

DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS AMAZÔNICOS

Renata Ferraz de Toledo*

Leandro Luiz Giatti**

Maria Cecília Focesi Pelicioni***

RESUMO: Este artigo objetiva discutir alguns dos desafios para a implementação da Promoção da Saúde em diferentes contextos da Amazônia brasileira. Baseou-se em pesquisas realizadas em três localidades no estado do Amazonas: a primeira é uma terra indígena; a segunda compreende comunidades ribeirinhas de duas unidades de conservação de uso sustentável; e a terceira é uma área urbana, na capital do estado. Dentre os principais desafios, destacaram-se: as grandes dimensões geográficas; a ineficiência ou ausência de serviços básicos de saneamento; presença de componentes míticos na interpretação do processo saúde-doença e na relação saúde-ambiente; situações de assistencialismo e falta de mobilização social; e o despreparo das equipes de saúde, principalmente para o desenvolvimento da educação em saúde. Concluiu-se sobre a relevância de ações intersectoriais e compartilhadas de Promoção da Saúde, planejadas em concordância com os inúmeros e peculiares quadros de referências ambientais e socioculturais.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Ambientes favoráveis à saúde. Amazônia.

HEALTH PROMOTION CHALLENGES IN DIFFERENT AMAZONIAN SETTINGS

ABSTRACT: This paper aims to discuss challenges of Health Promotion implementation within different settings in Brazilian Amazonia. Based upon three research initiatives in Amazonas State/Brazil: first in indigenous lands; second in conservation area with riverine communities; third in urban area settled in the state's capital. Among the major challenges identified, were highlighted: limitations due to geographic large scale, failure and absence of basic sanitary facilities; prevalence of mythical components related

* Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Pós-Doutoranda da Faculdade de Educação da USP. Rua Sapucaia, 655. Alto da Mooca. CEP 03170-050. São Paulo, SP. Brasil E-mail: renataft@usp.br

** Doutor em Saúde Pública pela FSP/USP. Professor Doutor do Departamento de Saúde Ambiental da FSP/USP. Av. Dr. Arnaldo, 715. (Dep. de Saúde Ambiental). Cerqueira César. CEP 01246-904. São Paulo, SP. E-mail: lgiatti@usp.br

*** Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Professora Livre-docente do Departamento de Prática da FSP/USP. Av. Dr. Arnaldo, 715. (Dep. de Prática de Saúde Pública). Cerqueira César. CEP 01246-904. São Paulo, SP. E-mail: ceciliafocesi@pelicioni@yahoo.com.br

Recebido em: 10/09/2011 Avaliado em: 21/09/2010

to perception of health-disease and health-environment relationships; welfarism and lack of social mobilization; and health workers inability to develop health education. In conclusion intersectoral and shared action for health promotion are very important, which must be planned according to several and peculiar settings of environmental and sociocultural backgrounds.

KEY-WORDS: Health promotion. Healthy environments. Amazonia.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde, entendida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2001, p.19), deverá ser desenvolvida pela combinação de ações sociais, políticas, educacionais, econômicas, culturais e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças. Sua origem remete a uma tentativa de superação ao modelo biomédico de atenção à saúde vigente que, no final da década de 1970, caminhava em direção à utilização de alta tecnologia, porém de acesso restrito e desconsiderando o ser humano como um ser integral, apresentando-se, dessa forma, como ineficaz no atendimento às necessidades da população.

Nesse período de mudança de paradigma, o processo saúde-doença passou a ser considerado como resultante das condições de vida dos indivíduos e grupos sociais, incluindo suas características biológicas, estilos de vida e fatores comportamentais, determinantes socioambientais e acesso aos serviços de saúde, sendo o movimento da Promoção da Saúde fundamental para que essas novas ideias pudessem ser colocadas em prática. (PELICIONI; TOLEDO, 2008; TOLEDO; PELICIONI, 2009)

Assim, na perspectiva de que as pessoas possam assumir o controle sobre sua saúde e participar do processo de implementação de políticas públicas, garantindo direitos coletivos sobre assuntos que lhes dizem respeito, a educação em saúde torna-se uma estratégia imprescindível da Promoção da Saúde, possibilitando, a partir do conhecimento e reconhecimento dos determinantes das suas condições de vida e do desenvolvimento de novos valores e habilidades, que haja maior atuação voltada para a prevenção de danos socioambientais e de doenças, garantindo ao mesmo tempo o fortalecimento dos indivíduos como sujeitos sociais, ou seja, por meio do empoderamento, dando-lhes condições de fazer escolhas saudáveis e reivindicar seu direito inalienável à saúde.

