

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM COMUNIDADE BASEADA EM ESTUDO SOCIOAMBIENTAL

Juliana Valéria de Melo

Terapeuta Ocupacional, Universidade de Uberaba.

Carlos Alexandre Rodrigues Pereira

Engenheiro Ambiental, Universidade de Uberaba.

Cláudia Franco Monteiro

Terapeuta Ocupacional, Mestre, Professora, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

André Luís Teixeira Fernandes

Engenheiro Agrícola, Doutor, Prof/Pesquisador da Universidade de Uberaba.

RESUMO: Dos vários fatores que interferem na saúde do indivíduo, destaca-se a relação do mesmo com o ambiente em que vive e desempenha suas funções. Este trabalho é uma ação conjunta entre graduandos de Engenharia Ambiental e Terapia Ocupacional da Universidade de Uberaba (MG) e visou investigar as condições de saúde socioambiental da Comunidade Santa Fé, no município de Uberaba (MG), distante 30 km da sede do município, por meio de questionário semiestruturado aplicado no período de 15/08/2009 a 08/05/2010. Dentre as 200 famílias residentes, 78% foram abordadas por meio de visitas domiciliares. O total de moradores foi classificado por idade. Verificou-se que há casos de doenças crônicas. Há também a ocorrência de doenças relacionadas a fatores ambientais. Em 86% das famílias há relato do uso de cigarro ou álcool. Verificou-se que 33% da população trabalha com agricultura familiar, 35% são trabalhadores informais, e a renda varia entre 0 e 2 salários mínimos em 68% dos casos. Os resultados sugerem a necessidade de ações educativas em saúde e o Viveiro Educador, preconizado pelo Ministério do Meio Ambiente, aborda essa temática. Tais resultados podem ser trabalhados por meio da mobilização da comunidade e da participação em grupos de discussão, numa abordagem socioeducativa voltada para a promoção da saúde e para a melhoria das condições de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de Prevalência; Educação Ambiental; Educação em Saúde; Grupos de População; Atenção Primária.

SOCIAL AND ENVIRONMENTAL-BASED INTERVENTION PROPOSAL IN A COMMUNITY

ABSTRACT: Although several factors interfere in the subjects' health, the relationship between subjects and the environment in which they live and work should be highlighted. Current analysis is a joint venture between undergraduates of the Environmental Engineering and Occupational Therapy Courses of the University of Uberaba, Uberaba MG Brazil, which investigates social and environmental health conditions of the Comunidade Santa Fé in the municipality of Uberaba, distant some 30 km from downtown. A half-structured questionnaire was applied between 15/08/2009 and 08/05/2010, with 200 families of which 78% were met in home visiting. All residents were classified by age. Many chronic diseases and also diseases related to environmental issues were extant. Smoking and alcoholism were reported in 86% of the families. Further, 33% of the population worked on the family homestead; 35% were informal workers and wage ranged between 0 and 2 Brazilian minimum wages in 68% of the population. Results suggest health educational activities and the Educating Greenhouse, suggested by the Ministry of the Environment, fits in the process. These

activities may be worked out by the community and the participation of discussion groups within a social and education approach aiming at the promotion of health and improvement in life conditions.

KEY WORDS: Prevalence Studies; Environmental Education; Health Education; Population Groups; First Care.

INTRODUÇÃO

Promover saúde em pequenas comunidades é uma proposta prática baseada no cliente que, segundo Law (1995) apud Sumsion (2003), reconhece a autonomia do indivíduo e assegura serviços que sejam acessíveis ao contexto em que ele vive. Geralmente, nessas comunidades ocorrem costumes, crenças e interesses próprios, e a precariedade da infraestrutura, dos serviços públicos básicos e dos programas de atenção primária tornam essas comunidades propensas a condições adversas de vida que favorecem o acometimento por doenças.

Este trabalho foi desenvolvido na Comunidade Santa Fé, que foi fundada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA em 1990, como uma comunidade rural, distante 30 km da sede do Município de Uberaba (MG). Em 2006 passou a fazer parte da área urbana de Uberaba por meio da Lei Complementar nº 359/2006 - Lei do Plano Diretor e da Lei Complementar nº 374/2007 - Lei do Perímetro Urbano Uberaba. Devido a essa transição, não foi possível garantir os espaços públicos para a construção de praças, escolas, postos de saúde e outros de interesse comunitário, já que esses instrumentos são definidos na fase de planejamento de loteamentos urbanos. Estima-se que, atualmente, cerca de 200 famílias residam neste contexto.

