

Percepção das condições socioambientais de comunidade ribeirinha em Monção-MA

Perception of the socio-environmental conditions of the riverside community in Monção-MA

Maria Raimunda Chagas Silva¹, Vanessa Mendes Castro², Wédia Duarte Pereira², Danyelle Cristina Pereira Santos^{3,4}, Wellyson da Cunha Araújo Firmo⁴

¹ Docente do Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente da Universidade Ceuma

² Faculdade Pitágoras de Bacabal

³ Discente do Curso de Biomedicina da Universidade Ceuma

⁴ Laboratório de Ciências Biomédicas e Farmacêuticas da Universidade Ceuma

marirah@gmail.com, mendesvanessa@hotmail.com, wediaduarte@hotmail.com, dany.cps03@gmail.com, well.firmo@gmail.com

Resumo. Ambiente é a coleção de condições externas que interferem na vida, nas condutas humanas e na própria sociedade sob todos os aspectos. Nesse sentido, a saúde ambiental abrange todos os aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que são determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicossociais. Os fatores ambientais afetam a saúde humana. Desse modo, o objetivo do presente artigo foi caracterizar as condições de saúde da população da comunidade Trizidela, do município de Monção-MA, às margens do Rio Pindaré. Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, sendo entrevistadas 50 pessoas representando suas famílias na comunidade. Sobre a avaliação do estado de saúde, metade dos entrevistados considerou ter um estado de saúde regular (50%). Contudo, toda a humanidade deve refletir sobre a saúde ambiental, uma vez que este não se trata de um problema isolado, mas de natureza social, necessitando de ações interdisciplinares e criativas para a discussão sobre o tema.

Palavras-chave: saúde, ambiente, condições socioambientais.

Abstract. Environment is the collection of external conditions that interfere with life, human conduct and society in every respect. In this sense, environmental health covers all aspects of human health, including quality of life, which are determined by physical, chemical, biological, social and psychosocial factors. Environmental factors affect human health. Thus, the purpose of this article was to characterize the health conditions of the Trizidela community population, from the municipality of Monção-MA, on the banks of the Pindaré River. This is a qualitative-quantitative approach, with 50 people representing their families in the community being interviewed. Regarding the evaluation of health status, half of the interviewees considered having a regular state of health (50%). However, all humanity must reflect on environmental health, since this is not an isolated problem, but of a social nature, requiring interdisciplinary and creative actions to discuss the issue.

Key words: health, environment, socio-environmental conditions.

InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade
Vol. 14 no 1 – Julho de 2019, São Paulo: Centro Universitário Senac
ISSN 1980-0894

Portal da revista InterfacEHS: <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/>

E-mail: interfacehs@sp.senac.br

Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-Não Comercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 

1. Introdução

Na concepção ecológica das doenças, pode-se definir ambiente como a coleção de condições externas que interferem na vida, nas condutas humanas e na própria sociedade sob todos os aspectos (ZAMONER, 2008).

A construção do conceito de saúde passa assim a não ser abstrata, definindo-se no contexto histórico da sociedade e em seu processo de desenvolvimento, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (SIQUEIRA, 2009).

Na segunda metade do século XX, no bojo do debate ambiental internacional, ocorre uma diferenciação nos enfoques dos problemas ambientais relacionados à saúde humana. Surgem, então, duas vertentes. A primeira, a "verde", preocupa-se com os efeitos da atividade humana sobre o meio ambiente, o desenvolvimento sustentável, a dinâmica demográfica, a destruição da camada de ozônio, o desmatamento, dentre outros. A vertente "azul", por sua vez, toma como referência os efeitos do ambiente sobre a saúde e o bem-estar da humanidade, ou seja, a saúde ambiental (WEIHS, 2013).

Segundo Valenzuela et al. (2011 apud SKOREK et al., [?]), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde ambiental abrange todos os aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que são determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicossociais. Também se refere à aplicação teórica e prática de medidas para avaliar, corrigir, controlar e prevenir fatores ambientais que podem afetar de forma adversa o estado de saúde das gerações presente e futura.

A concepção de ambiente - e sua relação com a saúde -, descrita no relatório final do I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social (BRASIL, 2003), considera-o como sistema socioecológico complexo, organizado hierarquicamente, diversificado (componentes sociais, culturais, históricos, biológicos, físicos e químicos) e que, além do fluxo energético, engloba os fluxos das relações sociais, como a afetividade (SILVA, 2013).

Os fatores ambientais afetam a saúde humana. Este é um consenso amplamente difundido, mesmo que pouco compreendido. Os desafios de sua compreensão situam-se na complexa matriz de elementos que determinam e integram a saúde. São fatores como geografia, clima, trabalho, alimentação, educação, habitação, cultura e valores éticos. Há ainda as capacidades e potencialidades de cada indivíduo, em seus aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos, sociais, entre outros. Esses elementos, em conjunto, dão a condição do que podemos chamar de bem-estar, felicidade ou, traduzidos numa concepção mais conhecida, um completo estado de saúde (WEIHS, 2013).

A compreensão do ambiente, sua influência na saúde das pessoas adicionadas às possibilidades que os sistemas desencadeiam, podem produzir subsídios para a formulação de novas políticas públicas nos diversos contextos vigentes na sociedade, ou ainda, propiciar uma (re)organização das práticas já existentes, além de direcionar e qualificar o cuidado em saúde/Enfermagem. Transitando neste pensamento, percebem-se as complexas interações entre as diversas dimensões humanas; além disso, há necessidade de atender aos multifacetados aspectos dela decorrentes, o que leva a questionar a produção das ações de saúde (ZAMBERLAN, 2013).

O campo saúde e ambiente é marcado pela fragmentação e por pouca articulação, refletidas pela produção científica sobre o tema como também pela setorialização e pelas precárias ações intersetoriais e interdisciplinares promovidas entre os órgãos governamentais para o desenvolvimento das políticas de saúde e ambiente (MOISÉS, 2011).

