 116 horas de observação não participante em todos os grupos, média de 9 horas e 30 minutos por grupo. À confiabilidade das observações, optou-se por dois observadores realizando rodízio na intenção de evitar a tendenciosidade do observador.⁷

Os dados foram transcritos e transferidos para o software NVIVO 7.0, visando agilidade e organização das informações, para análise de conteúdo temático⁸, bem como apresentar a frequência quantitativa das referências nas categorias de análise – sendo um indicador da intensidade do conteúdo nos depoimentos dos participantes. A categorização segue os princípios que fundamentam a APA: **participação da comunidade** por meio de capacitação para participação responsável, informal e organizada; **organização** para que as demandas e ações adquiram relevância e êxito; **Prevenção e proteção ambiental** visando que as atividades de desenvolvimento econômico e social local evitem ou minimizem o dano ambiental; **Solidariedade e equidade** para reduzir desigualdades por meio do compromisso dos cidadãos entre si e do Estado para com eles e com a justiça social; **Integralidade** como forma de descentralizar as ações e responsabilidades em torno da busca da sustentabilidade local; **Diversidade** relacionada ao respeito às diferenças da multiplicidade dos ecossistemas e suas relações, como também das culturas que são distintas entre si.¹

O projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética da FURG, parecer nº 52/2008, Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3º CRS) e Secretarias Municipais responsáveis pelas equipes SF na região do estudo. Respeitou-se as precauções éticas em consonância à Resolução CNS 196/96, com garantia do anonimato dos participantes e sigilo sobre a autoria das respostas por meio de identificação alfanumérica dos sujeitos: município (M); comunidade (C); grupos organizados da comunidade (CLS, AP, A, AM, R); trabalhadores da equipe de saúde (T). A equipe de saúde está identificada conforme a comunidade que atua. As observações estão codificadas a partir da sigla OBS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises dos dados permeadas pelos princípios teóricos da APA – **participação da comunidade; organização; Prevenção e proteção ambiental; Solidariedade e equidade; Integralidade; Diversidade** – que estão apresentadas com o conteúdo nos depoimentos dos participantes e complementada por trechos das entrevistas e observações.

RESPONSABILIDADE NA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Percepção dos grupos organizados da comunidade

Os entrevistados exemplificaram suas ações individuais e coletivas para demonstrar a compreensão da relação entre equipe de saúde e grupos comunitários, bem como a articulação entre seus trabalhos com foco na responsabilização para a saúde socioambiental conforme os princípios da APA. No entanto, nove participantes dos grupos referiram não haver influência do grupo organizado no trabalho da equipe de saúde e 15 referiram não saber se há mobilização do grupo para geração de saúde. A partir da percepção dos integrantes dos grupos organizados da comunidade na responsabilidade de participação na saúde, dividiu-se em três subcategorias: sujeitos da **equipe de saúde** (544); os sujeitos pertencentes ao **órgão público** (147); e a **comunidade** se autoreferindo (235) através de seu coletivo por meio dos grupos, como também na particularidade do indivíduo “cada um”, “nós”.

Com relação à participação da comunidade (222) os grupos destacam a coparticipação da **equipe**, no trabalho em conjunto com a comunidade, conforme depoimento: *Eles fazem a parte deles, mas a gente tem que fazer a nossa* (M01C05A32). Porém, a comunidade também visualiza tal participação conjunta na interdisciplinaridade da equipe: *Como que o médico vai saber se tem um paciente doente se não tem a visita das agentes* (M01C04AP65).

Aos setores do **órgão público** houve maior referência aos setores locais como, prefeitura, município e secretaria atuando para o financiamento da atenção à saúde, visualizado e solicitado pela comunidade a participação por meio da provisão de recursos materiais e humanos: *ter ambulância* (M01C02A10); *exames* (M01C05A35); *para ter um médico* (M01C02A11).

A **comunidade** se identifica como co-participante no cuidado de sua saúde ao perceber a necessidade de mudanças de hábitos assumindo medidas de prevenção e proteção e na busca dos serviços de saúde, como descrito a seguir: *usamos aquelas máscaras para poeira, as luvas* (M01C10R57); [...] *quando tem mobilização de calendário de vacinação de crianças o postinho está sempre movimentado, nas caminhadas também* (M01C04A24). Além disso, a comunidade por meio dos grupos organizados desempenha sua coparticipação na saúde ao estimular as pessoas a aderir às atividades propostas pela equipe de saúde, firmando vínculos de confiança fortalecidos pela credibilidade. *A gente consegue mobilizar a comunidade a participar das ações da equipe, a participar dos grupos de Hipertensos, Terceira idade* (M01C10CLS52).

Destacam ainda, a necessidade da corresponsabilização da comunidade nas ações de saúde percebidas pelos sujeitos como precária, o que pode estar relacionado a não buscar a

mudança da sua cultura ou dos serviços oferecidos no âmbito da atenção primária, conforme expresso: *A pessoa não pode depender só dos outros. [...] a gente tem que se cuidar para não adoecer* (M01C10R60).

A comunidade demonstra a importância da complementaridade das ações e da corresponsabilidade do sujeito pela sua saúde. Porém, ainda possui a visão biomédica ancorada na organização do serviço do atendimento médico.⁹ Assim, visualiza-se os grupos, atuando em seu cotidiano, que conseguem efetivar seu objetivo de ação à saúde da comunidade, como possuidores de caráter influenciador no envolvimento e organização dos grupos locais, como importantes intermediários na complexidade do envolvimento dos setores e sua participação individual e coletiva. Essas potencialidades afloram no contexto social de indivíduos que se encontram em condições de vida semelhantes, que se agrupam onde o poder decisório se manifesta a partir da interação dinâmica entre o singular e o coletivo.¹⁰

Na percepção da equipe de saúde

Os sujeitos identificados para responsabilidade de participação à saúde da comunidade, na percepção dos trabalhadores da saúde, foram de a **equipe** (250) flexibilizar sua organização do trabalho às solicitações da comunidade; o **órgão público** (26); e a **comunidade** (186) participando das atividades da equipe e por meio dos seus representantes.

A **equipe** visualiza a necessidade da interação da comunidade para melhorar a qualidade do trabalho na UBS, conforme depoimentos: *Quando você quer propor algo para ser trabalhado na comunidade é importante que eles deem a opinião deles [...]* (M01C04T24). [...] *não adianta nós quereremos uma coisa se a comunidade não quer, não funciona* (M01C12T55).

Os trabalhadores da saúde referem setores do **órgão público** por apresentar estratégias para organização do trabalho e alcance dos objetivos: [...] *para os encaminhamentos sempre tem especialistas que vem pra cá, cardiologista, endocrinologista, gastrologistas, e outros casos são encaminhados para fora do município pela Secretaria* (M02C09T44).

Os trabalhadores da saúde visualizam a participação da **comunidade** através dos grupos organizados que se mostram receptivos e participativos as solicitações da equipe, e articuladores com a comunidade como apoio/suporte a equipe seja na geração de saúde ou na busca pela resolutividade em saúde expondo e solicitando mudanças de fatores em saúde que vão além da atenção dos trabalhadores da equipe local: *O grupo nos aproxima da comunidade* (M01C05T25). [...] *faz um diferencial, influencia até mesmo na saúde delas, porque depois desse grupo a gente já viu que elas têm adoecido menos* (M01C02T08). [...] *participam bastante dos grupos de hipertensos, grupo de pesagem, o acompanhamento da criança*

(M02C09T43). [...] *a comunidade traz os assuntos para as reuniões do Conselho, que ao vir alguém da Secretaria se solicita fazer uma obra ou cobrar alguma coisa que não foi cumprida pela Secretaria* (M01C11T50). A aproximação da equipe com a comunidade e a produção de saúde gerada nos grupos é identificada nas observações em momentos que as integrantes cobram o auto-cuidado das colegas do artesanato como, por exemplo, a realização do exame citopatológico (OBSM01C01A1).

Atuar articulado com comunidade permite melhor fidedignidade da ação, pois aproxima a percepção do trabalhador ao que é necessário e importante para saúde na visão da comunidade. Evita que o cliente seja orientado e não siga instruções por ter a consciência da importância daquele cuidado promovendo a co-responsabilidade. Essa prática fomenta o desenvolvimento da autonomia da comunidade e da equipe, provocando a co-produção e superação de ambos e o compromisso mútuo.¹¹ A relação intersetorial e a intermunicipalização favorece a resolutividade em saúde quando o cuidado em saúde exige particularidades de atenção à saúde. Na responsabilidade municipal é destacado a participação efetiva dos gestores nas três esferas de governo nas ações locais de promoção da saúde com ênfase na efetiva participação da comunidade.¹²

RESPONSABILIDADE NA INTEGRALIDADE

Na percepção da comunidade

A responsabilidade em proporcionar a integralidade (79) na saúde da comunidade tem na sua organização o compromisso de desenvolver estratégias adjacentes e se articular com os outros níveis de atenção, questões estas favorecidas por ter aproximação e participação da comunidade nas questões da saúde.

Na busca pela integralidade a **equipe** é mencionada por abordar ações de vínculo através da disponibilidade, articulação com os grupos locais e ações de saúde socioambiental, conforme visto a seguir: *a enfermeira [...] sempre pergunta se precisar alguma coisa elas estão ali (no posto) para auxiliar* (M01C05A29); [...] *se eles estão precisando fazer um pedido, então a gente faz um ofício, vem aqui no posto conversar, e a gente leva para o conselho (municipal) para debater* (M01C03CLS54); *A ACS juntou uns guris para não se envolver com drogas, e fez um time de futebol* (M01C05A27). *O médico, ele está bastante preocupado com a saúde da comunidade, que tem um esgoto que passa perto do riacho. Ele pede para os órgãos competentes fazer, prefeitura municipal, o estado, o federal* (M02C06AMI41).