Considerando, o papel da Promoção da Saúde no auxílio ao reconhecimento desses direitos relacionados à saúde coletiva (advocacia em saúde), destaca-se a relevância da intersectorialidade e dos cinco campos de atuação estabelecidos como prioridade na Carta de Otawa, documento resultante da 1ª Conferência Internacional

de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. São eles: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e a reorientação dos sistemas de saúde. (BUSS, 2009)

Neste mesmo ano, 1986, realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para o fortalecimento deste Movimento no país. Dois anos depois, com a promulgação da Constituição Brasileira, determinou-se em seu Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Para atingir esses objetivos, constituiu-se no Art. 198, o Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pela Lei Federal 8080/1990, e organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Norteia-se ainda pelos seguintes princípios: I - universalidade, onde todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação financeira, etc.; II - equidade, onde todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades; e III - integralidade, por meio do qual as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura, ou seja, garantindo-se o acesso dos indivíduos às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

Diante da relevância da Promoção da Saúde no contexto do SUS, foram aprovadas em 2006 duas importantes Políticas: a Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa “promover qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2006a, p.17), e a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a Promoção da Saúde como fundamental nas ações de responsabilidade da Atenção Básica, com destaque especial à Estratégia de Saúde da Família - ESF que, por meio de suas equipes e territórios de abrangência, deve promover intervenções educativas para os indivíduos e suas famílias, no âmbito dos cuidados individuais, coletivos e para com o ambiente do entorno. (BRASIL, 2006b)

Para Morais Neto e Castro (2008), a ESF permite aos profissionais da saúde conhecer as diversas situações socioambientais e de saúde dos indivíduos e de suas famílias, bem como suas percepções para com os riscos a que estão expostos, possibilitando a implementação de abordagens diferenciadas para proporcionar aos sujeitos autonomia na construção de modos de vida mais saudáveis, premissa essa

da Promoção da Saúde. Os autores destacam ainda que, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio do contato direto que estabelecem com as pessoas, podem acompanhar o processo de superação das mais variadas condições de vulnerabilidade, estimular a mobilização de parcerias e articulações intersetoriais voltadas inclusive para áreas de planejamento urbano e saneamento ambiental.

Todavia, os desafios para a implementação da Estratégia de Saúde da Família são muitos e, além de complexos, demandam alguns avanços no Programa, como inserir distintos profissionais de capacitação adequada para que possibilitem atingir os mais variados objetivos. Na realidade, o que se tem demonstrado é que a Atenção Básica em Saúde é de fato uma importante estratégia para promover saúde, porém, sua amplitude requer mais investimento e uma gama variada de especialidades, diferentemente do que se pensava inicialmente, que esta seria uma frente de ações muito pouco dispendiosa e simplificada. Além disso, considera-se que o sucesso da abordagem para a grande maioria da população brasileira dependerá também de estratégias criativas locais para enfrentar a diversidade de nosso país (SCOREL et al., 2007). E no tocante a desafios para políticas públicas e diversidade, a Amazônia Legal brasileira, que contempla nove estados, pode ser considerada como extremamente peculiar. Para Ab´Saber (2005) “a Amazônia brasileira é um conjunto de paisagens e ecologias”, que compreende notória e expressiva biodiversidade. Acrescenta-se a isso as inúmeras dificuldades logísticas de implementação de infraestrutura e a rápida aceleração do processo de urbanização das últimas décadas com precários serviços como saneamento (BECKER, 2005), além de, uma ímpar sociodiversidade que se faz presente pela ocorrência de 180 povos indígenas, 357 comunidades remanescentes quilombolas e milhares de comunidades de seringueiros, ribeirinhos ou babaqueiros. (HECK, LOEBENS e CARVALHO, 2005)

Nesse sentido, tem-se em contextos amazônicos, escopo deste trabalho, uma macro-região brasileira com profundas singularidades nas relações de distintos grupos sociais/étnicos com o meio (LIMA e POZZOBON, 2005; TOLEDO et al., 2009) e que, conseqüentemente, também delineiam situações que envolvem o ser humano, o ambiente e a saúde bastante específicas em termos de transição da paisagem e dinâmicas de agravos à saúde, tendo especialmente a manutenção de elevadas prevalências de doenças infecciosas favorecidas tanto pelas mudanças ambientais quanto pelos precários quadros de saneamento (CONFALONIERI, 2005). Além disso, é marcante ainda, mesmo em cidades grandes da Amazônia, como a cidade de Manaus, principal polo econômico regional, forte influência cultural nas práticas sanitárias e na apropriação e interferências com o meio. (BERNAL, 2009)

Diante do exposto, o presente artigo objetiva promover uma reflexão sobre alguns desafios para a implementação da Promoção da Saúde, especialmente aqueles

relacionados ao saneamento ambiental e à criação de ambientes e práticas favoráveis à saúde, em diferentes contextos da Amazônia brasileira, visando contribuir para o enfrentamento destes.

METODOLOGIA

Esse estudo é fruto de uma compilação de pesquisas recentes realizadas em diferentes realidades na Amazônia Brasileira, que trazem peculiaridades e desafios atuais para se atingir o objetivo primordial de melhoria da saúde e das condições de vida das populações amazônicas.