Em populações social e economicamente desfavorecidas, a prevalência de doenças passíveis de prevenção geralmente se apresenta mais elevada quando comparada com localidades mais desenvolvidas (SANTILLO, 2014).

No sentido genérico, o termo ribeirinho designa qualquer população que vive às margens dos rios. As populações ribeirinhas possuem característica singular de acesso aos centros urbanos, pela estreita relação que possuem com os rios. O termo ribeirinho neste trabalho foi utilizado para designar o indivíduo que vive e subsiste fundamentalmente do rio à margem do qual habita, tendo com este uma relação de dependência nas suas necessidades básicas de alimentação, transporte, trabalho e subsistência (CARNEIRO, 2009).

O modelo de desenvolvimento econômico promove impactos no modo de vida das comunidades e trabalhadores, tanto nos contextos rurais quanto urbanos, gerando agravos à saúde decorrente das alterações ambientais e da organização do trabalho (PESSOA, 2013).

A complexidade dos problemas socioambientais e a múltipla determinação social da saúde, incluindo questões básicas como a moradia, o saneamento, o emprego, a renda, a educação e o acesso aos bens e serviços de saúde, impõem a necessidade de uma abordagem sistêmica, interdisciplinar e intersetorial para as questões do desenvolvimento, que permita apreender sua globalidade e as inter-relações causais entre seus impactos ambientais e respectivos efeitos à saúde humana, rompendo com o modelo clássico do processo saúde-doença (BARBOSA, 2012).

Os temas e problemas da área da saúde ambiental envolvem uma ampla multiplicidade de cenários e interações, em diversas escalas espaciais e temporais, sendo por isto a presença de incertezas e ignorâncias sobre os sistemas socioambientais inerentes às suas questões. Simultaneamente, envolvem conflitos de interesses e perspectivas sobre os mesmos nos temas e problemas relacionados aos processos de produção/consumo e mudanças ambientais/condições de saúde (FREITAS, 2009).

A partir dessa análise, a criação de ambientes adequados à saúde provoca o reconhecimento da complexidade das sociedades e das relações de interdependência entre suas diferentes esferas. Assim, a proteção e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as modificações no ambiente lançam sobre a saúde, bem como a aquisição de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde, estando associados à qualidade de vida das populações (SIQUEIRA, 2009).

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo caracterizar as condições de saúde da população da comunidade de Trizidela, do município de Monção-MA, às margens do Rio Pindaré.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de caráter quali-quantitativo realizado em uma população da comunidade Trizidela, residente às margens do Rio Pindaré em Monção-MA.

A amostra foi composta por 50 representantes de família, sendo esta por conveniência e não probabilística, sendo aplicado um questionário baseados na ficha e-SUS de cadastro da Atenção Básica, aplicados sobre a forma de entrevista para a caracterização dos fatores sociais, econômicos e ambientais da comunidade. A coleta de dados foi realizada durante o período de março a abril de 2014.

Os dados foram organizados em gráficos e tabelas utilizando os programas Microsoft Office Word® 2010 e Microsoft Office Excel® 2010.

Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa que envolve direta ou indiretamente seres humanos.

3. Resultados e Discussão

Os conceitos de natureza e ambiente abandonaram os limites da ciência ecológica e designaram uma agenda de lutas sociais, passaram a ser vistos não apenas como mais uma questão a ser equacionada pela lógica científica, mas, sobretudo, como um valor crítico do modo de vida dominante, em torno da qual tem se organiza um importante debate acerca de novos valores éticos, políticos e existenciais que deveriam reorientar a vida individual e coletiva (SIQUEIRA, 2009).

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos entrevistados segundo as condições socioeconômicas.

VARIÁVEIS	Nº	%
SEXO		
Masculino	14	28
Feminino	36	72
IDADE		
20-30	13	26
31-40	13	26
41-50	6	12
51-60	8	16
>60	10	20
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro(a)	14	28
Casado(a)	30	60
Divorciado(a)/separado(a)	2	4
Viúvo(a)	4	8
ESCOLARIDADE		
Não frequentou escola	5	10
Assina o nome	4	8
Ensino Fundamental Completo	6	12
Ensino Fundamental Incompleto	22	44
Ensino Médio Completo	6	12
Ensino Médio Incompleto	2	4
EJA	3	6
Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	2	4
RENDA		
¼ salário mínimo	11	22
½ salário mínimo	12	24
1 salário mínimo	21	42
2 salários mínimos	6	12

Nesse sentido, é permitido averiguar na Tabela 1 que, em relação ao sexo da população estudada, 28% dos entrevistados pertencem ao sexo masculino e 72% ao sexo feminino, sendo que destes, houve maior participação das pessoas de faixa etária entre 20-30 anos (26%) e 31-40 anos (26%). O grupo preponderante, em relação à situação conjugal, foi dos casados (60%), seguido pelos solteiros (28%), viúvos (8%) e divorciados/separados (4%).

Correlacionado à escolaridade, a maioria dos entrevistados não completou nem o ensino fundamental (44%). Isso se deve, por vezes, por se tratar de indivíduos pertencentes a uma comunidade ribeirinha, cuja atividade principal é a pesca, o que leva a estas pessoas a se acomodarem e a não serem estimuladas para a especialização e o exercício de outras profissões. Isso pode ser comprovado nas pesquisas de Lima (2012) sobre pescarias artesanais em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira:

Os níveis encontrados não diferem de outras localidades da Amazônia (SOUZA, 2007; BARROS; RIBEIRO, 2005) e outras regiões do Brasil (CEREGATO; PETREIRE Júnior, 2003; BASTOS, 2009; SEIXAS; BEGOSSI, 2010). O baixo nível de escolaridade entre os pescadores os vincula ainda mais à atividade de pesca. Isto ocorre provavelmente devido à falta de qualificação para o exercício de outras atividades mais bem remuneradas (CARDOSO, 2005).