Relacionado ao **órgão público**, a responsabilidade à integralidade é identificada pelo reconhecimento do trabalho da equipe e da falha no sistema: [...] *respeito às meninas (equipe), se elas não conseguem exames ou remédios não é culpa delas [...] eu acho que é culpa do governo (M01C05A35). [...] o nosso socorro imediato é o PSF, assim quando a gente precisa de alguma coisa de saúde a nossa agente comunitária é a intermediária (M02C06AM39); O último pré câncer, a última mamografia eu tive que pagar porque não tinha, só para daqui a seis meses (M01C05A28).*

Ações da **comunidade** que favoreçam a integralidade abrangem como foco as particularidades do sujeito, renda, saúde individual e coletiva: *a gente esquece os problemas que a gente tem dentro de casa, eu acho que é uma ajuda psicológica (M01C04A24); fazer crochê, tricô, vai influenciar muito à pessoa que vai aprender para poder ter uma renda (M01C02A09); a gente faz festas para as crianças pobres, para dar brinquedos, alimentação (M01C05A27); [...] fizemos uma reunião com todo mundo da associação do bairro, e a gente fez uma rifa para arrumar ruas, valetas (M01C02A10).*

Neste sentido, articulações complementares e eficazes na integralidade do cuidado são privilegiadas pela inserção da equipe na comunidade, por meio da proposta de atenção à saúde na atenção primária na articulação sociambiental na intenção de abranger as necessidades e proporcionar melhores condições à comunidade, a partir de iniciativas individuais, coletivas e amparadas às organizações locais e municipais.¹³ Além disso, o suporte individualizado reflete o apoio psicossocial aos participantes utilizando-se do processo dialógico, produzindo bem-estar e além da aprendizagem para geração de saúde e melhores condições de vida.¹⁴

Na abrangência da atuação dos gestores implica agir coerentemente na abordagem à responsabilidade pela saúde. A gestão planeja e desenvolve a organização financeira, programar suporte de serviços, implementar políticas públicas, grifar a descentralização para melhor eficiência no trabalho gestor e desenvolvimento de ação equânime. Pois o desenvolvimento de políticas ambientais visando a saúde pode se dar em diferentes ambientes como lares, locais de trabalho, escolas e comunidades, amparados pelos níveis de governo responsável, local, estadual, federal, e internacional.¹⁵

Na percepção da equipe

A integralidade é demonstrada na forma que a **equipe** articula necessidades da comunidade na busca pela resolução ou amenização dos fatores de risco e aponta os grupos como espaços de produção de saúde: *o nosso presidente de bairro, qualquer problema que tenha ele vem aqui, ele conversa com a gente. [...] Nós vamos nos órgãos responsáveis, a gente procura minimizar a situação (M01C07T37). Tanto o conselho quanto o grupo de*

artesanato tu não te vê trabalhando a doença, [...] tu trabalha a questão de saúde, de prevenção, então eu acho que nos grupos eu me preencho, eu me satisfaço (M01C03T19).

Os trabalhadores referem o **órgão público** quando a atenção à saúde extrapola estratégias locais: *se não tem aqui no posto eles vão a Secretaria, se não tem, o governo estadual cobre, então eles fazem uma licitação, fazem um processo lá e vem medicação (M01C07T35).* Esta fala carrega em sua afirmação a consciência dos indivíduos aos direitos de acesso integral a saúde por meio dos recursos, o dever como cidadão em buscar os meios para tal aquisição. Essa questão é ratificada nas observações dos grupos, onde a comunidade faz reivindicações de especialistas como neurologista e a equipe explica como é realizado o agendamento, triagem e encaminhamento e discute conjuntamente verificando as possíveis estratégias para as necessidades locais (OBSM01C04CLS3).

Às responsabilidades/competências para atingir a integralidade da atenção à saúde é identificada pelos trabalhadores quando visualizam a **comunidade** como participante dos grupos organizados produzindo saúde da forma diferenciada e mudando a cultura da comunidade: *Uma coisa é falar para a pessoa com diabetes tomar medicação e se cuidar. Outra é ela ir em um ambiente onde se sente valorizada, faz um trabalho e chega em casa motivada a usar medicação, a querer. Há algo além do cuidado com a saúde, que faz com que ela tenha vontade de ter saúde para seguir trabalhando (M01C02T11). Aquela mulher que sempre vinha no posto, [...] sem necessidade, o médico vem no grupo dá uma palestra e tira a sobrecarga que tem ali na frente [recepção UBS] (M01C02T14).*

A saúde é vista como um produto dos grupos organizados ainda que não seja o foco direto do trabalho do grupo, mas uma consequência positiva. O grupo, pela interação e afetividade desenvolvida, favorece a mudança da cultura da necessidade em buscar os serviços de saúde conduzindo para ações de prevenção e autocuidado, descontração, apreensão de novos conhecimentos favorecendo a integralidade na saúde em coletivo.¹⁶

RESPONSABILIDADE NA ORGANIZAÇÃO

Na percepção da comunidade

A responsabilidade para organização (74) na saúde direcionada à **equipe** é identificada pelo planejamento da assistência a comunidade, interna e externamente ao espaço da UBS: *aqui no posto de saúde se tu vai hoje, amanhã tu já consulta. [...] Então está assim, muito bom, cada vez melhor (M01C05A31); O posto está à disposição e se tu não pode ir, a enfermeira vem em casa, tem a agente comunitária (M01C05A28).*

Em relação à responsabilidade da organização no **órgão público** foi referido o nível municipal para implementação de unidades de saúde com infra-estrutura adequada, composta por equipe completa e com profissionais capacitados e estimulados. Visto nos trechos a seguir: *O prefeito, ou a secretária está comandando muito bem porque ela abriu esses postos* (M01C05A27); *O estado, o poder público devem garantir a estrutura do posto, garantindo equipes de trabalho* (M01C03CLSI55); *Eu acho que os políticos deveriam enviar mais verbas para o salário* (M01C10R61).

Acerca da responsabilidade na organização, à **comunidade** destacou os trabalhadores da equipe no planejamento e desenvolvimento das ações dos grupos: *Quem trabalha aqui é uma das agentes [...] ela que organiza* (M01C05A30); *A enfermeira participava bastante, [...] Vamos comprar isso, fazer aquilo outro* (M01C01A08). Além disso, a comunidade se identifica como corresponsável no processo de organização local ao reivindicar melhores condições de saúde e recursos para manutenção do trabalho nos grupos organizados da comunidade, como expresso: *as consultas eram agendadas só as segundas-feiras para toda semana [...] e foi nossa reivindicação que tivesse consultas todos os dias* (M01C10CLS48); *Recolher dinheiro para compra materiais para gente (do grupo) porque tem gente que não tem linha, lã, não tem nada* (M01C05A29).

A organização da equipe para facilitar o acesso da comunidade aos serviços de saúde tende a fortalecer os vínculos de confiança, pois estimula a comunidade a buscar o cuidado na atenção primária, a comunidade como foco do acolhimento da equipe proporciona consequente credibilidade no profissional local e no trabalho desenvolvido. Desse modo, a prática desenvolvida envolve o acolhimento, o diálogo, o vínculo e a co-responsabilidade entre profissional e comunidade, assim o reconhecimento para além das demandas cotidianas ratificam a integralidade do cuidado em saúde voltados as necessidades da população.¹¹

A aproximação da equipe e comunidade é destacada como potencial em unir os participantes do grupo, organizar e orientar o trabalho, atualizar ideias no grupo, intermediar os demais trabalhadores da equipe para motivação e educação em saúde. As ações de corresponsabilização da comunidade tendem a estar direcionadas a atender necessidades ou objetivos específicos de cada grupo, visto que são os valores como cultura e bem-estar que motivam as lutas dos grupos sociais.¹⁰

Na percepção da equipe

Em relação à organização da **equipe** os trabalhadores enfatizam o planejamento e intervenção fomentando o trabalho em equipe e a complementaridade multiprofissional: *há muita cobrança em cima dos agentes de saúde, mas quando é detectado qualquer problema*

na comunidade é levado à reunião de equipe justamente para as decisões serem tomadas em equipe (M02C09T42); os agentes comunitários nos trazem todas as informações da família, e a gente faz um atendimento mais completo (M02C09T44).

Quanto à responsabilidade na organização para a saúde da comunidade, os trabalhadores referem à **comunidade** a partir da aproximação dos integrantes dos grupos com a equipe e conhecimento da organização do trabalho desta, favorecendo aderência às atividades da atenção primária e articulação da saúde socioambiental: *as pessoas que estão aqui no grupo geralmente são bem mais informadas, sabem que a tarde vai ser realizado o grupo de hipertensos. [...] isso facilita o trabalho do posto (M01C07T35). A gente tem bastante contrapartida deles em relação às atividades que nós realizamos, em matéria de meio ambiente ainda está se conquistando a comunidade (M02C09T42).* Visualiza-se nas observações ainda a necessidade de maior articulação da saúde socioambiental dentro das comunidades, porquanto que a relação saúde e ambiente ainda não está visualizada de forma consciente, por exemplo, ao caminharmos conversando com o pescador na beira da lagoa, ele relata inconformado a falta de consciência das pessoas que limpam os camarões em suas casas e levam as cascas em sacolas plásticas e jogam na beira da lagoa (OBSM01C05AP3).

A organização do trabalho em equipe e sua formação multidisciplinar junto ao reconhecimento da comunidade na atenção primária consolida o desenvolvimento integral para a saúde. Tal perspectiva evidencia a necessidade do desenvolvimento do trabalho da equipe SF potencializando os aspectos conceituais da APA, integralizando as ações de saúde, sociedade e ambiente como forma de qualificar a atenção primária a saúde.²

RESPONSABILIDADE NA PREVENÇÃO E PROTEÇÃO AMBIENTAL

Na percepção da comunidade

A temática ambiental (39) os integrantes dos grupos referiram como responsabilidade da **comunidade**, com vistas na relação saúde e a produção de lixo, descarte inadequado e consequente concentração de vetores e surgimento de doenças. Conforme os depoimentos: *Não tem que botar lixo na beira das ruas para juntar moscas, juntar bichos [...] cada um tem que fazer a sua parte, porque não adianta só ter o médico (M01C04A20).*

Na percepção da equipe

Os trabalhadores da saúde visualizam a **equipe, os órgãos públicos e a comunidade** ao referir responsabilidades na preservação e proteção ambiental da comunidade e a equipe por meio da educação em saúde fomenta ações de saúde socioambiental: *Os serviços de saneamento tem uma boa parcela de responsabilidade e a equipe também, acho que é um*

conjunto, ter sistema de esgoto, saneamento básico adequado na comunidade (M01C02T13); A gente tenta ensinar eles a reciclar (M01C05T26); Se continuar esse trabalho o lixo vai ser reciclado, vai diminuir o lixo na rua que gera doença (M01C02T10). As ações de saúde socioambiental são incitadas como metas nas discussões dos grupos da comunidade conforme (OBSM01C02AM2): Organização de um plano com foco na segurança, aterro dos pátios, valetas a céu aberto, iluminação, telefone público, pavimentação.

Tal perspectiva a percepção da comunidade e da equipe para o cuidado além da abordagem de preservação do ambiente, para uma atuação direcionada a ações preventivas à doença abrangendo a saúde na sua complexidade socioambiental visto que proporciona ambientes mais limpos e saudáveis promovendo a qualidade de vida. Esta interação ambiente-saúde se fortalece ao compreender que todo indivíduo está inserido em um determinado ambiente (natureza) e pertencente a uma comunidade (espaço coletivo, social e cultural), ou seja, este indivíduo constantemente se inter-relaciona com diversos fatores sociais, econômicos e ambientais, que são dinâmicos, bem como interage com instituições locais e organizações de grupos da comunidade.³ Estas interações apresentam seu caráter de poder influenciar direta e indiretamente na saúde, caracterizando assim a saúde socioambiental, que se fortalecem na participação da comunidade.