A primeira dessas localidades a ser apresentada é a sede do Distrito de Iauaretê, no município de São Gabriel da Cachoeira, extremo noroeste do estado do Amazonas, na fronteira com a Colômbia, nos arredores da foz do rio Papuri e às margens do rio Uaupés, afluente do rio Negro. Pertencente à Terra Indígena do Alto Rio Negro, Iauaretê possui características e alguns serviços tipicamente urbanos, como escola, posto de saúde, energia elétrica à base de gerador a diesel, correio e um pequeno comércio conduzido pelos próprios indígenas, além de um Pelotão de Fronteira do Exército Brasileiro e de uma Missão Salesiana da Igreja Católica, o que tem contribuído para a elevada concentração populacional, que busca principalmente trabalho e estudo, e é fruto de um contínuo e crescente fluxo migratório estabelecido na região desde a década de 1980, de pequenas comunidades ribeirinhas, dispersas ao longo principalmente dos rios Uaupés e Papuri, para a sede do distrito. Ressalta-se porém que, apesar desta relativa infra-estrutura oferecida pela sociedade não-indígena, a população local mantém algumas práticas e hábitos milenares, tanto sanitários como alimentares (TOLEDO et al., 2009). Outra localidade em análise compreende duas Unidades de Conservação de Uso Sustentável, categoria que permite ocupação e atividades humanas, localizadas na região do médio rio Solimões, nas proximidades dos municípios de Fonte Boa, Maraã e Japurá, no estado do Amazonas. São elas: a Reserva Extrativista do Auati-Paraná, com aproximadamente 147.597 hectares predominantemente em terra firme e a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, com 1.124.000 hectares situados em sua maioria em áreas de várzea. As populações que na atualidade habitam essas unidades de conservação migraram principalmente em função do declínio do ciclo da borracha desenvolvido anteriormente nas cabeceiras desses rios e em busca da riqueza oferecida pelos ecossistemas locais, como o pescado, recursos madeireiros e não madeireiros. (HIGUSHI et al., 2008; GIATTI et al., 2009b)

A terceira área focal deste trabalho é o bairro de Novo Israel, situado na zona Norte da cidade de Manaus, estado do Amazonas, o qual entre os anos de 1971 e 1986 foi um depósito de resíduos sólidos a céu aberto que atendia esta capital. Após sua

Quadro 1 - Aspectos físicos e de infra-estrutura, aspectos socioculturais e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica de cada localidade.

Localidade	Aspectos físicos e infraestrutura	Aspectos socioculturais	Atenção básica à saúde
Iauaretê	Sede de distrito, constituída por 10 comunidades agregadas em um núcleo de feições urbanas, estabelecido em terra firme. Pela concentração populacional enfrenta sérios problemas relacionados ao saneamento, pois não possuía, na época do estudo, sistemas de abastecimento de água e nem mesmo de esgotos. Os habitantes coletavam água de distintas fontes como nascentes, poços, água de chuva, igarapés e rio, de acordo com o que estivesse mais acessível ou o que julgassem mais limpo. Os domicílios e as pessoas mantinham práticas sanitárias e alimentares tradicionais, tais como disposição de dejetos humanos em áreas peri-domiciliares e em proximidades de fontes de água. Os resíduos gerados de forma crescente por incrementos ao comércio de gêneros industrializados, não eram dispostos adequadamente, havendo apenas a organização social de um sistema de coleta e disposição de resíduos de origem doméstica.	Com aproximadamente 2.700 habitantes existem 15 etnias no local, a maioria de origem Tariana e Tukano, de tradição ribeirinha. Há também a etnia Hupda de tradição de caça e coleta com uma marcante relação de subserviência perante as demais. Identificou-se um conflito cultural (valorização tanto de lógicas urbanas, seguindo modelo da sociedade envolvente, como comércio, escola, emprego, quanto de práticas tradicionais, como trabalho na roça, vida em comunidade); prevalência de crenças mitológicas na relação com o ambiente, na interpretação do processo saúde-doença e em práticas de prevenção e cura. Resultados da pesquisa mostraram o reconhecimento pelos indígenas da existência de impactos socioambientais decorrentes da concentração populacional associada à ausência de sistemas de saneamento, porém não estabeleciam nexos causais entre esta situação e seus problemas de saúde, ou se o faziam, não eram suficientes para a mudança de suas práticas.	Realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro, que contava com um polo base na sede do Distrito, responsável pelo cadastro das famílias, imunização, exame pré-natal, visitas domiciliares e outros atendimentos, a maior parte de caráter assistencial. Possuía uma equipe fixa formada por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e um dentista, além de 10 Agentes Indígenas de Saúde, um para cada comunidade. Também havia um médico que fazia visitas periódicas ao Pólo-Base de Iauaretê.
Resex Auati-Paraná e RDS do Mamirauá	Unidades de Conservação de Uso Sustentável na região do médio rio Solimões, constituídas por comunidades dispersas tanto em área de várzea como de terra firme. Dentre as 20 comunidades estudadas, apenas uma contava, na época dos estudos, com captação de água de rio por	Comunidades tradicionais com um número de domicílios que variavam entre 7 e 38. Como motivos da ocupação da região e da mobilidade interna foram relacionados a busca de melhores condições de vida e trabalho, além de relações familiares. Haviam moradores instalados há mais de quarenta anos e outros recém-chegados,	Os serviços de saúde nessas unidades de conservação eram raros ou inexistentes. A Atenção básica era realizada por Agentes Comunitários de