Considerando a renda mensal de cada pessoa entrevistada, podemos constatar que há maior percentual nas famílias que vivem com 1 salário mínimo, embora a maior parte demonstra variação quanto ao que recebem mensalmente; portanto, divergindo da investigação de Freitas (2009) sobre os indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil, na qual ele profere que:

Em relação ao indicador de pobreza, em média, os estados da Macrorregião Amazônia Legal ultrapassam os 40% do país, com 2/3 dos estados apresentando percentuais acima destes. Mais acentuado é o caso do Maranhão, onde mais de 60% da população se encontra com renda domiciliar *per capita* inferior à linha de pobreza. Mato Grosso, no outro extremo, é o estado com o melhor indicador. Para a razão de renda, outro indicador de desigualdades, constatamos que a razão da Macrorregião Amazônia Legal é menor do que o do país, sendo que os estados que apresentam maior número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição da renda (20% mais ricos) foi maior do que a renda do quinto inferior (20% mais pobres) na população foram Acre, Roraima e Rondônia.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual dos entrevistados segundo a situação de moradia.

VARIÁVEIS	Nº	%
SITUAÇÃO DE MORADIA		
Própria	50	100
QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA		
1	6	12
2	4	8
3	6	12
4	9	18
5	8	16
6	9	18
7	4	8
8	2	4
9	1	2
11	1	2
TIPO DE DOMICÍLIO		
Casa	50	100
MATERIAL DAS PAREDES EXTERNAS DO DOMICÍLIO		
Tijolo com revestimento	25	50
Tijolo sem revestimento	6	12
Taipa com revestimento	7	14
Taipa sem revestimento	7	14
Madeira aparelhada	2	4
Palha	2	4
Outro material	1	2
HÁ QUANTO TEMPO MORA NA REGIÃO		
<1 ano	2	4
1 a 5 anos	5	10
5 a 10 anos	2	4
>10 anos	41	82
DISPONIBILIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA		
Sim	50	100
ANIMAIS NO DOMICÍLIO		
Sim	42	84

Não	8	16
-----	---	----

De acordo com o exposto na Tabela 2, é importante atentar que houve supremacia das pessoas que afirmam morar na comunidade há mais de 10 anos (82%), o que permitiu maior caracterização de todos os aspectos relacionados a este ambiente, por se tratar de moradores que conhecem e vivenciam, de fato, essa realidade. Nesse sentido, no que diz respeito à situação de moradia/posse da terra, observa-se que todos os entrevistados possuem casa própria (100%). A presente análise, conta com uma variação de 1(12%) a 11(2%) pessoas residentes, apresentando maior percentual para as casas em que moram 4(18%) ou 9(18%) pessoas. As análises feitas por Silva (2010) em sua pesquisa sobre os determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil, condizem com esses resultados:

O significado de ter casa própria em comunidades ribeirinhas representa a manutenção da estória familiar, uma vez que os terrenos são distribuídos na própria família, que já possui a posse deles há muitos anos, e cada novo núcleo familiar constrói a sua casa nesses terrenos. Portanto, casas são alugadas apenas por pessoas de fora da comunidade, que decidiram iniciar nova vida no local. Nesse contexto, a casa própria é mais barata de se morar e representa maior tempo de exposição às adversidades locais, como as precárias condições de moradia, saneamento, assistência à saúde e acesso a alimentos. Ao contrário do que ocorre entre as populações urbanas, nas quais ter casa própria significa melhor condição socioeconômica, nas comunidades em estudo, a posse da residência representa muito mais a continuidade da exposição à situação ambiental adversa do que proteção.

É interessante transparecer que as condições de moradia constituem-se em um grande indicativo para as condições de saúde dos seus respectivos moradores, reforçando a hipótese de maior exposição a situações de risco. De maneira geral, todos os entrevistados possuem a casa como tipo predominante de domicílio (100%), descartando a possibilidade de viverem em cômodos ou outro tipo de local e, todas também têm disponibilidade de energia elétrica (100%). Nota-se que, um maior número de pessoas, tem o tijolo com revestimento como material de escolha para as paredes externas do domicílio (50%). Essa averiguação, apesar de pertencer a uma comunidade ribeirinha, não estabelece relações com as amostras do estudo de Silva (2010) sobre os determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil, no qual ele ressalta:

Fatores socioeconômicos e demográficos agem diretamente no ambiente, e o local de residência se constitui como fator de risco ou proteção, sendo perceptível a diferença entre área urbana e rural: em meio urbano, as situações de exposição são mais heterogêneas, o contrário do que ocorre no meio rural.

Sobre a existência de animais no domicílio, é possível constatar que houve preponderância das pessoas que disseram sim (84%). Alguns estudos, como o de Valenzuela (2011), que trata sobre pediatria ambiental, consideram que:

Ter animais de estimação em casa pode agravar a asma e a rinite alérgica. Há uma ampla gama de manifestações clínicas da alergia aos animais. Uma criança pode ter desde urticária cutânea leve e rinoconjuntivite até broncoespasmo grave e anafilaxia.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual dos entrevistados segundo as condições de saneamento básico.

VARIÁVEIS	Nº	%
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Rede encanada até o domicílio	50	100
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO		
Filtração	30	60
Sem tratamento	20	40

UTILIZA A ÁGUA DO RIO PARA ALGUMA FINALIDADE		
Sim	33	66
Não	17	34
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO		
Direto para o rio	4	8
Fossa rudimentar	13	26
Céu aberto	33	66
DESTINO DO LIXO		
Queimado	50	100

Considerando a Tabela 3, a pesquisa exhibe que toda a poluição entrevistada utiliza a rede encanada até o domicílio como forma de abastecimento de água (100%), contrapondo o estudo feito por Siqueira (2009) sobre o acesso à água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal, no qual ele demonstra que:

Verificou-se que a fonte de água mais utilizada em todo o ano foi água proveniente de chuva (77,4% dos domicílios), seguida de uso de água de rio (25,8%). A água de beber na localidade era armazenada dentro dos domicílios em potes de barro, ou em garrafas plásticas, predominantemente.