RESPONSABILIDADE PARA SOLIDARIEDADE E EQUIDADE

Na percepção da comunidade

A solidariedade (20) abrange um amplo espectro de responsabilidade visualizado na relação com a **equipe**, bem como entre a própria **comunidade**. O sentimento está demonstrado pelo apoio e acolhimento, bem como na busca de recursos para equidade de participação da equipe perante a comunidade, conforme expresso: *Eles vêm aqui e nos dão uma injeção de coragem [...] esse apoio que eles estão nos dando através de conversa, através de diálogo para que a gente continue (M01C01A04); [...] fazer rifas para angariar fundos para comprar material [...] estão sempre inventando coisas para trazer para cá e procurando gente para dar curso aqui (M01C01A05).*

As responsabilidades dentro da própria **comunidade** são vistas em ações de iniciativa do grupo para a comunidade: *Tem muita gente de boa vontade que participa bastante, quando a gente vai buscar alguma coisa, alimento ou medicação para pessoas que estão necessitando eles contribuem de boa vontade. [...] é uma grande colaboração da comunidade, quando é para a comunidade a gente busca só na comunidade [...] (M02C06AM39).*

Neste sentido, a comunidade busca os membros da equipe como amparo e suporte que vão além das atribuições específicas dos profissionais. As iniciativas de natureza solidárias poderão propiciar um quadro de mudanças e ajudar a consolidar a contribuição das organizações, como espaços autônomos e reconhecidos de afirmação coletiva e visão transformadora da sociedade.¹⁰

Na percepção da equipe

A equipe de saúde reconhece à responsabilidade em desenvolver ações de solidariedade e equidade quando a partir da formação dos grupos **a comunidade** desenvolve maior autonomia: *a gente começou o grupo só pensando em um grupo mesmo de artesanato, só que agora o próprio grupo criou um brechó, pensando na comunidade que é carente [...] fazem a venda dessas roupas para poder comprar material para o artesanato* (M01C03T15). Nas observações é visualizado o trabalho conjunto do grupo com equipe como forma de ajuda a comunidade local no sentido da solidariedade, como no exemplo da produção de edredons doação (OBSM01C01A2).

Neste sentido, destaca-se o grupo na perspectiva da saúde socioambiental por meio da organização local que fortalece as potencialidades do seu coletivo de diferentes formas, mas com o objetivo da ajuda mútua e organizada, criando opções de amenizar precariedade existentes na comunidade economicamente desfavorável a partir de relações solidárias.¹

RESPONSABILIDADE PARA DIVERSIDADE

Na percepção da comunidade

Ações direcionadas aos aspectos relacionados à diversidade (139) na geração da saúde da comunidade visualizou-se a importância da **equipe** perceber e elaborar estratégias a fatores determinantes à saúde e necessidades da comunidade, conforme as afirmativas: *Esses grupos que tem da terceira idade, o grupo de saúde mental, é uma maneira ótima deles cuidarem da saúde da comunidade, eles têm essa preocupação* (M01C10CLS52). *A gente entrega pedidos para eles e eles sempre atendem, na medida do possível. Uma das coisas que são solicitadas é a troca de horário da ficha* (M01C03CLS53). A diversidade da atenção à saúde em abranger as diferenças faz emergir a partir da própria **comunidade** os grupos organizados *“foram as mulheres que pediram, eu acho que para ter mais uma renda. Tem muita gente que faz (participa) e precisa (do retorno financeiro)* (M01C01A07)

Esta percepção emergida dos trabalhadores da equipe abrange a complexidade da saúde na atenção primária, pois compreende os vários fatores que determinam a saúde, como as características política, econômica, ambiental, cultural e comportamental são fatores que

influenciam na saúde. No âmbito da desigualdade social, exige-se a necessidade de cuidados diferenciados por deparar-se com distintos fenômenos sociais, nessa relação orientações na atenção primária têm reduzido as desigualdades em saúde.^{13,17}

Na percepção da equipe

Na responsabilidade pela saúde na diversidade da comunidade identificou-se a necessidade dos indivíduos apreenderem as ações da **equipe** como relevantes a sua saúde para assumir mudanças de hábito de vida e cultura. Conforme visualizado em: *Com o anticoncepcional elas que têm que decidir não querer ter mais filhos e optar em tomar o comprimido* (M01C02T07); *A própria pessoa é a principal responsável pela saúde, o que a equipe de saúde faz é mostrar para essa pessoa que ela tem que cuidar da saúde* (M01C02T11). As observações mostram o compromisso dos grupos da comunidade empenhados a compartilhar a responsabilidade com a equipe, no sentido de co-responsabilizar o sujeito pela produção de saúde ao fazer encontros para explicar o funcionamento do SUS e motivar a ação conjunta para melhor funcionamento (OBSM01C03CLS1).

Além da participação individual na comunidade, a equipe visualiza a responsabilização coletiva - comunidade como participante e co-responsável nas escolhas e decisões propostas e feitas pela equipe, em que o indivíduo interage e influencia outros sujeitos e o meio. Assim, os grupos assumem a responsabilidade de vínculo e intermediação entre comunidade-equipe, que é percebida a partir do elo de confiança estabelecido e fortalecido.¹⁸ Com este estudo chama a atenção para a necessidade de se articularem ações de educação ambiental baseadas nos conceitos de ética e sustentabilidade, identidade cultural e diversidade, mobilização e participação e práticas interdisciplinares.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo visa contribuir na construção do conhecimento da enfermagem na saúde pública, que compreende no cotidiano do seu trabalho a visão ampliada da saúde na relação com o ambiente e suas inter-relações. Salienta-se a importância da relação do trabalho realizado nos grupos organizados da comunidade e o trabalho da equipe de saúde na atenção primária visando fortalecer a responsabilidade na produção, manutenção e promoção da saúde socioambiental. Esta inter-relação fortalece vínculos que tendem a repercutir em benefícios para ambos os trabalhos, desenvolvidos pelos grupos e equipe de saúde.

Os grupos se mobilizam e contribuem na geração de saúde, na particularidade do indivíduo como do coletivo, no entanto, o diferencial está na forma de resolução em que os grupos politizados direcionam suas ações a atender interesses da comunidade em relação ao

acesso aos serviços de saúde local, e os grupos de renda desenvolvem suas ações para outros aspectos de saúde pouco ou não desenvolvidos dentro dos serviços de saúde como apoio afetivo e psicossocial.

Os grupos organizados na comunidade assumem participação no processo de produção da saúde, demonstrando que a responsabilidade pela saúde da população é promovida e fortalecida através da atuação conjunta entre profissionais da saúde, comunidade e gestores. Esta responsabilidade fortalece a produção coletiva de saúde; influencia a contribuição direta e indireta nos processos de trabalhos da equipe de saúde e grupos da comunidade, que consequentemente favorece atenção à saúde de forma mais integral e eficiente.

Espera-se produzir reflexão aos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, enfatizando a relevância das ações desenvolvidas pelos grupos organizados pela comunidade e sua repercussão à sustentabilidade, com organização e utilização de recursos da natureza para sobrevivência dos indivíduos e famílias, porém sem agredir o meio ambiente – visto que os grupos articulam entre si a partir das necessidades do ambiente da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Primária Ambiental. Brasília (DF): Gráfica e Ed. Brasil; 2000.
2. Cezar-vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007a Jun; 15(3):418-425.
3. Cezar-Vaz MR et al. Estudo com enfermeiros e médicos da Atenção Básica à Saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto Contexto Enferm*. 2007b Out-Dez; 16(4): 645-53.
4. Laustsen G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior - dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in Nursing Science*. 2006; 29 (1): 43 – 54.
5. Sant’anna CF, Cezar-vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2011 Mai-Jun; 24(3): 341-47.
6. Sant’anna CF, Cezar-vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes Sociais de Saúde: Características da comunidade e trabalho das enfermeiras na Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 Mar; 31(1): 92-9.
7. Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

8. Green, J; Thorogood, N. Qualitative methods for Health Research. London (UK): Sage Publications; 2005.
9. Silva AMN, Mandú ENT. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Out-Dez; 21(4): 739-47.
10. Velloso MP. Os catadores de lixo e o processo de emancipação social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005 set-dez,10:49-61.
11. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA , Sousa FS P, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Jul; 16 (7): 3051-3060.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3. ed. – Brasília (DF): MS, 2010.
13. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. [acesso em 2013 Jan 22]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609
14. Starfeild, B. Pathways of influence on equity in health. *Social science and medicine*. 2007; 64: 1355-1362.
15. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant’Anna CF. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dec; 45(6):1323-30.
16. Sattler, B.; Davis del, B.A. Nurses’ role in children’s environmental health protection. *Pediatr Nurs*. 2008, 34, 329-339.
17. Bonow CA, Cezar-Vaz MR, Sant’Anna CF, Cardoso LS, Silva MRS. Grupos comunitários adstritos à Estratégia Saúde da Família: estudo das características do processo criativo *Cienc Cuid Saude* 2010 Jul/Set; 9(3):527-534.
18. Ferreti N, Cezar-Vaz MR. O trabalho de conselheiros locais entre os discursos e a operacionalização da produção da Saúde ‘Sócio-ambiental’. In: Fernando Scotergagna, Mali da Costa e Ricardo Hermany, organização. Espaço local, cidadania e políticas públicas. Santa Cruz do Sul: Editora IPR– CORAG - Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas, Porto Alegre; 2010 – v.1,p. (253-274).
19. Sorrentino, M. De Tbilisi a Tessaloniki, a educação ambiental no Brasil. In: JACOBI, P. et al. (orgs.). Educação, meio ambiente e cidadania: reflexões e experiências. São Paulo: SMA.1998. p.27-32.

4.3 ARTIGO III

Research Article

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO MÚTUA NO TRABALHO DE ATENÇÃO À SAÚDE SOCIOAMBIENTAL DA COMUNIDADE*

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: MUTUAL WORK OF ENVIRONMENTAL HEALTH CARE COMMUNITY

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: ASISTENCIA MUTUA EN LOS TRABAJOS DE LA COMUNIDAD DE SALUD AMBIENTAL

Cynthia Fontella Sant'Anna³, Marta Regina Cezar-Vaz⁴.

Correspondência: Cynthia Fontella Sant'Anna

Rua: Duque de Caxias, nº.2183, 202.

Cep: 97500-181 – Uruguaiana, RS, Brasil.

Telefone: (53) 91010437.

cynthiafs_enf@yahoo.com.br

*Extraído da Tese “Integralidade da atenção à saúde socioambiental: mutualidade do trabalho entre equipe da saúde e grupos organizados da comunidade”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/ FURG), 2013.

³Dr^a PPGEnf/ FURG. Prof AssistenteII da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA. RS, Brasil. cynthiafs_enf@yahoo.com.br

⁴Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. RS, Brasil. Orientadora do trabalho. cezarvaz@vetorial.net

RESUMO

O estudo objetivou apreender a contribuição mútua (mutualidade) para a saúde da comunidade, com foco na integralidade da saúde expressa pela base teórica dos Determinantes Sociais da Saúde, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade. A metodologia, qualitativa, constituiu-se de entrevista semi-estruturada com 70 participantes dos grupos organizados da comunidade e 58 trabalhadores da saúde, enriquecida por 116 horas de observação. Aprovado sob parecer nº52/2008. Utilizando o software NVIVO7.0, foi realizada análise qualitativa de conteúdo temático nas categorias: DSS Distais; DSS Intermediários e DSS Proximais. A organização da comunidade é visualizada como complementar aos serviços de saúde, tendo em vista a centralidade no trabalho de ambas instituições, comunitárias e serviços de saúde. Esta relação caracteriza a mutualidade no trabalho, que traduz a interajuda entre as pessoas, atende as necessidades, e contribui para integralidade da saúde.