<p>Bairro Novo Israel, cidade de Manaus/ AM</p>	<p>bombeamento e tratamento por filtragem para remoção de sólidos em suspensão. As demais utilizavam como fontes de abastecimento o rio, água de chuva, cacimbal-poço, lago e igarapé, sem sistemas de tratamento, mas com adesão ao uso de hipoclorito por grande parte dos moradores. Da mesma maneira, não havia tratamento adequado para resíduos sólidos e para o esgoto sanitário, sendo que a disposição destes ocorria em áreas peri-domiciliares, comprometendo a qualidade dos recursos hídricos locais.</p>	<p>mas prevalecia forte identidade com o ecossistema, na subsistência por roças itinerantes, extrativismo e pesca, em um processo econômico que se orientava e se adequava com as restrições e possibilidades de manejo próprias da categoria de Unidade de Conservação de Uso Sustentável. Os estudos demonstraram que os moradores dessas comunidades reconheciam a importância de práticas saudáveis individuais e de sistemas adequados de saneamento ambiental para a prevenção de doenças e manutenção da saúde. Doenças diarreicas e parasitoses intestinais não apareceram dentre as mais citadas por eles, apesar da precariedade sanitária local.</p>	<p>Saúde em apenas algumas comunidades, sendo que a maioria dos moradores buscava atendimento junto aos serviços de saúde dos municípios mais próximos (Fonte Boa, Maratã e Japurá).</p>
<p>Bairro da zona Norte da cidade, onde funcionou um antigo lixão de Manaus até 1986. Até o ano de 2007 em que foi realizada a pesquisa os moradores não contavam com sistema de abastecimento de água, fazendo uso de poços para atendimento de todas as suas necessidades diárias. Os domicílios contavam com fossa e havia coleta regular de resíduos sólidos de origem doméstica. Um estudo anterior sobre a qualidade da água dos poços, publicado em 2005, mostrou que essas fontes estavam contaminadas por agentes químicos, inclusive metais pesados, em níveis superiores aos máximos permitidos por legislação para água de consumo humano.</p>	<p>São moradores típicos de área periférica, sendo que alguns ocupavam a localidade desde a época de funcionamento do lixão, outros eram mais recentes, chegados a partir da desativação do mesmo. O bairro contava com aproximadamente 50.000 habitantes, mas a área focal do estudo onde ocorria o lixão compreendeu 198 domicílios cadastrados no Programa de Saúde da Família. No estudo ficou marcante o reconhecimento pelos moradores da existência do lixão e que isso acarretava problemas ambientais, mas não demonstraram a compreensão do problema de contaminação da água por elementos químicos. Quanto à ocorrência de doenças no local foram predominantemente citadas as infecciosas e seus sintomas, não havendo uma percepção consolidada para doenças crônicas passíveis de ocorrência mediante a exposição à contaminantes.</p>	<p>São moradores típicos de área periférica, sendo que alguns ocupavam a localidade desde a época de funcionamento do lixão, outros eram mais recentes, chegados a partir da desativação do mesmo. O bairro contava com aproximadamente 50.000 habitantes, mas a área focal do estudo onde ocorria o lixão compreendeu 198 domicílios cadastrados no Programa de Saúde da Família. No estudo ficou marcante o reconhecimento pelos moradores da existência do lixão e que isso acarretava problemas ambientais, mas não demonstraram a compreensão do problema de contaminação da água por elementos químicos. Quanto à ocorrência de doenças no local foram predominantemente citadas as infecciosas e seus sintomas, não havendo uma percepção consolidada para doenças crônicas passíveis de ocorrência mediante a exposição à contaminantes.</p>	<p>Saúde em apenas algumas comunidades, sendo que a maioria dos moradores buscava atendimento junto aos serviços de saúde dos municípios mais próximos (Fonte Boa, Maratã e Japurá).</p>

desativação, o antigo lixão foi aterrado e posteriormente invadido e ocupado por famílias de baixa renda. A região específica estudada compreendeu duas micro-áreas de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde local, da Estratégia de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde, com 198 famílias cadastradas. (GIATTI et al., 2009a)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se os objetivos deste manuscrito, de discutir alguns desafios para a implementação da Promoção da Saúde na Amazônia brasileira, e tendo como base para esta reflexão diferentes localidades, apresenta-se a seguir um quadro descritivo com relevantes características de cada área, visando aproximar o leitor de distintas realidades, mas que possuem, ao mesmo tempo, algumas similaridades para compor este complexo cenário amazônico.

Dentre os principais desafios a serem enfrentados na Amazônia, merecem destaque as grandes distâncias e dimensões geográficas, bem como as dificuldades de acesso, o que se reflete negativamente no fornecimento de inúmeros serviços básicos, como os de saúde e saneamento. Nas comunidades ribeirinhas e indígenas estudadas, identificou-se claramente esta situação e, no caso do bairro de Novo Israel, apesar de localizado em área urbana, esses serviços não atendiam adequadamente, da mesma maneira, as necessidades da população. Percebe-se, portanto, que tanto em áreas rurais como em cidades amazônicas, permanecem sérios problemas relacionados ao precário saneamento básico e infraestrutura de um modo geral. (BECKER, 2005; FREITAS e GIATTI, 2009)

Assim, um dos aspectos mais relevantes desta relação saúde e ambiente presente nos contextos amazônicos é a ineficiência ou, em muitos casos, a ausência de serviços básicos de saneamento. Segundo a Lei Federal Brasileira 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 1990, Art. 3º)