Quanto ao produto das formas de tratamento da água, torna-se relevante expor que houve superioridade da filtração (60%), apesar de que, é importante exhibir que ainda existe uma massa de pessoas e famílias que não tratam (20%), de forma alguma, a água que usam para beber e que muitas delas ainda utilizam a água do rio para as suas necessidades diárias (66%), como por exemplo, lavar roupas, louças, tomar banho, dentre outras. Velenzuela (2011), em sua pesquisa sobre a Pediatria ambiental, salienta que:

De acordo com a OMS, todo ano morrem mais de 3 milhões de crianças menores de 5 anos em decorrência de causas e enfermidades relacionadas ao meio ambiente. Quarenta por cento dessas mortes estão relacionadas à falta de água potável para beber.

Sobre o percentual de entrevistados quanto à forma de escoamento do banheiro ou sanitário, é possível perceber que não há uma rede coletora de esgoto ou pluvial, reflexo da falta de saneamento básico, prevalecendo este esgoto a céu aberto (66%), seguido pelo armazenamento na fossa rudimentar (26%), ou despejado diretamente no rio (8%), contribuindo para a poluição ambiental e, conseqüentemente, para o aumento do risco de doenças.

No que diz respeito à forma em que são coletados os resíduos sólidos despejados pela população estudada, torna-se importante destacar que a totalidade dos entrevistados queima o seu próprio lixo (100%). Isso acontece por não existir a coleta diária ou semanal desses resíduos para que eles ganhem um destino final, ou seja, há um baixo nível de prioridade advinda das autoridades em relação ao tratamento correto desse lixo, gerando uma problemática à saúde coletiva. Siqueira (2009), em suas análises sobre a saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo, destaca que:

A incorreta disposição final do lixo urbano, além de provocar poluição do solo, colabora para a poluição das águas e do ar. A poluição das águas acontece por meio de fenômenos naturais como a lixiviação, percolação, arrastamento, solução, etc. Na poluição do ar, constatam-se efluentes gasosos e particulados emitidos para a atmosfera, provenientes das diversas atividades do homem, que podem ser considerados como lixo.

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual dos entrevistados segundo as condições de saúde.

VARIÁVEIS	Nº	%

COM QUE FREQUÊNCIA VAI À UBS DA COMUNIDADE?		
Sempre	24	48
Raramente	4	8
Às vezes	16	32
Nunca	6	12
COMO AVALIA SEU ESTADO DE SAÚDE?		
Regular	25	50
Bom	16	32
Ruim	7	14
Péssimo	2	4
HÁ ALGUÉM DOENTE NA CASA?		
Sim	29	58
Não	21	42

Na população estudada, é exequível constatar que houve o predomínio dos entrevistados que referiram ir sempre à Unidade Básica de Saúde da comunidade (48%), motivados pelos vários serviços especializados e oferecidos por essa instituição (Tabela 4). Esses dados são proporcionais às descobertas de Hoffmann (2009) sobre o conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha, ao transparecer que:

Um familiar mencionou a unidade básica de saúde como o local onde as crianças são vacinadas: a imunização é considerada uma atividade quase que exclusiva do serviço público de saúde. A unidade de saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacinação, sem restrições de horários, para não perder a oportunidade de imunizar as crianças. As equipes de saúde devem fazer busca ativa aos faltosos e realizar o controle do cartão de vacinação; constato que as famílias revelam um conhecimento a respeito da vacinação efetuada nas unidades básicas de saúde e periodicamente promovida pelas campanhas.

Sobre a avaliação do estado de saúde, metade dos entrevistados considerou ter um estado de saúde regular (50%), indo de encontro às análises do estudo de Silva (2010) sobre os determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil:

Este estudo mostrou que 59,4% das crianças menores de dois anos de idade foram consideradas com saúde ruim, não havendo diferença entre as comunidades avaliadas. Embora os achados da presente pesquisa possam ser representativos para as comunidades avaliadas e outras semelhantes, considerando-se erro amostral de 6,8% e coeficiente de 95% de confiança, não se pode inferir os dados encontrados para as comunidades ribeirinhas do Estado do Pará como um todo. A maioria das pesquisas brasileiras sobre saúde de crianças se refere a alguma característica específica, como o estado nutricional ou a ocorrência de determinadas doenças, em geral as diarreicas e/ou respiratórias, mas nenhuma delas utiliza indicador composto para definir estado de saúde, da forma como se apresentou neste trabalho (estado nutricional + desenvolvimento físico-motor + intercorrência).

Das 50 pessoas entrevistadas 29 (58%), disseram que existe alguém doente na casa. Nessa ordem, os resultados revelam que, sobre as principais condições/situações gerais de saúde, houve a predominância de relatos de outras doenças que não foram listadas durante a entrevista (64%), como dor de cabeça, colesterol alto, fraquezas, tremores, depressão, hipotensão, gastrite, diarreia, febre, malária, dores abdominais, anemia, dentre outras; seguidas pelas doenças respiratórias (30%) e pela hipertensão arterial (20%) (Gráfico 1). Essas discussões são opoentes as comprovações da pesquisa de Giatti et al. (2009) citado por Siqueira (2009), na qual aquele enunciou que:

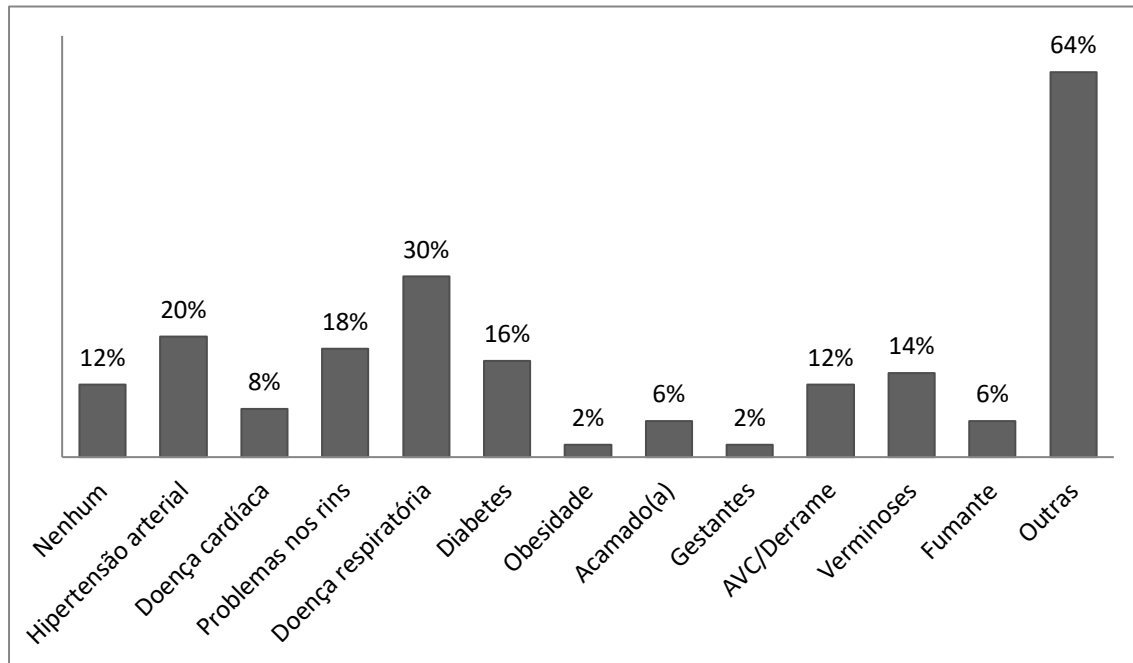
Nessa pesquisa foram identificadas percepções de doenças dos moradores. Nesse sentido, dentre 35 episódios de doenças relatados pelos moradores, no último ano decorrido antes da aplicação da entrevista, predominaram doenças infecciosas e seus sintomas. Associados à água foram declarados três casos de vômitos e um relato de episódio diarreico na comunidade. Por outro, prevalências de parasitos

intestinais foram de 57,9 a 90,3% de positivos em amostras de fezes obtidas nas comunidades em estudo.

Entretanto, Marzari (2013), em sua pesquisa evidenciou que:

O modelo de saúde vigente ainda está fortemente centrado na doença ou medicalização da doença, apesar das medidas de reorientação que vem se intensificando com a consolidação da ESF. As doenças que se apresentam em escala crescente são a hipertensão, o diabetes e a depressão. As principais dificuldades de saúde apontadas pelos moradores foram a falta de profissionais de saúde, principalmente de agentes comunitários; e a dificuldade de acesso aos serviços de alta complexidade em saúde.

Gráfico 1. Distribuição percentual das condições/situações gerais de saúde.



De acordo com a Tabela 5, pode-se atentar em relação ao maior percentual de pessoas que consideram que o ambiente em que vivem interfere e/ou prejudica, de alguma forma, a sua saúde, tornando-se similar à averiguação de Beserra (2012), no seu estudo sobre a Enfermagem e saúde ambiental na escola, no qual se alega que:

Em pesquisa realizada com grupos focais, com a finalidade de explorar os conhecimentos, as percepções e as crenças em relação às questões de saúde ambiental dos adultos que viviam nas proximidades de uma termoeletrica, observou-se que os moradores compartilhavam preocupações sobre os efeitos da usina com base em sua própria experiência de vida.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual dos entrevistados segundo as situações socioambientais.

VARIÁVEIS	Nº	%
O AMBIENTE PREJUDICA A SAÚDE?		
Sim	20	40
Não	30	60
SITUAÇÃO AMBIENTAL DA COMUNIDADE AO LONGO DOS ANOS		
Melhorou	17	34
Piorou	5	10
Permaneceu igual	28	56
COLABORA PARA RESOLVER OS PROBLEMAS?		
Sim	20	40

Não	30	60
EXISTE ORGANIZAÇÃO OU MOVIMENTO SOCIAL PARA DISCUSSOES SOBRE AS QUESTÕES AMBIENTAIS DA COMUNIDADE		
Sim	1	2
Não	49	98

Os resultados apresentados revelam que, para a generalidade dos entrevistados, a situação ambiental da comunidade nos últimos anos permaneceu igual (56%), equivalendo à busca de Pessoa (2013), que expõe sobre os sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde:

[...] eu moro há 26 anos aqui [...], mas quando você faz um mapa com as mudanças [...] e analisa as mudanças você fica surpresa com tanta mudança que veio e o quanto beneficiou, mas também o quanto trouxe de prejuízo [...] traz vantagens, mas também desvantagens para o seu município, para o lugar que você mora!

Em toda e qualquer civilização há problemas. Nesse sentido, a participação de toda a população é primordial para garantir melhores condições de vida, bem como fortalece o real exercício de um cidadão perante o desenvolvimento de sua comunidade. Entretanto, é aceitável considerar que a maior parte dos entrevistados não colabora para resolver os problemas (60%) nos quais estão inseridos, divergindo com as indagações feitas por Lopes (2010) em sua produção sobre Enfermagem e saúde ambiental, na qual ele afirma:

Quando os sujeitos do estudo se reportam à participação como consciência social, discutindo os problemas em benefício da coletividade, buscando a resolução de conflitos, estes se apresentam em processo de crescimento, compreendendo a importância de tomada de decisões que vão além de seus benefícios próprios, adquirindo a consciência de que seja necessária para a integração com o outro para um viver saudável em harmonia com a natureza. Isto nos incentiva à reflexão de que no estímulo à autonomia deve estar implícito um incentivo ao viver com solidariedade e com tolerância. Entendendo o outro com iguais direitos na sociedade e em suas diferenças enquanto sujeitos.