Descritores: Enfermagem em Saúde Pública. Trabalho. Desigualdades em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed at understanding the mutual contribution (mutuality) for community health, with a focus on comprehensive health expressed by the theoretical basis on Social Determinants of Health in respect of health workers and family of participants in organized groups in the community. The methodology consisted of semi-structured interviews with 70 participants in organized groups and 58 community health workers, enriched with 116 hours of observation. Approved under Opinion No 52/2008. Using the software NVIVO7.0 was performed qualitative analysis on thematic categories: Distal DSS, DSS and DSS Proximal Intermediates. The community organization is viewed as complementary to health services in order to work centrality in both institutions, community and health services. This relationship is characterized mutuality at work, which translates to interajuda between people, serves the needs and contributes to health integrality.

Keywords: Public Health Nursing. Work. Health Inequalities. Nursing.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender la contribución mutua (mutualidad) para la salud de la comunidad, con un enfoque en la salud integral expresada por la base teórica sobre los Determinantes Sociales de la Salud con respecto a los trabajadores de salud y familiares de los participantes en los grupos organizados de la comunidad. La metodología consistió en entrevistas semi-estructuradas con 70 participantes en grupos organizados y 58 trabajadores comunitarios de la salud, enriquecidos con 116 horas de observación. Aprobado bajo Dictamen n ° 52/2008. Utilizando el software NVIVO7.0 se realizó un análisis cualitativo de las categorías temáticas: DSS, DSS y distales DSS Intermediarios proximal. La organización comunitaria es vista como un complemento a los servicios de salud con el fin de trabajar centralidad en tanto los servicios de las instituciones, la comunidad y la salud. Esta relación se caracteriza mutualidad en el trabajo, que se traduce en interajuda entre las personas, sirve a las necesidades y contribuya a la integralidad de la salud.

Palabras clave: Enfermería en Salud Pública. Trabajo. Desigualdades en la Salud Enfermería

INTRODUÇÃO

A dinâmica da relação do crescimento populacional e a saturação das condições socioambientais⁽¹⁾, faz gerar fatores sociais determinantes na relação do processo saúde/doença. Estes determinantes sociais de saúde (DSS) abrangem aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que se relacionam e influenciam na saúde e adoecimento da população. Visto que são identificados como determinantes proximais, aspectos biológicos como sexo, genética, faixa-etária e estilo de vida; determinantes intermediários na relação com a disponibilidade de alimentos, condições de higiene, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação; e determinantes distais que inclui as condições de saneamento e habitação, inserção no mercado de trabalho, e acesso a cultura.

Logo, as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição lesivas à saúde, pois está em constante exposição e relação com fatores socioambientais. Considerando que as questões sociais superam as biológicas⁽²⁾, logo podem representar importantes elementos ao processo saúde-doença, porém por vezes estão além das possibilidades dos trabalhadores de saúde. O planejamento das ações em saúde na interação do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde junto à comunidade conduz para o desenvolvimento de ação adequada às necessidades prioritárias, saúde integral, assim como firma compromisso e responsabilidade dos sujeitos para a qualidade de vida e saúde da comunidade⁽³⁾.

Esta aproximação estabelecida entre equipe de saúde e comunidade proporciona o conhecimento das particularidades da pessoa-comunidade-ambiente, fatores determinantes para a saúde dos indivíduos e comunidade, objetivando um trabalho mais efetivo e eficiente, que favorece a atenção integral em saúde⁽⁴⁾. Tal integralidade à saúde é visualizada aqui como intenção de abranger os diversos fatores que interferem no processo de produção da saúde para visualizar a criação de estratégias que reduzam desigualdades em saúde, promovam equidade e fortaleçam a participação dos sujeitos. Desta forma, o trabalho organizado na comunidade vai além das propostas de ação dos serviços de saúde, e então prevê ir além do atendimento assistencial, e sim orienta e estimula que os trabalhadores desenvolvam ações extra unidade de saúde, participando/organizando grupo de educação em saúde, fortalecendo vínculo com instituições locais e com pessoas representativas de um coletivo.

Neste sentido é que surgem os grupos organizados da comunidade, eles agrupam-se por visar a busca de objetivos comuns e o compartilhamento de saberes pois a informação é parte integrante de toda atividade humana, individual ou coletiva. Logo, na relação com os fatores determinantes sociais e ambientais para o indivíduo, na atenção primária à saúde,

centraliza-se na integralidade à saúde. E assim, estratégias interdisciplinares são exigidos para a transformação do objeto de trabalho, transformado coletivamente em produto do trabalho, como um produto complexo, necessitando de relações de múltiplas trocas. Trocas no sentido de viabilizar condições produzidas pelos diferentes agentes da ação, agente trabalhador e agente cliente, em suas diferentes posições sociais que se aproximam às exigências históricas apresentadas⁽⁵⁾.

A equipe atuando com os grupos organizados da comunidade favorece a integralidade à saúde por meio de ações e intervenções, nos serviços de saúde e nos grupos, em relações dialógicas entre sujeitos, as quais transcendem as diferentes camadas de objetivação dos serviços de saúde. Logo, esta mutualidade entre grupos da comunidade e equipe atua abrangendo na atenção à diversidade dos DSS, assim como facilita a organização e reconhecimento do trabalho efetivo na atenção primária. Caracterizando assim os grupos organizados da comunidade como grupos promotores da saúde, na relação entre equipe e comunidade, utilizando outros espaços extra UBS onde ocorre processos para produção de saúde intermediado pelo trabalho coletivo.

Neste enfoque, o estudo objetivou apreender a contribuição mútua (mutualidade) para a saúde da comunidade, com foco na integralidade da saúde expressa pela base teórica dos Determinantes Sociais da Saúde, na relação dos trabalhadores da saúde da família e dos participantes dos grupos organizados da comunidade.

METODOLOGIA

Estudo transversal ao processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde e no trabalho desenvolvido nos grupos organizados da comunidade, guiada no núcleo da APA, como orientação teórica. Os grupos organizados caracterizam-se no sentido do trabalho com finalidade cooperativa, não se configuram em atendimento a patologias. Incluem-se os participantes dos diferentes grupos organizados da comunidade e os trabalhadores das equipes da SF nos municípios de Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar.

Os 13 grupos existentes na delimitação da SF, com total de 70 participantes, os quais representam: dois Conselhos Locais de Saúde (CLS) totalizando oito participantes; quatro Associações de Moradores (AM) totalizando 17 participantes; uma Associação de Pescadores (AP) com cinco participantes; cinco Grupos de Artesanatos (A) com 35 participantes; uma Associação de Recicladoras (R) com cinco participantes. Os trabalhadores (T) das 12 equipes SF contabilizaram 58 entrevistados: 25 agentes comunitários (ACS); 12 auxiliares de enfermagem (AE); 11 enfermeiros (E) e dez médicos (M). Houve duas perdas e duas recusas.

A pesquisa teve estudo piloto previamente feito à coleta de dados, a qual foi realizada com entrevista gravada em áudio guiada por roteiro semi-estruturado constituído em duas partes: caracterização dos sujeitos e o roteiro propriamente dito. Ainda, foram realizadas 116 horas de observação não participante em todos os grupos, média de 9 horas e 30 minutos por grupo. À confiabilidade das observações, optou-se por dois observadores realizando rodízio na intenção de evitar a tendenciosidade do observador⁽⁶⁾.

Os dados foram transcritos e transferidos para o software NVIVO 7.0, visando agilidade, rigor da organização das informações, para análise de conteúdo temático⁽⁷⁾, guiada com base teórica dos Determinantes Sociais de Saúde, que apresentam-se em três níveis, separados de forma didática porém seus elementos interagem entre si, que são: **DSS proximais**, representados pelas categorias operacionais relacionadas ao indivíduo, como idade, sexo, fatores hereditários e estilo de vida; **DSS intermediários**, que compreendem as categorias operacionais de redes sociais, comunitárias e saúde; e **DSS distais**, que abrangem as condições de vida e trabalho (escolaridade, ambiente de trabalho, fonte de renda, saneamento básico, cultura, habitação e serviços sociais e de saúde) e as condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais – associado às interações entre equipe de saúde e grupos organizados da comunidade⁽²⁾. Cada categoria apresenta o número de referências citadas, entre parênteses, contabilizadas pelo software.

O projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética da FURG, parecer nº 52/2008, concordância da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3º CRS) e das Secretarias Municipais responsáveis pelas equipes SF na região do estudo. Respeitou-se as precauções éticas em consonância à Resolução CNS 196/96, com garantia do anonimato dos participantes e sigilo sobre a autoria das respostas por meio de identificação alfanumérica dos sujeitos: município (M); comunidade (C); grupos organizados da comunidade (CLS, AP, A, AM, R); trabalhadores da equipe de saúde (T) e integrante da comunidade (I). A comunidade corresponde à localização do grupo, e equipe de saúde está identificada conforme a comunidade que atua. As observações estão codificadas a partir da sigla OBS, seguida da sigla alfanumérica correspondente ao município, à comunidade e ao grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de informações apresentadas congruem para evidenciar a promoção da saúde integral desencadeada pela relação da participação comunitária e/no trabalho da equipe de saúde. O envolvimento comunitário revela a mobilização dos profissionais da ESF e dos moradores como forma de gestão participativa da saúde. A contribuição entre os trabalhos da

equipe e grupos organizados propiciam a geração da integralidade na saúde, fortalecida a partir da mutualidade no trabalho, visando minimizar os diferenciais determinantes. Logo, o interesse em participar dos grupos locais organizados indica as proposições individuais que se potencializam em coletivo e refletem-se no atendimento das necessidades humanas básicas psicobiológicas e socioambientais. Relações estas pretendeu-se ilustrar no gráfico1.



Gráfico1: Mutualidade do trabalho na atenção primária, na relação com os Determinantes Sociais de Saúde.

As falas estão apresentadas com trechos da percepção da comunidade, retificada ou confirmada pela fala da equipe, fortalecendo assim a mutualidade do trabalho entre eles, aos DSS, para melhor saúde.

O acesso como produto da mutualidade no trabalho: DSS PROXIMAL

Esta categoria congrega a observância do produto das ações de trabalhos dos ambientes investigados para a saúde socioambiental. Produção apreendida a partir das implicações sobre as condições clínica dos participantes, DSS proximal(91): aspectos psicofisiológicos (68) referente ao sexo, faixa etária e genética, e comportamento no fator estilo de vida (37).

A inserção da comunidade no trabalho dos grupos locais promove a saúde pelo acesso ao serviço e reduz a demanda da terapêutica medicamentosa. Para os integrantes dos grupos: *As pessoas que tem depressão vêm aqui, fazem artesanato e melhoram, tomam menos medicamento (M01C05AI28), tem hipertensos que vem para cá, se distraem e até esquecem que estão doentes (M01C05AI32).* Os trabalhadores da equipe complementam *contribui para*

melhor saúde, física e mental dos membros da comunidade (M01C11T53). Outros meios são utilizados como disponibilizar recursos *a gente ganhava preservativo das gurias, a gente ganhava pílula* (M01C04AI22). As observações mostram o trabalhador da saúde interagindo constantemente no desenvolvimento das ações do grupo instruindo formas de manusear e produzir material (OBSM01C05A), como também orientando formas de abordagens dos representantes do grupo à comunidade (OBSM01C04CLS).