Apesar disso, dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico mostraram que os piores indicadores de saneamento do país estavam na região Norte onde, do total de água distribuída em sistemas públicos, 32,4% não recebiam tratamento e 92,9% dos municípios não possuíam sequer redes coletoras de esgotamento sanitário (IBGE, 2002). Sabe-se ainda que o coeficiente de mortalidade infantil, maior indicador de saúde pública no Brasil, está diretamente relacionado à existência ou não de saneamento básico. Comparada às outras regiões do país, a Amazônia

apresentou, em 1996, alto índice de internação hospitalar por doenças infecciosas e parasitárias, 12,7% do total de internações, enquanto a média nacional foi de 8,3% (CONFALONIERI, 2005). Esses dados são extremamente preocupantes na medida em que essas doenças são plenamente evitáveis. No caso das localidades estudadas e discutidas neste trabalho, o quadro 1 mostra que nenhuma delas contava com serviço de abastecimento de água tratada e de coleta e tratamento de esgoto, condições estas na contra-mão de um dos principais eixos de atuação da Promoção da Saúde, que é a criação de ambientes favoráveis à saúde, e que contribuem claramente tanto para a degradação socioambiental, como para a exposição das populações que habitam essas áreas a inúmeros riscos de doenças.

Soma-se a isso o fato de que nem sempre é compreendida a relação de tais problemas com as elevadas incidências de doenças infecciosas que ocorrem dentre populações expostas. Esse entendimento varia, por exemplo, pela proximidade desses impactos ambientais das moradias e, da mesma maneira, por componentes culturais, fatores estes que condicionam fortemente práticas de prevenção e cura.

Em Iauaretê, um inquérito parasitológico realizado em 2005 envolvendo 895 indígenas revelou índices de prevalência que variaram entre 76% (na comunidade com maior taxa) e 56% (na de menor taxa), sendo que os parasitos mais encontrados em amostras fecais positivas foram, em ordem decrescente, *Ascaris lumbricoides* (64,84%), *Entamoeba coli* (32,58%), *Endolimax nana* (14,84%) e *Blastocystis hominis* (13,39%) (RIOS et al., 2007). Em concordância com estes números, dentre as doenças mais citadas pela população estavam “diarreia”, “vômito”, “verminoses”, “malária” e “gripe”, e as justificativas para tais acometimentos envolviam desde aspectos relacionados à contaminação ambiental como também crenças mitológicas, conforme depoimentos a seguir: “*Diarreia é feitiço, não passa nada*”; “*Os pajés que sabem quem assopra, aí dá dor de cabeça, vômito, tudo é sopro, veneno*”; “*Por causa do lixo, tá quase dominado, não tem sanitário, a gente faz as necessidades em todo lugar, cachorro faz sujeira na rua*”. Prevaecem, portanto, entre os indígenas, componentes culturais na interpretação do adoecimento, elementos característicos da cultura ancestral desses povos, transmitida por meio de tradição oral, ao longo de centenas de anos e, conforme já mencionado, essas representações refletem diretamente as formas tradicionais de prevenção e cura de doenças, ainda bastante praticadas, sendo inclusive indicado por eles tratamento diferenciado para moléstias consideradas “doenças de branco”, como gripe e pneumonia, utilizando-se nesses casos remédio “de branco” e, para “doenças de índio (feitiço)”, como dor de cabeça, febre, diarreia, o uso de remédio caseiro ou benzimento. (TOLEDO et al., 2006)

Nas comunidades da Reserva Extrativista do Auati-Paraná e da Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Mamirauá, as doenças diarréicas e parasitoses

intestinais não figuraram dentre as mais citadas pelos moradores, e sim queixas como gripe, febre e dores diversas, apesar dessas localidades apresentarem condições sanitárias bastante semelhantes às do distrito de Iauaretê, revelando uma percepção equivocada dos habitantes dessas unidades de conservação. Por outro lado, para o caso específico de comunidades do Mamirauá, Giatti e col. (2009b) consideram que apesar da pouca percepção de importância de doenças ligadas a ciclos feco-oral, indicadores de saúde intestinal como de bactérias prevalentes em cultura e de parasitos intestinais mostram um quadro bastante negativo de saúde intestinal, porém compatível com as precárias condições sanitárias locais.

Em Novo Israel, por sua vez, se reproduz a ineficiência do saneamento que favorece a proliferação de doenças de ciclo feco-oral, todavia, uma eminente preocupação decorre do consumo de água de poços mediante a comprovada contaminação por elementos químicos tóxicos, inclusive metais pesados. Nesta localidade, em ambiente urbano e totalmente sujeito a rotas de exposições a contaminantes oriundos de um relevante passivo ambiental que é o antigo lixão da cidade, há um reconhecimento por parte da população do problema ambiental e indicação de que esta situação pode influenciar a saúde dos moradores locais, porém, essa percepção se apresenta para doenças fundamentalmente infecciosas e seus sintomas, não havendo claro entendimento dos mecanismos de contaminação por químicos e possíveis prejuízos em termos de manifestações crônicas e ou intoxicações. (GIATTI et al., 2009a)

Ainda no tocante a aspectos sanitários e percepções equivocadas, mais especificamente, sobre fontes de água de abastecimento, os estudos revelaram nas três localidades, o julgamento positivo da qualidade desse recurso baseando-se principalmente em aspectos como aparência/cor, gosto e temperatura (GIATTI et al., 2007; HIGUSHI et al., 2008). Ressalta-se, porém, que a Portaria 518/2004 do Ministério da Saúde determina como um dos padrões de qualidade de água para consumo humano a ausência de indicadores microbiológicos, como coliformes fecais, os quais não podem ser detectados visualmente, pelo paladar ou pela temperatura. Esta legislação também institui que é dever das Secretarias Municipais de Saúde a vigilância da qualidade da água em suas áreas de competência e, no caso de áreas indígenas, essa responsabilidade é da FUNASA, segundo a Portaria 479/2001 desta Fundação. Indicadores microbiológicos demonstrando contaminação por material fecal em amostras de água para consumo humano apareceram em situações onde houve análise, como nos casos de Mamirauá e de Iauaretê. A presença de contaminantes químicos em amostras de água de poço em Novo Israel foi mostrada por Rocha e Horbe (2006).