O Plano Diretor classificou Santa Fé como Núcleo de Desenvolvimento, cujo zoneamento prevê uma área urbana, onde residem aproximadamente 130 famílias. As demais famílias residem na área classificada como Zona de Amortecimento, entendida como área rural da Comunidade.

A falta de acesso à saúde e de infraestrutura urbana, como pavimentação e redes de água e esgoto, classifica Santa Fé como uma área de risco e de intervenção,

já que, segundo Phillippi Jr. e Silveira (2007), a saúde do indivíduo está intimamente ligada ao ambiente em que vive, tanto social como físico, sendo necessário identificar os impactos ambientais que atuam sobre ela.

O processo saúde-doença é entendido como um binômio socioambiental, que

[...] é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação esta que se realiza por meio do processo de trabalho, baseado em determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (LAURELL, 1982 apud PANÚNCIO PINTO, 2000).

A saúde foi definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (STARFIELD, 2004). Nesse contexto, a avaliação da ocupação humana em Santa Fé possibilita delinear as condições de saúde socioambiental, uma vez que elas se inter-relacionam.

O estilo de vida e o ambiente são os principais responsáveis pelas causas de doenças, sendo de suma importância diagnosticar, denunciar e transformar a persistência de problemas que se articulam a obstáculos econômicos, culturais e morais que dificultam o avanço da cidadania e da qualidade de vida (MINAYO, 2007).

Esse diagnóstico pode ser realizado na comunidade por meio da pesquisa epidemiológica, que é um instrumento utilizado para a coleta de informações sobre a população e sobre o meio ambiente em que ela vive, informações essas que fornecem indicadores para o monitoramento das ações em saúde, analisando fatores que determinam enfermidades, danos à saúde coletiva e propondo medidas específicas de prevenção de doenças (GOLDBAUM, 2003).

A Atenção Primária orientada para a comunidade é uma abordagem que utiliza habilidades de avaliação epidemiológica de forma a complementar propostas de trabalho que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida (STARFIELD, 2004).

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde - CIF, que é a ferramenta estatística

de pesquisa utilizada para abordar as questões de saúde. Destacam-se como inovação da CIF para o conceito de saúde as dimensões psicossociais e de cidadania, como as atitudes e a realidade político-social, entre os fatores ambientais e de participação, respectivamente (OPAS, 2003). Desta forma, a CIF se aproxima da Terapia Ocupacional na identificação, no diagnóstico, na promoção ou restauração das funções humanas, envolvendo a participação do indivíduo em sua vida comunitária, social e cívica, entendendo o processo de trabalho como alvo central com as atividades, sejam elas de arte e lazer, cultura, artesanato, associações, entre tantas outras que envolvam os indivíduos numa situação da vida real em que estão inseridos.

Experiências em países desenvolvidos e em desenvolvimento indicam que a mudança contínua de comportamento é melhor promovida pela participação da família e da comunidade do que pela abordagem usual que estimula a dependência, dizendo às pessoas o que é de seu melhor interesse (TAYLOR, 1995).

Campos (2006) entendem saúde como sinônimo de vida e afirmam que promover a saúde e recuperá-la como valor de uso, resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida, além de interferir nos estilos, modos de vida e na produção de políticas públicas que visem o desenvolvimento humano, são objetivos propostos na contemporaneidade a fim de traçar estratégias de cuidado. Os condicionantes e determinantes da saúde e seu desenvolvimento precisam ser aprofundados conceitualmente para que sejam estabelecidas relações baseadas em experiências consistentes, que apóiem a formulação dessas estratégias.

A pesquisa desenvolvida foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Uberaba (MG) e une os saberes da Engenharia Ambiental e da Terapia Ocupacional, voltada ao trabalho educativo de cuidado com a saúde do homem e do meio ambiente, uma vez que elas se inter-relacionam.

A contribuição deste trabalho para a discussão da Terapia Ocupacional em uma abordagem social, consiste em evidenciar as possibilidades de trabalho que venham agregar maior valor e conhecimento à população envolvida por meio do estudo socioambiental e da mudança de hábitos que interferem na saúde.

Este trabalho visou investigar as condições socioambientais de Santa Fé e propor estratégias de abordagem em saúde que melhor se adaptem à realidade da comunidade, em um ambiente reflexivo e questionador acerca dos fatores de risco evidenciados.