Tal inserção viabiliza as ações de orientação com a finalidade de subsidiar mudanças no estilo de vida. Através de orientação à saúde produzidas na relação equipe-comunidade *as pessoas sabem que têm problema e às vezes ficam negligenciando, e com o PSF deixa a pessoa mais consciente* (M02C06AMI39), promovendo qualidade de vida na prevenção *Usamos aquelas máscaras pra poeira, as luvas* (M01C10RI57), *se eles trabalham com o lixo, facilitar o exame da hepatite C, e orientar sobre o uso de luvas* (M01C11T50).

A mudança de estilo de vida torna-se meta profissional e contribui ainda para o acesso contínuo a informação para a comunidade *se Fulana é do grupo dos idosos e não está indo mais, daí a gente tenta conscientizar ela a voltar* (M03C09AMI47). A qual foi ratificada pela equipe, afirmando que *elas têm aqui informação e elas passam para os seus familiares [...] passando aquela coisa de querer se cuidar* (M01C02T13).

Afirma-se que tanto a equipe quanto o grupo visualizam percepções da complementaridade das ações de promoção à saúde vinculadas ao suporte dado nas relações do cotidiano familiar⁽⁸⁾, que favorecem a integralidade da atenção à saúde por meio da mutualidade no trabalho. Ainda sabendo que propor mudança de comportamentos dos indivíduos implica enfrentar normas culturais que os influenciam⁽⁹⁾.

O (re)conhecimento pela inserção mútua no trabalho: DSS INTERMEDIÁRIO

A categoria (66) que se apresenta revela a identificação do trabalho na relação equipe-comunidade, evidenciando uma potencial rede de interação, grupos organizados, seus representantes e, trabalhadores das equipes. Interação que converge para o estreitamento de vínculos entre comunidade e serviços de saúde interferindo na organização do trabalho da equipe.

Tais relações estão direcionadas ao espaço da equipe quando o grupo estimula a aproximação da comunidade *na páscoa elas [integrantes do artesanato] fizeram uma cesta para sortear aqui dentro da Unidade, é uma maneira simples de atrair a comunidade para saber que existe esse espaço aberto para as pessoas* (M01C01T05); e quando a equipe proporciona a inserção da comunidade em seu espaço de trabalho *a gente vai reunião e fala o*

que seria melhor, o que não seria melhor, e a gente entra em acordo, muitas vezes ajuda a comunidade (M01C03CLS54), eles tem liberdade de chegar aqui e fazer uma reivindicação, reclamação, eles tem liberdade dentro do posto (M01C04T21).

Os vínculos comunidade-equipe são apresentados na inserção da equipe no grupo por meio de solicitação *a associação vai colocar a responsabilidade no PSF de fazer palestras (M02C06AMI40)*; assim como a equipe estimulando a comunidade a participar dos grupos *estou convidando para ver se pelo menos umas quinze, vinte mulheres começam a virem de novo (M01C06T31).*

Os trabalhadores utilizam-se das redes sociais e comunitárias, produzidas no espaço grupal, para estabelecer interação com a comunidade, e aprofundar/estreitar seus vínculos com demais membros da comunidade e assim estabelecer possíveis intervenções, pois propicia a formação de uma rede de suporte social, permitida pela formação de vínculos afetivos entre as participantes e equipe⁽⁸⁾. Fortalecidas na relação dos próprios integrantes da comunidade⁽¹⁰⁾, logo, desenvolvimento de autonomia, estimulando uma participação mais ativa.

O encaminhamento das demandas comunitárias: DSS DISTAL

Nesta categoria (166) esboçam-se as possibilidades interacionais para a produção e ampliação da integralidade da atenção em saúde na perspectiva socioambiental. Possibilidades planejadas para serem executadas a partir da articulação dos sujeitos investigados, sem, no entanto preterir o potencial de ação individual e as limitações para a articulação.

De forma coletiva: na comunidade *a gente poderia fazer parcerias e eles [equipe] poderiam nos encaixar para fazer palestra, de dizer como se classifica o lixo (M01C10RI59)*; articulando setores, equipe e representantes da comunidade e órgão público: *tem um lixão lá atrás da Unidade. Daí a Unidade trouxe [a discussão] para o Conselho esse problema e o Conselho levou para a Prefeitura (M01C10CLSI52)*, como também este determinante distal pode ser direcionado à ação individual: *poderia contribuir não jogando os lixinhos no fundo pátio, as cascas de camarão, sempre limpar e enterrar (M01C04API65)*. As observações mostram a organização dos integrantes do grupo distribuindo tarefas para aproximação com os setores municipais (OBSM02C08AM) e instituições de ensino superior (OBSM01C05AP), visando propor mudanças a situações de necessidades emergidas na comunidade.

Destaca-se ainda a retroalimentação equipe-comunidade para firmar o trabalho em saúde. A comunidade evidencia a resolutividade pela equipe, observa-se: *tem uma comunitária que não vai há dois anos em algumas casas, daí as pessoas reclamam, e eu tenho*

que conversar com o médico do postinho, e o enfermeiro (M02C06AMI39). E, paralelamente, corresponsabiliza-se: na reunião não adianta eu levar problemas, tem que buscar soluções para os problemas (M01C03CLSI55), nos dias de pesagem, nós e o pessoal da equipe saímos e pedimos balões, escovas de dente, roupas para as crianças. Nós somos parceiros, quando eles [equipe] necessitam eles vão ao presidente de bairro (M03C07AMI44), a gente acrescenta coisas a eles e o trabalho deles nos completa (M01C03T19); equipe de ESF da nossa área, ela vive de solucionar problemas, inclusive sociais. e o Conselho atua muito bem nisso (M01C12T58).

Retroalimentação enfatizada pela possibilidade de qualificar as ações de trabalho, pois a equipe o reconhecimento do trabalho é *o retorno desses grupos para nós é bem importante, porque avalia se o nosso trabalho está sendo válido (M01C02T12), estamos vendo a transformação para melhor, então isso nos dá animo para prosseguir (M01C05T29).*

Esta relação amplia-se pela inclusão doutras pessoas da comunidade que não se encontram diretamente relacionadas com ação do trabalho dos sujeitos investigados. Seja pelo acesso a renda, produto do trabalho comunitário individual, [...] *as mulheres aprenderam mais coisas, e vendem esses produtos, para ter renda, aumentar a autoestima delas, que vai ajudar mais na saúde (M01C02T09); e acesso a tratamento e melhor saúde a pessoa tendo condições de ter uma renda melhor influencia nas medicações (M01C05AI32).* Esta possibilidade de obtenção de renda é verificada na observação que identifica momentos de diálogos para sugerir eventos municipais para fazer exposição do seu material (OBSM01A03). Como também pelo próprio produto deste trabalho, *nos trabalhos que a gente fez, a gente doou coisas para as creches, e pessoas carentes (M01C01AI01). Às vezes a gente é informado que uma pessoa não tem roupa ou alimentação, daí a gente faz uma sacola e faz o que a gente pode (M02C06AMI40).*

O trabalho saúde deve envolver a comunidade nas questões ambientais para que assim amplie a consciência sobre o risco ambiental – visto que as mudanças relacionadas ao comportamento ambiental afeta a saúde humana e sua sobrevivência⁽¹¹⁾. A sensibilização dos envolvidos nesta temática, prevê a auto-avaliação das atitudes e comportamentos ambientais, e gera autoconsciência da mudança do comportamento pessoal e ambiental necessárias para ação individual e coletiva. Nesse sentido, a principal abordagem na atenção primária à saúde, na relação com os fatores determinantes sociais e ambientais para o indivíduo, centraliza-se na integralidade à saúde.

Neste contexto, os programas sociais apresentam-se como forma de redução das desigualdades, papel da coesão social e da política, visto que a saúde possui melhores

indicadores quando há distribuição uniforme dos recursos do mercado e trabalho; e transferência recursos, recursos culturais; e recursos políticos⁽¹²⁾. Por vezes, alguns fatores ambientais se encontram restritos por serem decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas⁽⁹⁾, que, no entanto se potencializam com os conselhos comunitários na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros⁽¹³⁾.

O desenvolvimento do trabalho quando associado à participação da comunidade, propondo agir de forma complementar, possibilita alcançar os objetivos de melhor saúde. Isto fortalece a credibilidade no trabalho visto que ao processo motivacional do trabalhador reconhecem fatores relevantes como financeiro, aperfeiçoamento e de educação em saúde⁽¹⁴⁾. Destaca-se que o retorno do trabalho desenvolvido no espaço comunitário, é visualizado a partir do retorno do indivíduo cuidado, além de avaliação do trabalho em si, quando negativo para readaptação, porém no aspecto do retorno positivo se torna relevante pelo reconhecimento da ação⁽¹⁵⁾.

Discussões sobre determinação em saúde definem as possibilidades de atuar na redução de exposição a fatores que comprometem o bem-estar biológico, aspectos que condicionam o grau de saúde que podem ser controlados ou modificados pelos próprios indivíduos; e os fatores socioambientais que revelam a articulação indivíduo-ambientes, abrangendo contexto social e serviços de saúde, bens duráveis. Atuar nos fatores biológicos está no cotidiano do trabalho em saúde, porém o presente estudo mostra que por meio dos grupos organizados da comunidade, consegue-se elaborar ações na abrangência dos determinantes sociais, almejando a integralidade na saúde.

Pensar que a mutualidade do trabalho desenvolvido pelos diferentes sujeitos na atenção primária – trabalhadores instituídos por uma estratégia governamental/política de saúde, e participantes dos grupos organizados da comunidade – orienta as ações em saúde demonstrando em seu produto a dinâmica uniforme e inter-relacionada/sincronizada de seus trabalhadores. Os membros da equipe visualizam suas ações de forma mais efetiva e resolutiva por se inserir nos outros espaços locais (grupos), em constante busca da integralidade em saúde ao atuar inter-relacionada aos grupos que emergem em sua delimitação territorial de trabalho, assim como para os membros da comunidade que contam com o apoio da equipe para auto-organização como facilitando acesso e flexibilidade aos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho nos ambientes investigados contribui para a integralidade da saúde a partir da interação estabelecida entre profissionais e comunidade, cuja interfere no singular a cada indivíduo pela propulsão do acesso aos serviços de saúde. Este se configura para além do tratamento da doença com terapêutica medicamentosa, pois é operacionalizado a partir do potencial individual acrescido pelas especificidades individuais.

Acesso que se expande nestas relações por constituir-se em rede organizada, equipe-comunidade. Organização que implica em qualidade resolutiva para o trabalho na atenção primária e satisfação comunitária, convergindo-se em vínculos de confiança. E, este se solidifica no (re)conhecimento do suporte e apoio que cada indivíduo produz na relação com os outros.