Tendo como base a minoria da população estuda que diz colaborar (40%), de alguma forma, para resolver os problemas socioambientais da sua própria comunidade, é admissível considerar que houve o predomínio das pessoas que aplicam e educação continuada (14%), orientando pessoas sobre a preservação do ambiente, principalmente. Apesar disso, é notório que não existem organizações ou movimentos sociais que se reúnem, pelo menos uma vez por ano, com a população para discussões referentes às questões ambientais da própria comunidade (98%), justificando-se como uma forma de descaso do poder público para com a população. Essa realidade pode ser justificada nas considerações feitas por Beserra (2010) em suas averiguações sobre a Educação ambiental e enfermagem, na qual ele manifesta que:

O desenvolvimento próprio do indivíduo e da comunidade favorece sua atuação em diferentes espaços, dentre eles o meio no qual está inserido. Na saúde ambiental, para que se possam explorar adequadamente os diversos potenciais, é necessário, antes de tudo, garantir a manutenção de um ecossistema equilibrado, sendo fundamental tanto a implementação de mecanismos de conservação ambiental, valorizando a água, o ar e a terra, quanto compreender as relações sociais de cada contexto.

É possível notar, consideravelmente, que a principal dificuldade enfrentada por toda a população pesquisada, esta relacionada à falta de uma saúde qualificada (66%), que inclui não só a falta de estabelecimentos de saúde – estratégias de saúde da família e hospitais – ou de medicações, mas também a falta de profissionais (médicos, enfermeiros e agentes comunitários) e a precária assistência prestada por eles (Gráfico 2). Esses números são análogos ao estudo de Carneiro (2009) relacionado à oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, no qual ele articula que:

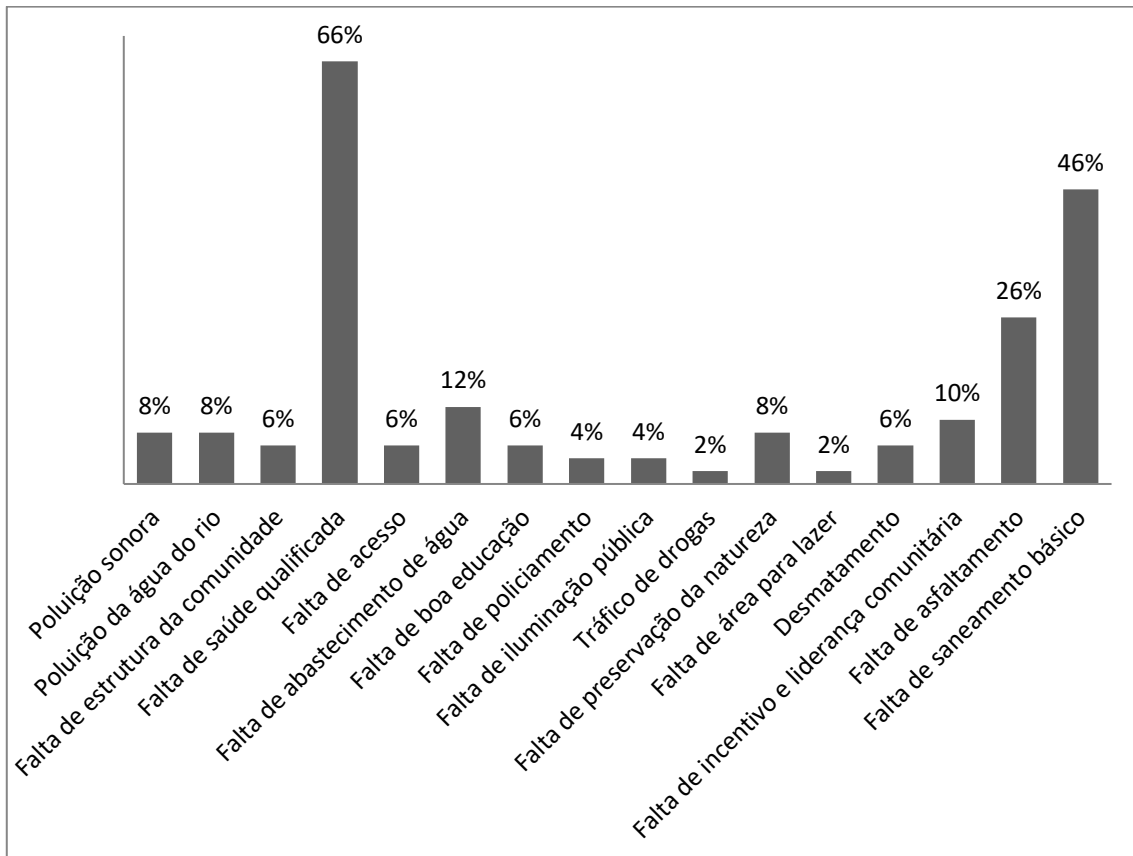
Embora, no Brasil, a política nacional de saúde preconize a "universalidade" do acesso como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso a serviços de saúde bucal ainda é restrito. Existem desigualdades regionais marcantes, com as

regiões Norte e Nordeste em pior situação se comparadas às demais regiões do país. Além disso, desigualdades sócio-econômicas se refletem na utilização de serviços de saúde bucal.