2 MÉTODOS

O projeto, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Uberaba em março de 2009, sob o número de processo CAAE-0086.0.227.000-08, com duração de dois anos, e teve início em agosto de 2009.

O estudo sistêmico da comunidade foi realizado por meio de pesquisa descritiva exploratória com metodologia quantitativa e qualitativa, utilizando como instrumento de trabalho um questionário semiestruturado.

Como medida de teste e avaliação da qualidade do questionário, realizou-se a primeira aplicação do instrumento em seis famílias da Comunidade Santa Rosa, distante 8 km de Santa Fé, e que possuem características similares. As famílias entrevistadas entenderam a proposta de auxílio na construção do instrumento de trabalho, assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tal medida ofereceu parâmetros para elaboração de questões e adequação das mesmas para sua efetiva aplicação em Santa Fé, sendo definida a estrutura do questionário de forma mais abrangente, constando 41 questões, sendo 8 questões abertas e 33 fechadas, para levantamento de dados quantitativos e qualitativos. Os assuntos foram divididos entre as categorias: Educação, Economia Familiar, Saúde, Alimentação, Saneamento, Meio Ambiente, Meio Sociocultural, Tecnologia e Comunicação, seguidas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário foi aplicado em 101 famílias que residem na área urbana da comunidade Santa Fé, o que corresponde a 78% da população em estudo. As entrevistas foram realizadas no período entre 5 de setembro de 2009 e 8 de maio de 2010, aos sábados, no horário das 08h30 às 15h00, totalizando 23 dias de trabalho.

Os dados foram tabulados e descritos por méto-

do de contagem; e, por meio de colunas e gráficos, foram evidenciadas as principais intercorrências em saúde. O instrumento também foi utilizado para diagnosticar os anseios e perspectivas de trabalho dos participantes da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados das 101 famílias visitadas possibilitaram traçar o perfil populacional da comunidade. Na figura 1 pode-se observar que em Santa Fé, 15% das mulheres estão na idade adulto jovem, de 20 a 40 anos, e 10% na fase meia idade, entre 41 e 65 anos, cujos papéis ocupacionais variam entre mãe, esposa, cuidadora e trabalhadora. A quantidade de homens de meia idade, 41 a 65 anos, é de 17%, número superior à fase adulto jovem, considerada entre 20 e 40 anos, que corresponde a 15%. A relação entre homens e mulheres com idade acima de 65 anos é equivalente, cerca de 5% e 4% respectivamente, referindo-se a casais aposentados que moram sozinhos e, na sua maioria, dispõem apenas do benefício da aposentadoria como base de recurso mensal, estipulada em um salário mínimo.

A idade pessoal, segundo Trombly e Radomski (2008), influi sobre o desempenho ocupacional em três níveis: a) modificações das capacidades e habilidades; b) mudanças de objetivos, valores e prioridades; c) a maneira de encarar o mundo pelo indivíduo de acordo com a geração à qual pertence. Ressalta-se que a prática educativa em diversas faixas etárias facilita a abordagem cultural de cuidados com a saúde e com o meio ambiente, sendo elo de troca de experiências.

O número de crianças de 0 a 12 anos corresponde a 23% dos 368 pessoas que residem na comunidade. O número de adolescentes corresponde a 10% da população.

Das famílias com faixa salarial igual ou superior a 2 salários mínimos, 16% não têm filhos; o mesmo ocorre em 18% das famílias cuja renda mensal é de um salário mínimo. A menor incidência de filhos ocorreu no grupo de famílias que não possui renda fixa mensal. Por isso, em Santa Fé não se deve afirmar que existe relação inversa entre renda e número de filhos por família.

Na figura 2 observa-se a relação do número de crianças e adolescentes por faixa salarial familiar.