Solidificação que se edifica ao transpor os limites da relação equipe-comunidade para propor um trabalho produtivo a outros indivíduos que se encontram no ambiente de convívio coletivo, a comunidade. Condição que expressa a característica socioambiental na determinação da saúde pelo trabalho aqui explorado e revela a integralidade das ações.

REFERÊNCIAS:

1. Sattler, B.; Davis del, B.A. Nurses' role in children's environmental health protection. *Pediatr Nurs.* 2008, 34, 329-339.
2. World Health Organization. Commission on social Determinants of health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. WHO, Geneva; 2005.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. – Brasília: MS, 2010.
4. Sant'anna CF, Cezar-vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. Determinantes Sociais de Saúde: Características da comunidade e trabalho das enfermeiras na Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010 Mar; 31(1): 92-9.
5. Cezar-vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007 Jun; 15(3): 418-425.
6. Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

7. Green, J; Thorogood, N. *Qualitative methods for Health Research*. London (UK): Sage Publications; 2005.
8. Scardoelli MGC, Waidman MAP. Grupo de artesanato na atenção básica. *Esc Anna Nery* (impr.). 2011 Abr-Jun; 15(2): 291-299.
9. Buss PM; Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007 Jan-Abr; 17(1):77-93.
10. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. 2010 Dez; 20(4): 1227-1243.
11. Tinker E, Postma J, Butterfield P. Barriers and Facilitators in the Delivery of Environmental Risk Reduction by Public Health Nurses in the Home Setting. *Public Health Nursing*. 2011 Jan-Fev; 28(1): 35–42.
12. Starfeild, B. Pathways of influence on equity in health. *Social science and medicine*. 2007; 64: 1355-1362.
13. Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, Custódio LBM. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*. 2009 Nov-Dez; 43(6):1369-1378.
14. Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2012 Mai-Jun; 65(3): 420-7.
15. Butterfield PG, Colina W, Postma J, Butterfield PW, Odom-Maryon T . Effectiveness of a Household Environmental Health Intervention Delivered by Rural Public Health Nurses. *American Journal of Public Health*. 2011 Dec, 1Suppl 1:262-70.

5 CONSIDERAÇÕES

Acredita-se que a tese aproximou-se do seu objetivo de contribuir na construção do conhecimento da enfermagem na saúde pública, e saúde socioambiental, que compreende no cotidiano do seu trabalho a visão ampliada da saúde na relação com o ambiente e suas inter-relações. Bem como, almeja-se apresentar uma análise crítica da produção internacional acerca da atuação da enfermagem considerando fatores ambientais, pois esta conscientização possui atualmente repercussão global.

O processo de produção de saúde na atenção primária enfatizada, através da produção internacional e prática do trabalho, a relevância das ações desenvolvidas para e com o indivíduo em seu ambiente de inserção. No qual os grupos organizados da comunidade interagem com a equipe de saúde a fim de atuar nos fatores que indicam a integralidade da saúde, com organização e elaboração de estratégias para melhor sobrevivência dos indivíduos e famílias – visto que os grupos articulam entre si a partir das necessidades do ambiente da comunidade.

Esta pesquisa reforça a complexidade na geração da saúde socioambiental, considerando a diversidade dos fatores determinantes e condicionantes existentes no ambiente da comunidade, indivíduo e coletivo, que exige participação e responsabilização dos sujeitos nele inserido – pelo trabalho ou moradia. Neste sentido a tese apresentada pretendeu salientar a importância da relação do trabalho realizado nos grupos organizados da comunidade e o trabalho da equipe de saúde na atenção primária visando fortalecer a responsabilidade na produção, manutenção e promoção da saúde socioambiental. Esta inter-relação fortalece vínculos que tende a repercutir em benefícios para ambos os trabalhos, desenvolvidos pelos grupos e equipe de saúde.

Considerando a dinâmica da saúde e seus determinantes acredita-se que novos trabalhos podem emergir, como continuidade e esta tese ou questionamentos nesta ou pelas reflexões aqui iniciadas. Os grupos organizados na comunidade são promotores da saúde, ainda que percebido de forma implícita ou explicitamente exposta, logo, assumem participação no processo de produção da saúde. E assim, a responsabilidade pela saúde, a qual não é única, mas sim promovida e fortalecida na atuação conjunta entre profissionais da saúde, gestores locais, estaduais ou federais. Esta responsabilidade caracteriza/fortalece a produção coletiva de saúde; influencia e contribuição direta e/ou indireta mutua nos processos de trabalhos locais, equipe de saúde e grupos da comunidade, que conseqüentemente favorece atenção à saúde de forma mais integral e eficiente.

REFERÊNCIAS

ADELINE FR. Globalization and Global Health: Toward Nursing Praxis in the Global Community. **Advances in Nursing Science**. 2006 Jan/Mar; vol. 29, n.1. p. 2–14.

BARATA, RB; GOLDBAUM, M. Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Dez 2003, vol.19, n.6, p.1863-1876.

BARNES, G. FISHER, B.; POSTMA, J.; HARNISH K.; BUTTERFIELD, P.; HILL, W. Incorporating environmental health into nursing practice: a case study on indoor air quality. **Continuing Nursing Education**, v.36, n.1, p.33-52, 2010.

BENT, K.N. “The people know what they want”: an empowerment process of sustainable, ecological community health. **Advances in Nursing Science**, v.26, n.3, p.215-226, 2003.

BONOW CA, CEZAR-VAZ MR, SANT’ANNA CF, CARDOSO LS, SILVA MRS. Grupos comunitários adstritos à Estratégia Saúde da Família: estudo das características do processo criativo Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; vol.9, n.3, p.527-534.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n° 61 de 29/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BUTTERFIELD PG , COLINA W , POSTMA J , BUTTERFIELD PW , ODOM-MARYON T . Effectiveness of a Household Environmental Health Intervention Delivered by Rural Public Health Nurses. **Research and Practice**, 2011 v.101, Supl.1, p.S262-S270.

BURGER, S. Case study of organizational and community health changes under New Jersey State Welfare reform. **Policy, Politics, & Nursing Practice**, v.4, p.153-60, 2003.

BUSS, PM; FILHO, AP. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007, vol.17, n.1, p.77-93.

CAMARGO-BORGES, Celiane e MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saude soc. [online]**. 2009, vol.18, n.1, pp. 29-41.

CARNEGIE, E.; KIGER, A. Developing the community environmental health role of the nurse. **British Journal of Community Nursing**, 2010 v.15, n.6, p.298-350.

CARDOSO LS, CEZAR-VAZ MR, BONOW CA, SANT'ANNA CF. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dec; vol.45, n.6, p.1323-30.

CEZAR-VAZ MR, SOARES MCF, MARTINS SR, SENA J, SANTOS LR, RUBIRA LT, et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm**. 2005;14(3):391-7.

CEZAR-VAZ, M R et al, intitulada **Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção a Saúde da Família** – uma abordagem socioambiental da produção coletiva de saúde. (Relatório de Pesquisa – FAPERGS – Processo 0415374 - Edital MS/CNPq/FAPERGS Nº 008/2004/2007), 2006.

CEZAR-VAZ MR, WEIS AH, COSTA VZ, SOARES JFS, BONOW CA, CARDOSO LS, et al. Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*. 2007a; 16(4): 645-53.

CEZAR-VAZ MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2007b; 15(3):418-425.

CEZAR-VAZ, ET AL. **Produção socioambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental**. FURG/CNPq. (Projeto de Pesquisa – CNPq), 2008.

CHOI, M.; AFZAL, B.; SATTLER, B. Geographic information systems: a new tool for environmental health assessments. **Public Health Nursing** 2006, v.23, n.5, p.381-91.

CLARK, L.; BARTON, J.A.; BROWN, N.J. Assessment of community contamination: a critical approach. **Public Health Nursing** 2002, v.19, n.5, p.354-65.

COHEN, B. Barriers to population-focused health promotion: the experience of public health nurses in the province of Manitoba. **Can J Nurs Res** 2006, v.38, n.3, p.52-67.

CRAMER, M.E.; MUELLER, K.J.; HARROP, D. Comprehensive evaluation of a community coalition: a case study of environmental tobacco smoke reduction. **Public Health Nursing** 2003, v.20, n.6, p.464-77.

DeGUSMAN, P.B.; KULBOK, P.A. Changing health outcomes of vulnerable populations through nursing's influence on Neighborhood built environment: a framework for nursing research. **Journal of Nursing Scholarship** 2012, v.44, n.4, p.341-8.

ENGBRETSON, J.; MAHONEY, J.S.; WALKER, G. Participation in community health screenings: a qualitative evaluation. **Journal of Community Health Nursing** 2005, v.22, n.2, p.77-92.

FARIAS, SHEILA NASCIMENTO PEREIRA DE. ZEITOUNE, REGINA CÉLIA GOLLNER. Qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 set; 11 (3): 487 – 93.

- FERRETI N, CEZAR-VAZ MR. O trabalho de conselheiros locais entre os discursos e a operacionalização da produção da Saúde ‘Sócio-ambiental’. In: Fernando Scotergagna, Mali da Costa e Ricardo Hermany, organização. Espaço local, cidadania e políticas públicas. Santa Cruz do Sul: Editora IPR– CORAG - Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas, Porto Alegre; 2010 – v.1,p. (253-274).
- FORGET G, LEBEL J. **An ecosystem approach to human health**. In: international journal of occupational and environmental health. 2001.
- GOODE, W. J. e HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Nacional, 1979.
- GREEN, J; THOROGOOD, N. **Qualitative methods for Health Research**. London (UK): Sage Publications, 2005.
- HAHN, E.J. et al. Nursing research in community-based approaches to reduce exposure to secondhand smoke. **Annu Rev Nurs Res** 2009, v.27, p.365-99.
- HANNIGAN JA. **Sociologia Ambiental: questões e abordagens teóricas**. In: HANNIGAN JA. Sociologia ambiental: a formação de uma perspectiva social. Lisboa: Instituto Piaget/Stória; 1995. p. 15-46.
- JIA, H.; MORIARTY, D.G.; KANAREK, N. County-level social environment determinants of health-related quality of life among US adults: a multilevel analysis. **J Community Health** 2009, v.34, n.5, p.430-39.
- Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA , Sousa FS P, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Jul; 16 (7): 3051-3060.
- KRAMER, GG; FARIA, JH. Vínculos organizacionais. **RAP**. 2007, vol. 41, n. 1, pp. 83-104.
- KUEHN, A.; CHIRCOP, A.; DOWNE-WAMBOLDT, B.; SHEPPARD-LEMOINE, D.; WITTSTOCK, L.; HERBERT, R.. et al. Evaluating the impact of a North American nursing exchange program on student cultural awareness. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v.35, p.1-15, 2011.
- KUNTZ, S.W.; WINTERS, C.A.; HILL, W.G.; WEINERT, C.; ROWSE, K.; HERNANDEZ, T.; et al. Rural public health policy models to address and evolving environmental asbestos disaster. **Public Health Nursing** 2009, v.26, n.1, p.70-8.
- LARSSON, L.S.; BUTTERFIELD, P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. **Public Health Nursing** 2002, v.19, n.4, p.301-8.
- LAUSTSEN G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior - dialogue toward developing nursing ecological theory. **Advances in Nursing Science**. 2006; 29 (1): 43 – 54.
- LEE, K.. et al. Secondhand smoke exposure in a rural high school. **The Journal of School Nursing** 2007, v.23, n.4, p.222-8.
- LEFF E. **Saber ambiental** - sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

LIND C, SMITH D. Analyzing the State of Community Health Nursing: Advancing From Deficit to Strengths-Based Practice Using Appreciative Inquiry. **Advances in Nursing Science**. 2008; 31 (1): 28–41.