Durante a entrevista, perguntou-se sobre os principais problemas socioambientais enfrentados pela comunidade. É possível observar que 12% dos entrevistados reclamam da falta de acesso à água, mesmo o abastecimento sendo feito por rede encanada até o domicílio, e 6% da falta de estrutura da própria comunidade. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Siqueira (2009) sobre o acesso à água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal, no qual ele afirma que:

Quanto a indicadores de acesso à água na Amazônia Legal, adotamos dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar no período entre 2002 e 2009 (IBGE, 2009), compatível com os dados de PIB *per capita* disponíveis, para fim de comparação. Em um panorama regional verificamos um sério déficit para a Amazônia Legal, sendo que o percentual de domicílios permanentes ligados à rede de abastecimento de água na região em 2009 foi de 58,5%, bastante inferior ao nacional no mesmo ano (83,1%). Mas em todas as situações observadas nos estados Amazônicos a realidade em termos de abastecimento público de água e captação de esgotos está bastante aquém das necessidades das populações que se concentram principalmente em ambientes urbanos.

Gráfico 2. Distribuição percentual dos entrevistados segundo os principais problemas socioambientais.



Grande parte dos entrevistados (10%) encontra na falta de incentivo e de liderança comunitária, um grande empecilho para o próprio desenvolvimento econômico e social da comunidade, resultando em problemas que envolvem a saúde. Essas considerações são equivalentes às análises feitas por Ianni e Quitério (2006), citados por Silva (2013), nas quais expressam que:

Com a importância crescente das doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente, e tendo em perspectiva a complexidade dessas relações, faz-se necessário que o setor saúde desenvolva um novo olhar sobre a população cuja sistematização permitirá propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção da saúde. Esse é o grande desafio da ESF, que tem

os ACSs com atuação essencialmente no território, de potencializar a promoção da saúde considerada estratégica para a reversão do modelo assistencial brasileiro vigente.

Outro problema encontrado foi a falta de preservação da natureza (8%), ou seja, do próprio ambiente da comunidade, seguido do desmatamento (9%), visto que esta se encontra às margens de um rio – o Rio Pindaré. Os resultados se igualam a pesquisa de Siqueira (2009), na qual ele revela que:

Nesse sentido, uma pesquisa sobre o perfil dos municípios brasileiros - meio ambiente (IBGE, 2008) aborda as percepções dos gestores ambientais municipais para problemas ambientais. Nesta, verifica-se que nos estados da Amazônia Legal, as principais alterações ambientais declaradas com potenciais implicações sobre as condições de vida humanas são as queimadas e o desmatamento.

A falta de saneamento básico (46%) também foi descrita por um número bastante considerável de entrevistados como uma grande resistência enfrentada pela população no decorrer dos anos. Falta de rede coletora de esgotos, lixo jogados nas ruas, animais por todos os lugares, falta de asfaltamento, dentre outros fatores, contribuem, de forma muito significativa, para os riscos relacionados ao processo saúde- doença, correspondendo às descobertas de Marzari (2013) no que diz respeito à realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável:

O saneamento básico é considerado precário. Segundo o censo de 1998 do IBGE, a rede de esgoto alcançava apenas 3,5% dos domicílios do estado. Os reflexos dessas condições insalubres aparecem na saúde da população: o estado é considerado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) uma região endêmica de malária, leishmaniose e febre amarela.

A poluição da água do rio (8%) também foi uma adversidade bastante questionada. Ela ocorre não só por conta dos lixos jogados pelos próprios moradores ou de visitantes da comunidade, mas principalmente pela falta de saneamento básico, como pode ser observado no estudo de Siqueira (2009), no qual ele diz que:

Não havendo rede coletora de esgotos, tampouco tratamento para os mesmos, a poluição de cursos d'água na cidade era perceptível. Foi observada drenagem de esgotos para cursos d'água com influência sob o local de captação de água no rio Negro. Assinala-se ainda, de acordo com o censo do ano de 2000, que 66,6% dos moradores do município não contavam com instalações sanitárias no domicílio (MS, 2005). Vale ressaltar que esse percentual era relativo aos moradores da cidade e também das comunidades indígenas, onde inexistiam instalações sanitárias.

Ainda em relação à análise dos problemas socioambientais, é importante atentar que muitos entrevistados destacaram a falta de uma boa educação (6%) e o uso de drogas (2%) como grandes transtornos que se refletem no processo saúde-ambiente. Essa conclusão é pariforme à análise feita por Marzari (2013) em relação à realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável, na qual mostra que:

Além das dificuldades locais já apresentadas, os moradores mencionam a falta de escolas para os seus filhos estudarem e/ou continuarem os seus estudos, principalmente, escolas de ensino médio. Assim, por mais que as famílias demonstrem grande interesse na continuidade dos estudos por parte de seus filhos num nível secundário e/ou terciário, elas não têm condições de acesso e nem possibilidades de arcar com o deslocamento até o centro da cidade. Essa situação contribui significativamente para o aumento do uso de drogas ilícitas, bem como da violência local e regional.

Alguns entrevistados ainda discutiram sobre a falta de área para lazer (2%), o que pode contribuir para o isolamento social das famílias e, talvez, para o aumento do índice de usuários de drogas e da violência local.

4. Conclusão

A inter-relação da saúde com o ambiente a partir da segunda metade do século XX permitiu que a saúde ambiental fosse vista como uma das preocupações da saúde pública, visto que aquela hoje engloba vários fatores que, de alguma forma, exercem influência sobre a vida humana.

Estudar, analisar e caracterizar, de perto, as condições socioambientais de uma comunidade fez com que se acarretasse uma reflexão sobre a necessidade de mecanismos informacionais com qualidade, que subsidiem esta nova forma de pensar e abordar os problemas existentes.