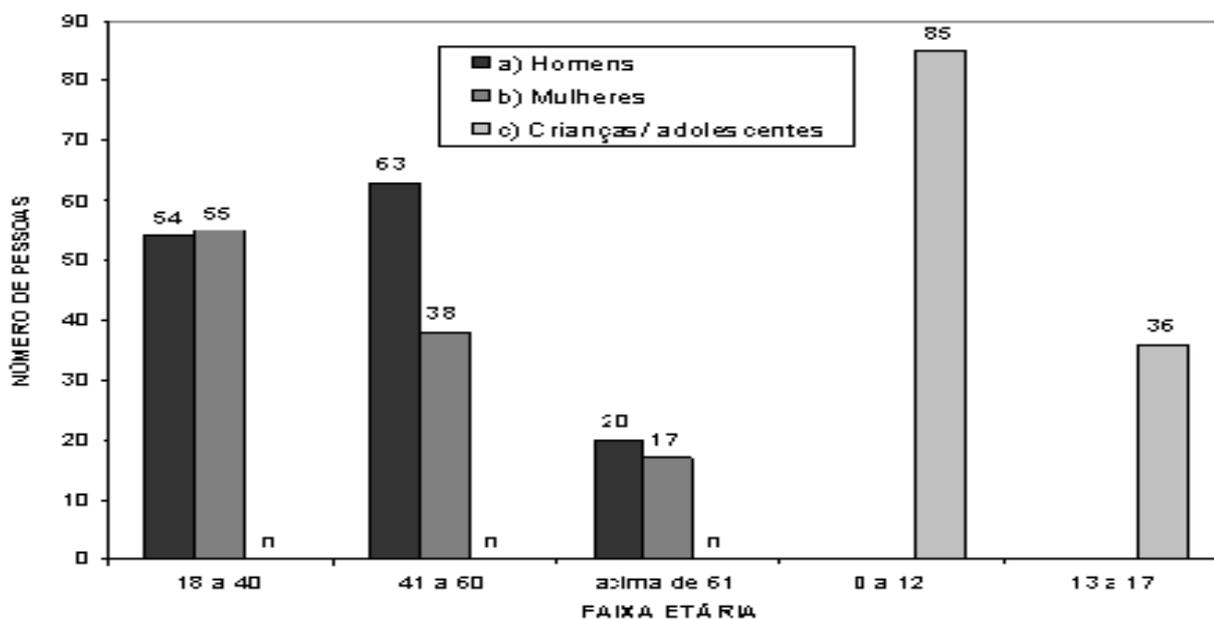


Figura 1. Faixa etária da população entrevistada

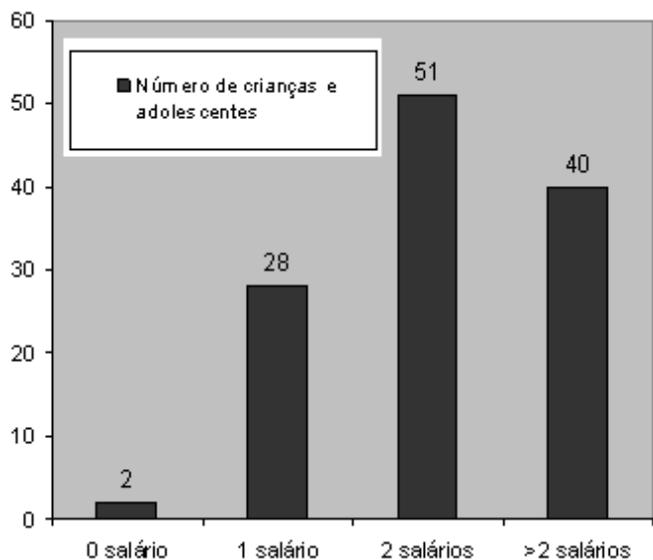


Figura 2. Relação de números de filhos por faixa salarial familiar

Com relação ao tempo de residência, 16% das famílias vivem há mais de 10 anos na comunidade; 17% entre 5 e 10 anos, 29% de 2 a 5 anos e 38% moram de 1 mês a 2 anos, configurando uma parcela significativa de pessoas que dispõem de pouco conhecimento sobre as características da comunidade e seu ambiente local.

O percentual de homens e mulheres que não concluíram o primeiro grau é de 10%. Essa população entende que cursar até a quarta série primária significa “estar formado”, conforme relatado durante as entrevistas. Porém, observa-se que esse pensamento não persiste nas gerações futuras, pois não foi verificada evasão escolar entre crianças e adolescentes do ensino fundamental. As crianças e adolescentes da comunidade Santa Fé cursam o primeiro grau na comunidade Santa Rosa.

Os estudantes que concluem o ensino fundamental, para dar continuidade aos estudos necessitam recorrer a Uberaba, pelo fato de Santa Rosa não dispor de ensino médio.

A porcentagem dos moradores que concluíram o 2º grau é de 4% e a não continuidade nos estudos referiu-se à falta de recursos financeiros para se deslocar até Uberaba e manter seus estudos. Os cursos técnicos e profissionalizantes foram concluídos por 1% dos entrevistados que, por motivo de aposentadoria, não mais exercem suas profissões.