LIU, J.; MCCAULEY, L.; LEUNG, P.; WANG, B.; NEEDLEMAN, H.; PINTO-MARTIN, J. Community-based participatory research (CBPR) approach to study children's health in China: experiences and reflections. **International journal of Nursing Studies** 2011, v.48, n.7, p.904-13.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

MARIN, Maria José Sanches; OLIVEIRA, Luciana Rocha de; ILIAS, Mércia e HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, vol.15, n.6, pp. 1065-1071.

MACKENBACH, J. P. (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: The case of the Netherlands. **International Journal of Health Services**, 33(3), 523–541.

MANTZIOU, V.; VARDAVAS, C.I.; KLETSIOU, E.; PRIFTIS, K.N. Predictors of childhood exposure to parental secondhand smoke in the house and family car. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.6, n.2, p. 433-44, 2009.

McELROY, KG. Environmental health effects of concentrated animal feeding operations: implications for nurses. **Nurs Adm Q** 2010, v.34, n.4, p.311-19.

MINKLER, M.; VÁSQUEZ, V.B.; WARNER, J.R.; STEUSSEY, H.; FACENTE, S. Sowing the seeds for sustainable change: a community-based participatory research partnership for health promotion in Indiana, USA and its aftermath. **Health Promotion International** 2006, v.21, n.4, p.293-300.

NEUFER, L. The role of the community health nurse in environmental health. **Public Health Nurs** 1994, v.11, n.3, p.155-62.

NEWMAN, S.D. Evidence-based advocacy: using photovoice to identify barriers and facilitators to community participation after spinal cord injury. **Rehabil Nurs** 2010, v.35, n.2, p.47-59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Primária Ambiental. Brasília (DF): Gráfica e Ed. Brasil; 2000.

PERRY, C.K.; SAELENS, B.E.; THOMPSON, B. Rural latino youth park use: characteristics, park amenities, and physical activity. **J Community Health** 2011, v.36, n.3, p.389-97.

PHILLIPS, L. Chattanooga Creek: a case study of the public health nursing role in environmental health. **Public Health Nurs** 1995, v.12, n.5, p.335-40.

PIKE-MACDONALD, S.; BEST, D.G.; TWOMEY, C.; BENNETT, L.; BLAKELEY, J. Promoting safe drinking water. **Canadian Nurse**. 2007, v.103, n.1, p.14-9.

- SALERNO MS. Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. **Gest. Prod.** [online]. 2004, vol.11, n.1, pp. 21-32.
- SALIBA, Nemre adas. MOIMAZ, Suzely adas Saliba. FERREIRA, Nelly Foster. CUSTÓDIO, Lia Borges de MATTOS. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. rap — rio de Janeiro 43(6):1369-1378, nov./dez. 2009.
- SÁNCHEZ, M.E.G.; ENCARNA, G.P. Ecology as a center of interest. **Rev Enferm** 2004, v.27, n.1, p.21-8.
- SANT'ANNA, C.F. Interação enfermeira – comunidade na estratégia saúde da família: um estudo das características do sujeito e da finalidade [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.
- SANT'ANNA CF, CEZAR-VAZ MR, CARDOSO LS, ERDMANN AL, SOARES JFS. Determinantes Sociais de Saúde: Características da comunidade e trabalho das enfermeiras na Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.** 2010, vol. 31, n. 1, pp. 92-9.
- SANT'ANNA CF, CEZAR-VAZ MR, CARDOSO LS, BONOW CA, SILVA MRS. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** 2011, vol. 24, n. 3, pp. 341-47.
- SANTOS, M.A.; SOUZA, A.O. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre resíduos dos serviços de saúde. **Rev. bras. Enferm** 2012, v.65, n.4, p.645-52.
- SATTLER B. Policy perspectives in environmental health: nursing's evolving role. **AAOHN J.** 2005; 53(1): 43-51.
- SATTLER, B.; DAVIS DEL, B.A. Nurses' role in children's environmental health protection. **Pediatr Nurs**, v.34, n.4, p.329-39, 2008.
- SCARDOELLI MGC, WAIDMAN MAP. Grupo de artesanato na atenção básica. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr-jun; 15 (2):291-299
- SHENDELL, D.G.; PIKE-PARIS, A. Environmental exposure assessment, pollution sources, and exposure agents: a primer for pediatric nursing professionals. **Pediatric Nursing** 2007, v.33, n.2, p.179-82.
- SHENDELL, D.G.; ALEXANDER, M.S.; HUANG, Y. Community environmental quality knowledge and awareness among nurses: developing and piloting an assessment survey in schools. **Pediatr Nurs** 2010, v.36, n.1, p.18-23.
- SILVA AMN, MANDÚ ENT. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2012 Out-Dez; 21(4): 739-47.
- SKILLEN, D.L.; OLSON, J.K.; GILBERT, J.A. Framing Personal Risk in Public Health Nursing. **Western Journal of Nursing Research** 2001, v.23, n.7, p.664-78.
- SORATTO Jacks, WITT Regina Rigatto, FARIA Eliana Marília. *Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família.* Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1227-1243, 2010.

- SORRENTINO, M. De Tbilisi a Tessaloniki, a educação ambiental no Brasil. In: JACOBI, P. et al. (orgs.). Educação, meio ambiente e cidadania: reflexões e experiências. São Paulo: SMA.1998. p.27-32.
- SPERANDIO AMG; CORREA CRS; SERRANO MM; RANGEL HA. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis – São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**. vol.9 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2004.
- STARFEILD, B. Pathways of influence on equity in health. **Social science and medicine**. 64: 1355-1362. 2007.
- STARFIELD, B; SHI, L; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**,83(3), 457–502. 2005.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- STRECHER, V.J.; BAUMAN, K.E.; BOAT, B.; FOWLER, M.G.; GREENBERG, R.; STEDMAN, H. The role of outcome and efficacy expectations in an intervention designed to reduce infants' exposure to environmental tobacco smoke. **Health Educ Res** 1993, v.8, n.1, p.137-43.
- SUTTON SE. A Social Justice Perspective on Youth and Community Development: Theorizing the Processes and Outcomes of Participation. **Children, Youth & Environments**. 2007, vol. 17, n. 2, pp. 616-645.
- TIEDJE LB, WOOD J. Sensitizing nurses for a changing environmental health role. **Public Health Nurs**.1995 dez; 12 (6): 359-65.
- TINKER E , POSTMA J , P BUTTERFIELD. Barriers and Facilitators in the Delivery of Environmental Risk Reduction by Public Health Nurses in the Home Setting. **Public Health Nursing** 2011. vol. 28 no. 1, pp. 35–42.
- TSACOYIANIS, R. Indoor air pollutants and sick building syndrome: a case study and implications for the community health nurse. **Public Health Nursing** 1997, v.14, n.1, p.58-75.
- UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. United Nations. New York, 2011.
- VELLOSO MP. Os catadores de lixo e o processo de emancipação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005 set-dez,10:49-61.
- WERTHEIN, J. A sociedade da informação e seus desafios. **Ci. Inf.** [online]. 2000, vol.29, n.2, pp. 71-77.
- WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing** 2005, v.52, n.5, p. 546-553.

WHO. **A glossary of terms for community health care and services for older persons.** World Health Organizations. Geneva. 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on social Determinants of health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. WHO, Geneva; 2005.

WHO. **Environmental Health.** Health Topics. World Health Organization. 2013.

WRIGHT, D.J. Collaborative learning experiences for nursing students in environmental health. *Nursing Education Perspectives*, v.24, p.189-91, 2003.

ZIONI, F; WESTPHAL, MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde Soc. São Paulo*, v.16, n.3, p-26-34, 2007.

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE (EQUIPE DE SAÚDE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf
 LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE -
 GRUPO LAMSA -
 CAMPUS DA SAÚDE – RUA GENERAL OSÓRIO, S/N – CEP 96201-900 – RIO GRANDE/RS – BRASIL - FONE/FAX:
 (53) 32338843

PROJETO DE PESQUISA:

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
 SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA
 Trabalhadores da Saúde da Família

Esclarecimento: Prezado(a) Colega:

Solicitamos, respeitosamente, a sua colaboração para participar do projeto de pesquisa intitulado: Produção socioambiental de saúde no sudeste rio-grandense - Saúde da Família na dimensão da Atenção Primária Ambiental, coordenado pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo ampliar os conhecimentos acerca do trabalho em saúde, em especial na atenção básica, abrangendo assim os ambientes comunitários referentes aos grupos sociais adstritos à saúde da família, buscando apreender a compreensão destes sujeitos acerca da relação saúde e ambiente.

A metodologia proposta corresponderá à observação sistemática por meio do vídeo-gravação consentida das atividades conjuntas entre as equipes de saúde da família e os grupos sociais da comunidade, com o interesse no foco da relação entre saúde, educação e ambiente. E ainda, serão observadas as atividades conjuntas entre as equipes de saúde da família e os coletivos de trabalhadores organizados das comunidades, tendo o interesse compartilhado no foco da relação saúde, trabalho e ambiente.

Ainda, a metodologia integrará a entrevista individual semi-dirigida, a qual será gravada e seguirá um protocolo de norteadoras permitindo que discorra sobre as atividades conjuntas, considerando a relação saúde e ambiente no foco da educação ou do trabalho. As mesmas serão gravadas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Em hipótese alguma os dados serão fornecidos para uso que possa ter alguma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação. Garantimos o direito dos participantes em receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Contamos com vossa cuidadosa atenção a solicitação, desde já agradecemos.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a): Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência de minha privacidade; Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados; De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho; De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Data: __/__/__

Coordenadora da Pesquisa Dra. Marta Regina Cezar Vaz

Email – cezarvaz@vetorial.net - Fone: (53) 32330307

Departamento de Enfermagem (53) 32338843

Comitê de Ética em Pesquisa da FURG

FURG – Campus Saúde – Rio Grande/RS Hospital
 Universitário 3º Andar
 Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Campus Cidade
 CEP 96200-190
 Tel. 3233.0235
 Email: cepas@furg.br

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE
(PARTICIPANTE DO GRUPO DA COMUNIDADE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf
LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE
- GRUPO LAMSA -
CAMPUS DA SAÚDE – RUA GENERAL OSÓRIO, S/N – CEP 96201-900 – RIO GRANDE/RS – BRASIL - FONE/FAX:
(53) 32338843

PROJETO DE PESQUISA:

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Pessoas dos Grupos sociais

Esclarecimento: Prezado(a) Participante:

Solicitamos, respeitosamente, a sua colaboração para participar da pesquisa coordenada pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

O que pretendemos é saber como tu compreendes a relação saúde e ambiente, como sujeito que integra os ambientes comunitários que atuam em torno das unidades de Saúde da Família, e assim, avançar na produção da ciência da enfermagem de saúde coletiva, no foco de interesse a saúde socioambiental.