Quanto aos desafios para a implementação de processos educativos e desenvolvimento de habilidades, enquanto campo de atuação da Promoção da

Saúde identificou-se nos três grupos analisados o que na psicologia social é chamado de dissonância cognitiva (FESTINGER, 1957) e na antropologia, de *bricolage* ou reinterpretação (ARRUDA, 1992; GARNELO e WRIGTH, 2001). Trata-se de uma discordância entre o discurso e a prática, ou seja, as cognições dos indivíduos revelam-se incompatíveis com suas ações, isso porque esta relação é resultante de diferentes sistemas de organização social, político e econômico, presentes na história de vida desses grupos, e por fortes componentes culturais que contribuíram para a construção das representações e, conseqüentemente, das práticas hoje observadas. Assim, na interpretação do processo saúde-doença e relação com o meio ambiente identificaram-se nos três grupos analisados o reconhecimento de situações de causa e efeito de doenças pela contaminação ambiental e a importância de práticas saudáveis, como nos discursos sobre formas de se prevenir doenças: “cuidar dos alimentos que come”; “tomar água fervida”; “tampar alimentos para evitar o pouso de moscas”; “fazer sanitário”; “clorar água”, entre outros. Porém, o que se observou foi a ausência da incorporação deste conhecimento na vida cotidiana desses indivíduos, ou seja, o conhecimento adquirido ainda não havia se transformado em prática, o que poderia contribuir para a criação de ambientes favoráveis à saúde e melhoria das condições de vida, conforme preconiza a Promoção da Saúde.

Outros campos interrelacionados de atuação da Promoção da Saúde são a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária, e também o empoderamento. Nas localidades estudadas foram encontradas algumas situações que favorecem o desenvolvimento destes campos, e outras que, na mesma medida, tornam-se verdadeiras barreiras a serem vencidas. Isto porque, pôde-se identificar forte organização comunitária, principalmente nos casos de Iauaretê e das comunidades da RESEX do Auati-Paraná e da RDS do Mamirauá, e ao mesmo tempo, situações de assistencialismo e falta de mobilização social.

A organização comunitária que caracteriza esses grupos na atualidade pode ser atribuída tanto às tradições culturais como ao próprio processo histórico de ocupação e defesa de seus territórios (TOLEDO et al., 2009). No caso de Iauaretê, pertencente à Terra Indígena do Alto Rio Negro, a luta por sua demarcação influenciou aspectos políticos organizacionais, como a fundação da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro - FOIRN (CABALZAR e RICARDO, 2000), que na atualidade agrega mais de cinquenta organizações indígenas de base comunitária, como a Coordenadoria das Organizações Indígenas do Distrito de Iauaretê - COIDI. Da mesma maneira, o processo de criação das referidas unidades de conservação de uso sustentável, com a preocupação de assegurar a conservação dos recursos naturais renováveis e, ao mesmo tempo, proteger os meios de vida e a cultura da população extrativista local, se refletiu na maneira como hoje se organizam. Em ambas localidades, identifica-se

ainda a realização de frequentes reuniões para a tomada de decisões de assuntos que dizem respeito à todos, a distribuição de funções, o desenvolvimento de trabalhos comunitários, a partilha de alimentos, entre outros aspectos. Porém, conforme já mencionado, a presença na mesma medida de um sistema assistencialista de longa data, constitui entraves à tomada de decisões e contribui fortemente para a falta de mobilização social desses grupos, que esperam pacientemente que suas necessidades sejam atendidas sem que necessitem lutar por isso, o que dificulta consequentemente o seu envolvimento nos processos de elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis. Observou-se em alguns casos, como na busca por melhores condições sanitárias, certa passividade, pois permaneciam aguardando soluções externas. (TOLEDO et al., 2006; GIATTI et al., 2007; HIGUSHI et al., 2008)

Também em Novo Israel, apesar de serem identificadas organizações sociais como associação de moradores e a própria rede de ensino com boa parte dos professores morando nas proximidades, pouco se observou do entendimento da gravidade do problema de exposição a tóxicos, da mesma forma não existia qualquer militância local no sentido de salvaguardar a saúde pública (GIATTI et al., 2009a). Assim, para que os indivíduos e grupos sociais possam assumir o controle sobre sua saúde e seus determinantes, objetivos da Promoção da Saúde, tem-se nessa política assistencialista um grande desafio a ser vencido.

A Promoção da Saúde recomenda ainda a reorientação dos serviços de saúde para melhor atender seus usuários, identificando na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família alternativas eficazes para que isso ocorra. De acordo com Freitas e Giatti (2009) há uma ampla cobertura desses programas na Amazônia Legal, abrangendo em torno de 70% da população, valor superior a media nacional. Assim, a ESF é apresentada por estes autores como uma relevante oportunidade para agir na prevenção dos peculiares problemas de saúde ambiental da região. No entanto, como implementar ou reorientar esses serviços adequadamente em contextos amazônicos de grandes dimensões e distâncias geográficas? Como desenvolver projetos educativos voltados para cuidados individuais e coletivos, e para com o ambiente do entorno, junto a grupos com fortes tradições culturais influenciando suas práticas e a interpretação do processo saúde-doença?