A visão atual da educação trazida por Paulo Freire e descrito por Graciani (2008) é de uma atividade huma-

na que tem a capacidade de minimizar a alienação e conscientizar. O trabalho de educação ambiental na comunidade se faz necessário para que o mesmo contribua de maneira reflexiva e participativa na prevenção de doenças relacionadas a maus hábitos ou à falta de informações.

Quanto às atividades econômicas e o trabalho exercidos na comunidade, verificou-se, conforme a figura 3, que 26% das famílias possuem ao menos um membro que trabalha formalmente. 35% são trabalhadores informais, principalmente em época de safra de grãos comuns na região. A produção agrícola é a principal fonte de renda de 21% das famílias, 9% das famílias trabalham com a criação de animais para corte e 3% trabalha com produção de leite. Essa variabilidade de fonte de recursos se dá devido ao fato de Santa Fé ser um Núcleo Urbano de Desenvolvimento, onde é permitido desenvolver atividades comerciais, de serviços e industriais, associadas ao uso agropecuário, de extrativismo e atividades afins (UBERABA, 2007).

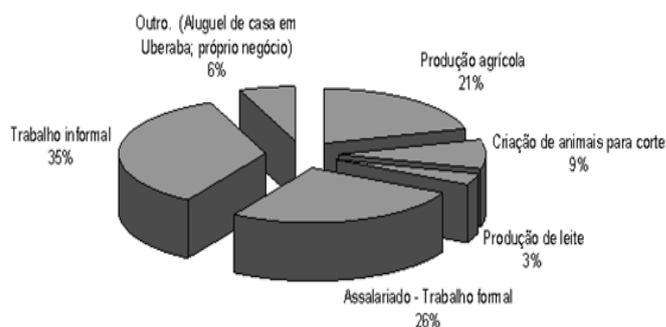


Figura 3. Atividades econômicas e de geração de renda

O tema saúde foi abordado considerando os casos recentes relatados pelas famílias entrevistadas. Foram verificados casos de doenças causadas por fatores genéticos, etários ou relacionados a maus hábitos em saúde. A incidência, por família, das intercorrências em saúde mais comuns verificadas no contexto de Santa Fé pode ser visualizada na tabela 1.

Tabela 1. Principais Intercorrências em Saúde

Problema de saúde	Prevalência por família
AVC	4%
Artrite/ Artrose	14%
Câncer/ tumores	9%
Depressão	22%
Diabetes	12%
Osteoporose	8%
Distúrbio de memória	10%
Problemas de coluna	32%
Distúrbios de visão	20%
Doenças cardiovasculares	19%
Dores de cabeça	11%
Hipertensão	46%
DST's	2%
Obesidade	4%
Transtornos respiratórios	15%
Transtornos de humor	11%

Além das principais intercorrências, ocorrem outros casos que, se analisados individualmente, são de baixa incidência, porém, se somados acometem 11% da população. Há relato de acometimentos, como: dor de barriga, chagas, hipoglicemia, hérnia umbilical, tireoide, colesterol, Parkinson, hanseníase, alergia a agrotóxicos, pancreatite aguda, alcoolismo, bursite, triglicérides, reumatismo, gastrite, desgaste ósseo e labirintite.

O número de hipertensos é significativamente alto nesse universo de pesquisa, sendo a maioria dos casos verificada na população idosa. A Hipertensão Arterial é a maior causa de morbimortalidade cardiovascular entre os adultos do mundo ocidental e se relaciona principalmente à alimentação, à profissão, ao tipo de trabalho, ao lazer, a hábitos, como tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, e às formas próprias de lidar com o estresse (JARDIM, 2005).

Os casos de diabetes relatados também estão ligados aos hábitos da vida cotidiana. Estima-se que existam no Brasil aproximadamente 5 milhões de diabéticos, sendo 5% a 10% portadores do tipo I e 90% do tipo II, cuja mortalidade, após o diagnóstico nesse caso, chega a 44% (MARCONDES et al., 2006). Não foi relatado pelos moradores o tipo de diabetes que os acomete, possivel-

mente pelo fato do não esclarecimento sobre qual seja.

Os problemas de coluna possivelmente estão relacionados a hábitos inadequados de vida e a condições precárias de trabalho e necessitam de maior investigação.