Para isso, realizaremos a observação sistemática por meio do vídeo-gravação consentida (uso da máquina filmadora) das atividades realizadas em conjunto entre as equipes de saúde da família e os grupos sociais da comunidade e, também, uma entrevista gravada (uso do gravador), a qual seguirá um protocolo de questões permitindo registrar as informações fornecidas.

As entrevistas serão gravadas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Em hipótese alguma os dados serão fornecidos para uso que possa ter alguma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação. Garantimos o direito dos participantes em receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado (a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a): Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade; Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados; De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho; De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Data: __/__/__

Coordenadora da Pesquisa Dra. Marta Regina Cezar Vaz

Email – cezarvaz@vetorial.net - Fone: (53) 32330307

Departamento de Enfermagem (53) 32338843

Comitê de Ética em Pesquisa da FURG

FURG – Campus Saúde – Rio Grande/RS Hospital
Universitário 3º Andar
Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Campus Cidade
CEP 96200-190
Tel. 3233.0235
Email: cepas@furg.br

APÊNDICE III –ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO (EQUIPE DE SAÚDE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE

SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS – ESF

Início: _____ h _____ min.

Término: _____ h _____ min.

1. Número do questionário: _____

2. Número do entrevistador: _____

3. Data da entrevista: ___/___/___

1. Dados de Identificação

1.1 Município: () Rio Grande () São José do Norte
() Stª. Vitória do Palmar

1.2 Categoria:

() Enfermeiro () Agente Comunitário de Saúde
() Médico () Burocrata () Outros: _____
() Técnico/Auxiliar de Enfermagem

1.3 Sexo: () Feminino () Masculino

1.4 Data de Nascimento: ___/___/___

1.5 Idade (em anos completos): _____

1.6 USF e equipe a que está vinculado: _____

1.7 Escolaridade

() Ens. Fund. Incompleto () Ens. Méd. Completo
() Ens. Fund. Completo () Ens. Sup. Incompleto
() Ens. Méd. Incompleto () Ens. Sup. Completo

1.8 Há quanto tempo trabalha nesta USF:

() Menos de 1 ano () De 3 a 4 anos
() De 1 a 2 anos () De 4 a 5 anos
() De 2 a 3 anos () Mais de 5 anos

1.9 Há quanto tempo o(a) Sr(a) está no grupo: (em meses) _____

1.10 Qual a sua função no grupo: _____

1.11 Como o Sr. (a) se vinculou ao grupo? Por quê? _____

NQES: _____

NENTR: _____

DATA: _____

MUNI: _____

CAT: _____

SEXO: _____

DATAN: _____

IDADE: _____

USF: _____

EQUI: _____

ESCOL: _____

TTUSF: _____

TGRU: _____

FUGRU: _____

VIGRU: _____

APÊNDICE IV – ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS (GRUPO COMUNIDADE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
 SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS – COMUNIDADE

1ª Parte: Questionário Fechado

Início: _____ h _____ min

Término: _____ h _____ min

1. Número do questionário:

2. Número do entrevistador:

3. Data da entrevista: ___/___/___

1. Dados de Identificação

1.1. Município:

() Rio Grande () São José do Norte () Stª. Vitória do Palmar

⁵1.2. Endereço do participante: _____

*1.3. Bairro: _____

1.4. Cidade: _____

1.5. Unidade de Saúde da Família a que está vinculado: _____

1.6. Área a que pertence: _____

1.7. Número do Prontuário: _____

1.8. Data de Nascimento: ___/___/___

1.9. Idade: _____

1.10. Sexo: () Feminino () Masculino

1.11. Escolaridade

() Analfabeto () Ens. Méd. Incompleto
 () Semi-analfabeto () Ens. Méd. Completo
 () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Sup. Incompleto
 () Ens. Fund. Completo () Ens. Sup. Completo

1.12. Há quanto tempo está na comunidade:

NQUE: _____

NENT: _____

DATA: _____

MUNI: _____

ENDE: _____

BAIR: _____

CIDA: _____

UNID: _____

AREA: _____

NPRO: _____

DNAS: _____

IDAD: _____

SEXO: _____

ESCO: _____

⁵ O endereço e bairro do participante estão sendo solicitados com o objetivo de realizar a identificação do prontuário do cliente a fim de completar informações acerca das questões de saúde como precaução para situações em que os participantes não sabem o número do prontuário.

- () Menos de 1 ano () De 3 a 4 anos
 () De 1 a 2 anos () De 4 a 5 anos
 () De 2 a 3 anos () Mais de 5 anos

1.13. Grupo social organizado a que pertence:

- () Associação de Moradores () Grupo de Alfabetização
 () Conselho Local de Saúde () Horta Comunitária
 () Grupo de Artesanato () Recicladores de Lixo
 () Associação de Pescadores () Núcleo de Apoio Pedagógico

1.14. Tipo de grupo:

- () De trabalho () De saúde () De política () De educação

1.15. Há quanto tempo está no grupo: (em meses) _____

1.16. Qual é a frequência dos encontros?

- () Semanal () Quinzenal
 () Mensal () Trimestral
 () Semestral () Anual
 () Outro: _____

1.17. Função no grupo: _____

1.18. Como o Sr. (a) se vinculou ao grupo? Por quê? _____

1.19. Há quanto tempo existe este grupo? (em meses) _____

1.20. A criação do grupo perante a implantação da Saúde da Família é: () Anterior
 () Posterior

2. Situação de Moradia e Saneamento

2.1 Há quanto tempo reside na comunidade?

- () Menos de 1 ano () 3 a 4 anos
 () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos
 () Mais de 4 anos

2.2 Com quantas pessoas mora atualmente?

- () nenhuma () 3 pessoas
 () 1 pessoa () 4 pessoas
 () 2 pessoas () mais de 4 pessoas

2.3 Tipo de Moradia:

- () tijolo/adobe () madeira () material aproveitado
 () outro: _____

2.4 Possui energia elétrica?

- () sim () não

2.5 Como é feito o abastecimento de água ao domicílio?

- () rede geral () poço ou nascente
 () outro: _____

2.6 Como é feito o tratamento da água no domicílio?

- () filtração () cloração
 () fervura () sem tratamento

2.7 Qual é o destino do lixo produzido no domicílio?

- () coletado () queimado/ enterrado () céu aberto

TCOM: _____

GRUP: _____

TIPO: _____

TGRU: _____

FRGR: _____

FUGR: _____

VIGR: _____

EXGRU: _____

CRIGRU: _____

TECOM: _____

MORA: _____

TIMO: _____

ENEL: _____

AGUA: _____

TRAG: _____

LIXO: _____

DEST: _____

2.8 Qual é o destino das fezes e urina?

- sistema de esgoto (rede geral) fossa céu aberto

3. Situação Econômica

3.1 Qual o seu estado civil?

- solteiro casado
 união estável desquitado
 divorciado viúvo
 separado

3.2 Quantos filhos você tem?

- nenhum 3 filhos
 1 filho 4 filhos
 2 filhos mais de 4 filhos

3.3 Qual a sua situação econômica (profissional)?

- empregado auxílio-desemprego
 desempregado auxílio doença
 autônomo aposentado por invalidez
 aposentado por tempo de serviço

3.4 Qual o seu rendimento no último mês?

- sem rendimento de 3 a 5 salários mínimos
 até 1 salário mínimo mais de 5 salários mínimos
 de 1 a 2 salários mínimos

ESCI: _____

FILH: _____

SIECO: _____

REND: _____

APÊNDICE V – ROTEIRO DE QUESTÕES SEMI-ESTRUTURADA (EQUIPE DE SAÚDE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS SUJEITOS DA EQUIPE DE SAÚDE

(Trabalhadores da Saúde da Família)

1. Fale sobre a responsabilidade pela saúde da comunidade. (Quem é responsável? Como? Por que você pensa assim?)
2. Fale sobre como o trabalho dos grupos organizados da comunidade influencia o trabalho da equipe de Saúde da Família. Dê exemplo?
3. Quais as possíveis contribuições do trabalho da equipe de Saúde da Família para os grupos organizados da comunidade. Dê um exemplo?
4. Quais as possíveis contribuições do trabalho dos grupos organizados da comunidade para a equipe de Saúde da Família?
5. Fale sobre a mobilização (ação) da comunidade a respeito das questões sobre a saúde?

APÊNDICE VII – ROTEIRO DE QUESTÕES SEMI-ESTRUTURADA (GRUPO
COMUNIDADE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS SUJEITOS DA COMUNIDADE

(Participantes dos Grupos Organizados da Comunidade)

1. Fale sobre a responsabilidade pela saúde da comunidade. (Quem é responsável? Como? Por que você pensa assim?)
2. Fale como o trabalho da equipe de Saúde da Família influencia no trabalho do grupo? Dê um exemplo.
3. Quais as possíveis contribuições do trabalho da equipe de Saúde da Família para os grupos organizados da comunidade? Dê um exemplo.
4. Quais as possíveis contribuições do trabalho dos grupos organizados da comunidade para a equipe de Saúde da Família? Dê um exemplo.
5. Fale sobre a mobilização (ação) da comunidade a respeito das questões sobre a saúde?

APÊNDICE VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE (OBSERVAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE_{nf}
LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE

- GRUPO LAMSA -

PROJETO DE PESQUISA:

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE – SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLETIVO DA PESQUISA

Observação do grupo: _____, realizada no dia
___/___/_____.

Nome	Idade	Profissão
------	-------	-----------

APÊNDICE VIII – ROTEIRO SEMI-DIRIGIDO PARA OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS – COMUNIDADE

1. Número da Observação: ____ **Início:** ____ hs.

2. Data da Observação: __/__/____ **Término:** ____ hs.

3. Nome do Grupo:

4. Local de Encontro do Grupo:

5. Comunidade/Bairro:

6. Composição do Grupo:

6.1 Comunidade Local ____ participantes

6.2 Convidados ____ participantes

6.3 Pesquisadores _____

6.4 Equipe de Saúde da Família ____ trabalhadores

7. Registro

7.1 Tipos:

7.2 Responsável:

8. Pautas:

9. Desfechos das Pautas:

10. Próximas Pautas:

11. Relação (Implicações) das Pautas

11.1 Situação de Saúde do Grupo:

11.2 Situação Ambiental do Grupo:

11.3 Situação Educacional do Grupo:

11.4 Trabalho da Equipe de Saúde da Família:

ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE.



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km.08 - Campus Carciros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br - Homepage: http://www.propesp.furg.br

PARECER Nº 52/ 2008

PROCESSO Nº 23116.003252/2008-54

CEPAS 33/08

TÍTULO DO PROJETO: "Produção sócio-ambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marta Regina Cezar Vaz

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto pelo Colegiado deste Comitê o mesmo foi considerado APROVADO.

Rio Grande, 31/07/08.


Alexandra M. S. de Freitas
Coordenadora do CEPAS