O trabalho de Agentes Comunitários de Saúde, presente nas três localidades analisadas, parece ser uma alternativa de grande relevância para enfrentar esse desafio. Por serem representantes das comunidades, possuem maior facilidade tanto para compreender os processos de saúde-doença dentro de cada universo cultural, como também tem a possibilidade de estabelecer maior aproximação com o cotidiano das famílias, contando com grande credibilidade da população local. Para o Agente Indígena de Saúde, é conferido inclusive, segundo Garnelo e Wright (2001), certo

prestígio, semelhante ao de um Pajé, por tornar-se capaz de dar nome às doenças e indicar remédios para tratá-las. Entretanto, em estudo realizado sobre a formação e o trabalho desenvolvido por estes profissionais, Souza e col., (2002), identificaram dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde, principalmente pela diferença entre o processo educativo tradicional indígena e as estratégias aprendidas nos cursos preparatórios. Nas comunidades da RESEX do Auatí-Paraná a procura por estes profissionais foi pouco mencionada ao serem questionados sobre as formas de prevenção e tratamento para suas doenças, com exceção da menção de que eram eles os responsáveis pela distribuição do hipoclorito usado por algumas famílias no tratamento domiciliar da água. Para o caso de Novo Israel, a questão do contaminante químico enquanto risco à saúde, é provavelmente pouco percebida pelos agentes comunitários de saúde, como descrito em estudo similar de Ianni e Quitério, (2006).

Reforça-se, portanto, a importância da adequada formação desses agentes comunitários, por meio do diálogo entre o conhecimento tradicional local e conhecimentos de saúde pública e de meio ambiente, utilizando-se preferencialmente estratégias participativas e criativas condizentes às diferentes realidades socioculturais. Além disso, para que a Estratégia de Saúde da Família consiga cumprir seu amplo escopo, parece necessário não apenas a adequada capacitação em educação em saúde, mas também a inclusão de novos profissionais como educadores, por exemplo. Deve-se considerar que, se a ESF é realmente uma oportunidade para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, por outro lado as equipes que atuam nesses programas são sistematicamente sobrecarregadas com funções das mais variadas, tendo pouca capacitação para que consigam êxito em desafios tão importantes como da educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se abordar neste texto problemas socioambientais e de saúde que têm ocorrido em pequenas comunidades e, da mesma maneira, dialogar com a “cidade grande”, tendo em vista a intensificação, nas últimas décadas, dos fluxos migratórios de pequenas comunidades para centros urbanos e seus efeitos negativos sobre as condições de vida de seus moradores. Soma-se a isso o fato de que na Amazônia identifica-se não apenas o crescimento das cidades, mas também a reprodução de algumas práticas rurais nas áreas urbanas, como o consumo de água sem tratamento e a disposição de dejetos humanos em áreas peri-domiciliares (TOLEDO et al., 2009). Dessa forma, o enfrentamento de desafios para implementação da Promoção da Saúde em contextos amazônicos deve atentar-se fortemente para essas características.

Assim, ao considerar os campos de atuação para a Promoção da Saúde - elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis

à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas de saúde, no contexto de realidades amazônicas, como as relatadas neste texto, não há dúvidas sobre os muitos desafios a serem enfrentados para sua implementação. Diante das inadequadas condições socioambientais e de saúde das localidades estudadas, resultantes principalmente da ausência de sistemas de saneamento básico, e da presença de fortes componentes culturais, inclusive milenares, é imprescindível que as ações de Promoção da Saúde, principalmente as de caráter educativo sejam planejadas em concordância com os inúmeros e peculiares quadros de referências ambientais e socioculturais junto com os interessados. Acrescenta-se a oportunidade de aproveitar para tal finalidade os sistemas de organização social locais, como reuniões comunitárias, regras de convivência, programas de saúde da família, e espaços comuns como escolas, associação de moradores, entre outros, reconhecidamente valorizados por estes grupos.

É importante salientar ainda que, apesar das problemáticas analisadas nas localidades exploradas no presente texto terem forte relação com questões sanitárias, considera-se que a abordagem de compreensão sistêmica, bem como os desafios e proposições aqui apresentados em termos de Promoção da Saúde, podem, certamente, ser pertinentes para estudos e enfrentamento de outras questões de Saúde Pública, como subnutrição, doenças sexualmente transmissíveis, mudança de perfil epidemiológico com ascensão de doenças crônicas, entre outras. Por fim, espera-se com este manuscrito subsidiar novas discussões sobre o assunto e, da mesma maneira, fortalecer a compreensão da relevância de ações intersetoriais e compartilhadas (sociedade civil e poder público) de busca por melhores condições de vida no âmbito da Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

- AB'SABER, A. Aziz Ab'Saber: problemas da Amazônia brasileira - Entrevista. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.19, n.53, p.7-35, 2005.
- ARRUDA, R. S. V. Os Rikbaktsa: mudança e tradição. 1992 (Tese Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.
- ATHIAS, R. **Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira: uma abordagem antropológica**. Recife: Líder Gráfica e Editora, 2002.
- BERNAL, R. J. **Índios urbanos: processo de reconformação das identidades étnicas indígenas em Manaus**. Tradução de Evelyne Marie Therese Mainborg. Manaus: Ed. UFA /Faculdade Salesiana Dom Bosco, 2009.
- BECKER, B. K. Geopolítica da Amazônia. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 71-85. 2005.