Os relatos de depressão, transtornos de humor e perda de prazer pela vida ocorrem principalmente entre as mulheres.

Dos casos de diabetes, hipertensão, distúrbios cardíacos e depressão, doenças que necessitam de acompanhamento medicamentoso, somente 55% utilizam medicamento controlado, sendo grande parte do mesmo oferecido pelo serviço de saúde.

Dos domicílios visitados, 53% possuem pelo menos um membro que é fumante; em 33% há uso contínuo do álcool por algum de seus membros. O relato do uso de drogas ilícitas se deu somente no Centro Holístico de Estudos e Tratamentos de Dependência Química e/ou Alcoolismo existente na comunidade, onde residem homens de diversas cidades e que estão em permanência para tratamento.

O consumo inadequado de álcool e de outras drogas é um importante complicador nas relações sociais. O álcool é uma substância psicoativa intimamente ligada a mudanças de comportamento que podem resultar em violência, embora haja vários fatores psicossociais que estejam envolvidos. Quanto maior a frequência do uso de álcool, maiores são as chances de ações violentas, segundo Oliveira et al. (2009). Além disso, o álcool é um facilitador de doenças como psicoses e demências. A sua combinação com doenças como Hipertensão Arterial e Diabetes pode incapacitar o indivíduo.

O levantamento de dados foi baseado apenas em relatos dos entrevistados, sem que houvesse averiguações por meio de medidas, escalas ou exames. Esses dados, ainda que baseados em relatos, são importantes para as Equipes de Saúde da Família, pois complementam os trabalhos realizados por elas. É necessária a confirmação desses casos e acompanhamento no diagnóstico e tratamento pelos profissionais de saúde.

Há na comunidade a presença do agente comunitário de saúde, sendo que 60% da população afirma ser visitada de 7 a 12 vezes ao ano; 17% de 1 a 6 vezes e 23% afirma não ser visitada.

Em caso de emergência e necessidade de auxílio à saúde, 88% da população recorre ao município de Uberaba e, quando não possuem veículo próprio, tornam-se dependentes de carona, ônibus ou ambulância. O itinerário do transporte coletivo prevê 3 horários tanto em dias úteis quanto em finais de semana, o que dificulta a locomoção em tempo hábil até os postos de atendimento.

Com relação à percepção sobre saúde, 37% da população a entende como “ausência de doenças”, como rege o modelo biomédico onde o trabalho é focado apenas na doença e seus efeitos. Esse era o conceito difundido na década de 70, onde a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízo de valores. (SCILLAR, 2007). Outros 63% entende saúde como o cuidado diário na prevenção e manutenção da saúde. Incluem-se o autocuidado, o lazer, o brincar, a educação, a participação e interação social e o trabalho.

Para 23% dos entrevistados, dormir é uma atividade de lazer e descanso; 15% afirmam não ter momentos de lazer e descanso, vivendo somente para o trabalho. No entanto, a comunidade precisa de uma nova tomada de consciência quanto às propostas de promoção da saúde preconizada pelo SUS, por meio de mudanças de hábitos e aderência a ações educativas.

A figura 4 mostra o que as pessoas fazem em seus momentos de lazer e descanso.