Toda a humanidade deve refletir sobre a saúde ambiental, uma vez que este não se trata de um problema isolado, mas de natureza social, necessitando de ações interdisciplinares e criativas para a discussão sobre o tema. Essas consequências relacionam-se com consumo de energia, urbanização, descarte de lixo, contaminação do solo, poluição do ar e da água, queimadas, desmatamento, mudanças climáticas e aparecimento de doenças, frutos da necessidade de produção em escala crescente e da acumulação de riquezas.

Contudo, é imperativo reconhecer que as condições socioambientais desta comunidade ribeirinha deixam a desejar, principalmente quando estas afetam diretamente o processo saúde-doença. Infelizmente, ainda falta muito para um completo bem-estar físico, psicológico e social.

Referências

BARBOSA, E. M.; BARATA, M. M. de L.; HACON, S de S. **A saúde no licenciamento ambiental: uma proposta metodológica para a avaliação dos impactos da indústria de petróleo e gás.** Ciênc. saúde coletiva vol.17 nº.2 Rio de Janeiro Feb. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 05.mar.2014

BESERRA, E. P.; Alves, M. D. S.; Pinheiro, P. N. da C.; Vieira, N. F. C. **Enfermagem e saúde ambiental na escola.** Acta paul. enferm. vol.25 nº.5 São Paulo 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500004>. Acesso em: 25.abr.2014

BESERRA, E. P.; Alves, M. D. S.; Pinheiro, P. N. da C.; Vieira, N. F. C. **Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária.** Rev. bras. enferm. vol.63 nº.5 Brasília Sept./Oct. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500026&script=sci_arttext>. Acesso em: 25.abr.2014

CARNEIRO, F. C.; SANTOS, R. S.; PONTES, D. G.; SALINO, A. V.; REBELO, M. A. B. **Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari.** Cad. Saúde Pública vol.25 nº.8 Rio de Janeiro Aug. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200900080001> . Acesso em: 10.mar.2014

FREITAS, M. C.; TAMBELLINI, A. M. T.; SCHULTZ, G. E.; BERTOLINI, V. A.; NETTO, F. de A. F. **Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 nº6 Rio de Janeiro Dec. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600014&script=sci_arttext>. Acesso em: 06.fev.2014

HOFFMANN, M. V.; OLIVEIRA, I. C. S. **Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica.** Esc. Anna Nery vol.13 nº.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400009>. Acesso em: 25.abr.2014

LIMA, M. A. L.; DORIA, C. R. DA C.; FREITAS, C. E. DE C. **Pescarias artesanais em comunidades ribeirinhas na amazônia brasileira: perfil**

socioeconômico, conflitos e cenário da atividade. Ambient. soc. vol.15 no.2 São Paulo May/Aug. 2012 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2012000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 25.abr.2014

LOPES, M. do S. V.; XIMENESII, L. B. **Enfermagem e saúde ambiental: possibilidades de atuação para a promoção da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a11.pdf>>. Acesso em: 25.abr.2014

MARZARI, C. K.; BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; MARCHIORI, M. T.; SOUZA, M. T. de.; CARPES, A. D. **Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 n.º.1 Rio de Janeiro Jan. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100009>. Acesso em: 25.abr.2014

MOISÉS, M.; MACHADO, J. M. H.; PERES, F.; HENNINGTON, É.; BELTRAMI, A. C.; NETO, A. C. B. **Reflexões e contribuições para o Plano Integrado de Ações de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) de Populações Expostas a Agrotóxicos.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 n.º.8 Rio de Janeiro Aug. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900013>. Acesso em: 05.mar.2014

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. de A. **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde.** Ciênc. saúde coletiva vol.18 n.º.8 Rio de Janeiro Aug. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800009&script=sci_arttext> . Acesso em: 06.fev.2014

SANTILLO, P. M. H.; GUSMÃO, E. S.; MOURA, C.; SOARES, R. de. S. C.; CIMÕES, R. **Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva vol.19 n.º.2 Rio de Janeiro Feb. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200581&script=sci_arttext>. Acesso em: 02.mar.2014

SILVA, S. A. da.; MOURA, E. C. de. **Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal.** Cad. Saúde Pública vol.26 n.º.2 Rio de Janeiro Feb. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 25.abr.2014

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. **Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.11 n.1,p.113-128, jan./abr.2013. Acesso em: < <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r469.pdf>>. Acesso em: 19.abr.2014

SIQUEIRA, M.M.; MORAES, M. S. de. **Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo.** Ciência e saúde coletiva, vol.14 n.º6. Rio de Janeiro Dec. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600018&script=sci_arttext>. Acesso em: 06.fev.2014

SKOREK, J.; RÁVILLA, A. S.; ROSANA, M. B. **O impacto das mudanças climáticas e ambientais na saúde da criança – relato de experiência.** Disponível em: < <http://www.simposiocma.com.br/arquivos/documentos/anais/comunicacoes-livres/saude-e-meio-ambiente/o-impacto-das-mudancas-climaticas-e-ambientais-na-saude-da-crianca.pdf>> . Acesso em: 24.fev.2014

WEIHS, M.; MERTENS, F. **Os desafios da geração do conhecimento em saúde ambiental: uma perspectiva ecossistêmica.** Ciência e saúde coletiva, vol.18 nº 5. Rio de Janeiro, May 2013. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500036&script=sci_arttext>. Acesso em: 15.mar.2014

VALENZUELA, P. M.; MATUS, M. S.; ARAYA, G. I.; PARIS, E. **Pediatria ambiental: um tema emergente.** J. Pediatr. (Rio J.) vol.87 nº 2 Porto Alegre Mar./Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 25.abr.2014

ZAMBERLAN, C.; MEDEIROS, A. C. de.; SVALDI, J. D.; SIQUEIRA, H. C. H. **Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico.** Rev. bras. enferm. vol.66 nº4 Brasília July/Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400021>. Acesso em: 1º.abr.2014

ZAMONER, M. **Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente.** Ciência e saúde coletiva, vol.13, nº6. Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000600030&script=sci_arttext>. Acesso em: 06.fev.2014