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

BRASIL. **Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 11 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Alma Ata, Adelaide, Sundsvall e Santafé de Bogotá, Jacarta, México e Rede de Megapaíses**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília/DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF, 2006b.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZRESNIA, D. ; FREITAS, C. M. de (orgs.). **Promoção da Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

CABALZAR, A.; RICARDO, C. A. (Eds.). **Povos indígenas do Alto e médio rio negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira**. 2. ed. São Paulo; Amazonas (São Gabriel da Cachoeira): Instituto socioambiental; FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2000.

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para análise de paisagens e doenças. **Estudos Avançados**, São Paulo v.19, n. 53, p. 221-36, 2005.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de.; SENNA, M. de C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, D. C, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FESTINGER, L. **A Theory of cognitive dissonance**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1957.

FREITAS, C. M.; GIATTI, L. L. Indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 1251-1266, 2009 .

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.

GIATTI, L. L.; ROCHA, A. A.; TOLEDO R. F.; BARREIRA, L. P.; RIOS, L.; PELICIONI, M. C. F; MUTTI, L. V.; CUTOLO, S. A. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira/AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 12, n. 6, p. 1711-23, 2007.

GIATTI, L. L.; NEVES, N. L. S.; SARAIVA, G. N. M. Exposição à água contaminada e ações de Promoção da Saúde no bairro Novo Israel, Manaus / AM. In: FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. **Educação em Saúde - Diversos Olhares**. Manaus: FVS, 2009a.

GIATTI, L. L., SILVA-DE-JESUS, M., OLIVEIRA, S., MOURA, E., HURTADO-GUERRERO, J. C., MELO, Carolliny. **Mapeamento integrado de saúde ambiental em comunidades ribeirinhas na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Estado do Amazonas, Brasil**. In: Anais de Evento da 61a. Reunião anual da SBPC. Manaus, 2009b.

HECK, E.; LOEBENS, F.; CARVALHO, P. D. Amazônia indígena: conquistas e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.19, n. 53, p.237-55, 2005.

HIGUSHI, M. I. G; TOLEDO, R. F.; RIBEIRO, M. N. L.; SILVA, K. **Vida social das comunidades da RESEX do Auati-Paraná, Fonte Boa, AM**. Manaus: IBAMA / INPA, 2008. (Relatório)

IANNI, A. M. Z, QUITERIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambient. Soc.** Campinas, SP, v. 9, n.1, p. 169-180, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v9n1/a09v9n1.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2010. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saneamento básico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

LIMA, D.; POZZOBON, J. Amazônia socioambiental. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 19, n.54, p.45-76. 2005.

MOURA, E. A. F. Práticas socioambientais na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, estado do Amazonas, Brasil. 2007. (Tese Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil, 2007.

MORAES NETO, O. L.; CASTRO, A. M. Promoção da saúde na atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, Ano IX, p. 6-9, 2008.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. A educação e a comunicação para a Promoção da Saúde. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (eds.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p.165-177.

RIOS, L.; CUTOLO, S. A.; GIATTI, L. L.; CASTRO, M.; ROCHA, A. A.; TOLEDO, R. F.; PELICIONI, M. C. F.; BARREIRA, L. P.; SANTOS, J. G. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no distrito de lauretê, município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. **Saúde Sociedade**., São Paulo, v.16, n. 2, p.76-86, 2007.

ROCHA, L. C. R.; HORBE, A. M. C. Contaminação provocada por um depósito de lixo no aquífero Alter do Chão em Manaus - AM. **Acta Amazônica**, Manaus, v. 36, n. 3, p. 307-12, 2006.

SOUZA, N. M. S. F.; CAVALCANTE, M. S.; BRANDÃO, M. C. Agentes de saúde indígena: realidades pluriétnicas e experiências de formadores. In: BRANDÃO, M. C.; DE PAULA, N. C.; ATHIAS, R. **Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira: uma abordagem antropológica**. Recife: Líder Gráfica e Editora, 2002. p. 51-70.

TOLEDO R. F.; PELICIONI, M. C. F.; GIATTI, L. L.; BARREIRA, L. P.; CUTOLO, S. A.; MUTTI, L. V.; ROCHA, A. A.; RIOS, L. Comunidade indígena na Amazônia: metodologia da pesquisa-ação em educação ambiental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4. p. 559-69, 2006.

TOLEDO R. F.; GIATTI, L. L.; PELICIONI, M. C. F. Urbanidade rural, território e sustentabilidade: relações de contato em uma comunidade indígena no noroeste amazônico. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, SP v. XII, n.1, p.173-188, jan-jun 2009.

TOLEDO, R. F.; PELICIONI, M. C. F. O papel da educação para a Promoção da Saúde. In: GIATTI, L. L. (Org.). **Fundamentos de saúde ambiental**. Manaus: EDUA, 2009.