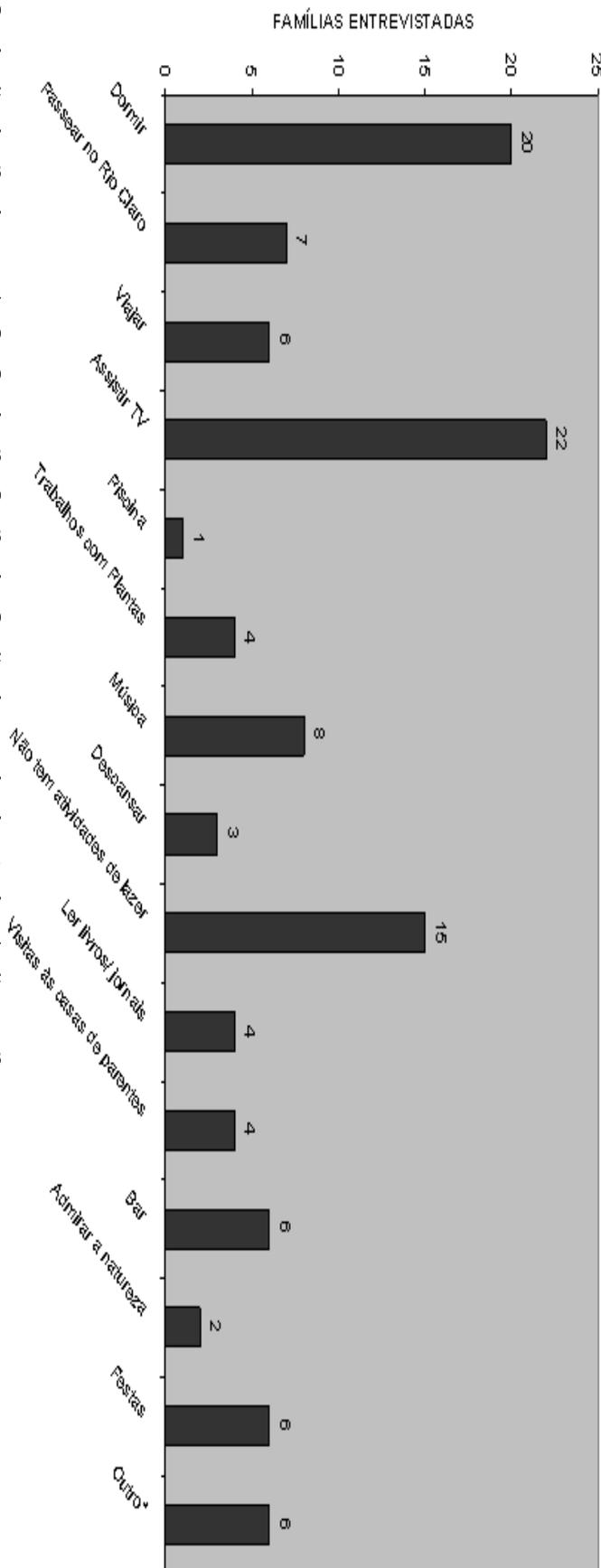


Figura 4. O lazer relatado pelas famílias
* Outro: churrasco com a família; jogar palavra cruzada; cuidar dos animais, tocar contra-baixo; jogar sinuca

Com relação às atividades sociais na comunidade, 16% das famílias entrevistadas relataram participar das reuniões da Associação dos Produtores Rurais de Santa Fé (APROSF); 30% participam de encontros religiosos; 32% em festividades; e 3% são membros de comitês ou sindicatos.

De acordo com os resultados obtidos, observa-se que medidas de prevenção e promoção em saúde devem ser priorizadas nesta comunidade. Devem-se adequar as ações educativas aos anseios e às necessidades mais emergentes.

As informações mostram que, apesar da grande necessidade de intervenção junto aos adultos, idosos e pessoas portadoras ou não de doenças crônicas, o trabalho de educação tanto social quanto ambiental nesta comunidade ganha maior força entre as crianças e adolescentes, pelo perfil de multiplicadores de ideias que eles constroem. A possibilidade do conhecimento e valorização do ambiente em que vivem e a inter-relação desse tema com os cuidados com a própria saúde facilitam o processo de apropriação e participação na busca por alternativas viáveis que possam minimizar os problemas existentes.

Neste sentido, a proposta do Viveiro Educador é uma alternativa que se adequa à dinâmica da comunidade, como um espaço aberto ao questionamento, construção e ampliação de possibilidades que auxiliem a minimizar os fatores que afetam a qualidade de vida.

O Viveiro Educador é preconizado pelo Ministério do Meio Ambiente como um recurso que propõe práticas de ampliação do conhecimento, valorizando a "ética, solidariedade, responsabilidade socioambiental, segurança alimentar, inclusão social, recuperação de áreas degradadas e outras possibilidades" (BRASIL, 2008).

Sato (2003) retrata que a educação ambiental trabalha com a sensibilização, que é um processo de alerta considerado como primeiro objetivo para alcançar o pensamento sistêmico da educação ambiental; compreensão, um conhecimento dos componentes e dos mecanismos que regem o sistema ambiental; responsabilidade, o reconhecimento do ser humano como principal protagonista para determinar e garantir a manutenção do planeta; competência, que é a capacidade de avaliar e agir efe-

tivamente no sistema ambiental; e cidadania ambiental, como a possibilidade de participar ativamente, resgatando os direitos e promovendo uma nova ética, capaz de conciliar a natureza e a sociedade.

A estratégia do Viveiro Educador é ser um local onde pode haver discussão sobre as informações adquiridas, que podem ser de forma verbal ou escrita, compreendendo as realidades e limitações dos recursos de trabalho disponíveis, antes de traçar as metas de intervenção de modo a promover a saúde da população e do ambiente através da participação e do trabalho.

O Viveiro Educador favorece a proximidade da população com os educadores e merece a atenção interdisciplinar na vertente da atenção primária, com foco educativo e preventivo no campo de saúde social e ambiental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados obtidos no levantamento epidemiológico, propõe-se a formação de grupos e oficinas utilizando recursos advindos da própria comunidade, salientando os desejos, valorizando saberes e integrando possibilidades e, por meio do Viveiro Educador, mobilizar a população no processo de valorização e cuidado com a saúde e com o ambiente. Medidas educativas, quando trabalhadas, ressignificam hábitos que interferem potencialmente no processo de minimização das doenças.

O Viveiro Educador, por si só, não é capaz de resolver todas as intercorrências em saúde, mas é uma ferramenta que possibilita o trabalho reflexivo e prático da potencialização de talentos e habilidades encontradas nas comunidades. Promove, ainda, uma melhor relação entre o meio ambiente e o homem, visando à saúde de ambos.

A soma dos trabalhos da Engenharia Ambiental e Terapia Ocupacional possibilita um despertar para a responsabilidade quanto às questões socioambientais, dispondo de ferramentas adequadas de intervenção educacional, o que viabiliza o trabalho na área de Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Secretaria de Articulação Institucional e Cidadania Ambiental. Departamento de Educação Ambiental. **Viveiros educadores: plantando vida**. Brasília: MMA, 2008. 84p.
- CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- GOULDBAUM, M.; ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ALMEIDA FILHO, N. de (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.
- GRACIANI, M. S. S. A perversidade social que engendrou a exclusão escolar gerou o analfabeto. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 67-75, jul./ dez. 2008. Disponível em: <<http://www.metodista.br/ppc/multiplas-leituras/multiplas-leituras-02/a-perversidade-social-que-engendrou-a-exclusao-escolar-gerou-o-analfabeto/>>. Acesso em: 16 ago. 2010.
- JARDIM, P. C. B. V. Simiotécnica e avaliação clínica do paciente. In: PORTO, C. C. (Orgs.). **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2005.
- MARCONDES, J. A. M. et al. Diabetes mellitus e envelhecimento. In: FILHO, E. T. de C. (Orgs.). **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. Saúde e Ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- OLIVEIRA, Janaina Barbosa ET AL. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 26, n. 6, Washington, Dec. 2009. Disponível em: <F:\Revista Panamericana de Salud Pública - Violence between intimate partners and alcohol use prevalence and associated factors.mht>. Acesso em: 13 mar. 2010.
- PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. **Terapia Ocupacional Aplicada à Área Social**: apostila básica. Uberaba: Universidade de Uberaba, 2002 (Xerox, 103p).
- PHILLIPPI JR, A.; SILVEIRA, V. F. Saneamento ambiental e ecologia aplicada. In: PHILLIPPI JR, A.; ROMÉRO, M. A.; BRUNA, G. C. (Eds.). **Curso de gestão ambiental**. Barueri, SP: Manole, 2007. Cap. 2. p. 19-52. (Coleção Ambiental, 1).
- SATO, M. A educação ambiental na Agenda 21 e na Carta da Terra. In: ZAKRZEWSKI, S. (Org.). **A educação ambiental na escola: abordagens conceituais**. Erechim, RS: EDIFAPES, 2003. v. 1, p. 105-127.
- SCILIAR, M. **História do conceito de saúde**. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.
- STARFIELD, Bárbara. Saúde Pública e Atenção Primária Orientada para a Comunidade. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Unesco, Brasil, 2004. ISBN: 85-87853-72-4.
- SUMSION, Thelma. **Prática baseada no Cliente na Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2003. ISBN: 85-7241-424-X.
- TROMBLY, C; RADOMSKI, M. **Terapia Ocupacional na Disfunção Física**. São Paulo: Ed. Santos, 2008.
- UBERABA. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Lei Complementar n. 376/07**. Dispõe sobre o Uso e Ocupação do Solo no Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.
- UBERABA. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Lei Complementar n. 359/2006**. Institui o Plano Diretor do município de Uberaba, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.
- UBERABA. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Lei Complementar n. 374/2007**. Dispõe sobre o Perímetro Urbano Uberaba. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

Enviado em: 20 de agosto de 2012

Aceito em: 28 de abril de 2013