



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO I**

**Levantamento de fatores de risco das Micro Áreas 1 e 2, da equipe
10 da Unidade Básica de
Saúde de Pinheiros: bases para a compreensão e atuação no
processo de trabalho e controle social na área de saúde**

CAMILA FORMAGGI SALES

CECÍLIA ALVES SILVA SANTOS

FABRÍCIO ITO

ISABELLA ROMERO RADO GALBIATE

JAMILLY GRAVA MIRANDA

JÉSSICA BARBOSA PARZEWSKI

KAREN FERNANDA RAMOS PEREIRA

MELINA KOMATSU DE SOUZA

SABRINA ROQUETTE

Maringá

2011

CAMILA FORMAGGI SALES
CECÍLIA ALVES SILVA SANTOS
FABRÍCIO ITO
ISABELLA ROMERO RADO GALBIATE
JAMILLY GRAVA MIRANDA
JÉSSICA BARBOSA PARZEWSKI
KAREN FERNANDA RAMOS PEREIRA
MELINA KOMATSU DE SOUZA
SABRINA ROQUETTE

**Levantamento de fatores de risco das Micro Áreas 1 e 2, da equipe
10 da Unidade Básica de
Saúde de Pinheiros: bases para a compreensão e atuação no
processo de trabalho e controle social na área de saúde**

Relatório de pesquisa apresentado como requisito parcial de avaliação da disciplina Seminário de Integração I, curso de Enfermagem, departamento de Enfermagem, CCS – UEM. Professores: Marcílio Hubner de Miranda Neto e Rozilda das Neves Alves.

Maringá

2011

SUMÁRIO

Resumo

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVO.....	7
3 METODOLOGIA.....	8
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	9
4.1 CALÇADAS.....	10
4.2 ESGOTO E ÁGUAS PLUVIAIS.....	13
4.3 SEGURANÇA.....	13
4.4 ANÁLISE DA FICHA A.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	23

RESUMO

Nesse trabalho foram abordadas as experiências vivenciadas durante o processo de visitação e os levantamentos relacionados às famílias e ao território das Micro Áreas 1 e 2 da equipe 10 de saúde da família da Unidade Básica de Saúde de Pinheiros. As microáreas 1 e 2 são formadas em parte pelo Conjunto Patrícia e parte pelo Jardim Liberdade – as 2 microáreas possuem ruas asfaltadas, rede de esgoto, coleta regular de lixo, além de localizarem-se próximo a Unidade Básica de Saúde de Pinheiros. Um dos maiores problemas observados nas Micro Áreas 1 e 2 foi a hipertensão arterial, o que guarda relação com outros problemas de saúde e também com questões relacionadas à acessibilidade, segurança, tabagismo, diabetes, falta de acompanhamento por profissionais da saúde e falta de acessibilidade em parte das calçadas. Para fundamentar as discussões que serão apresentadas no decorrer do trabalho visando o alcance dos objetivos da disciplina de seminários de integração I, buscamos na literatura a fundamentação teórica dos programas de saúde da família do Sistema Único de Saúde, bem como conceitos de saúde pública, de controle social e de diversas disciplinas de maneira a ter uma compreensão interdisciplinar do problema hipertensão no contexto de um território, de sua população e dos riscos a que a população está exposta. Visando no futuro por meio do processo de trabalho e do controle social colaborar para amenizar o problema.

PALAVRAS CHAVES: seminário de integração, população, território, risco.

1 INTRODUÇÃO

O Curso de enfermagem da UEM tem objetivo formar enfermeiros com competência técnico-científica e política nas áreas assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisas, desempenhando suas atividades profissionais junto a indivíduos, família e grupos sociais visando a promoção, a proteção, a prevenção, a manutenção e a recuperação da saúde, por meio de uma prática profissional norteada pela reflexão crítica do processo saúde-doença, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (referência).

A primeira série tem como eixo integrador “o cuidado na sociedade”. O objetivo da série é “compreender o processo saúde-doença, a enfermagem, o ser enfermeiro, o indivíduo, a família e a comunidade na sociedade e suas relações com o atual modelo do sistema de saúde: o SUS.” Dentre as diversas disciplinas ofertadas no primeiro ano a disciplina “Seminários de Integração I” é a que busca envolver os docentes de todas as disciplinas da série e todos os acadêmicos em atividades práticas ocorridas no território de abrangência de uma unidade básica de saúde. Esta disciplina tem como objetivo possibilitar aos acadêmicos a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que lhe permitam conhecer um território, sua população e riscos, de maneira a permitir-lhes elencar um problema para ser trabalhado na disciplina de seminários de integração II que tem por objetivo “conhecer os serviços e os

processos de trabalho na área da saúde, em um dado território. Discutir ações locais relacionadas à participação social no SUS.” Complementando as ações anteriores a disciplina Seminários de Integração III tem por objetivo: “analisar a realidade de saúde no território. Implementar ações em saúde com ênfase na integração ensino-serviço-comunidade.”

Um dos primeiros pontos a ser compreendido pelos alunos é que à partir da criação do SUS, em 1988, por meio da Constituição Federal, e sua regulamentação por meio da Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080 e 8.142/1990), proporcionaram à população brasileira participar nas decisões de implementação e aplicação de políticas públicas de saúde. Santos (2009) argumenta que a participação dá-se pela presença da sociedade por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, nas 3 esferas de representação do SUS (Municipal, Estadual e Federal).

Acreditamos que para acontecer a boa atuação profissional do enfermeiro no SUS ele deve conhecer a terminologia empregada no sistema, sua regulamentação e suas estratégias de ação. Além disso, os membros das equipes de saúde devem atuar como profissionais que compreendem o sistema e de maneira continuada esclarecem a população sobre seus direitos e deveres junto ao SUS propiciando desta maneira não somente a utilização, mas também a participação na delimitação de políticas públicas para a saúde e no estabelecimento das prioridades de cada UBS, em outras palavras tanto os profissionais quanto os usuários devem estar aptos a promover e participar do controle social em saúde.

Segundo Costa e Noronha (2003) o controle social é uma forma de participação da sociedade nas decisões e avaliações dos serviços de saúde e está inerentemente relacionado a aproximação territorial entre gestores e usuários.

Nosso primeiro passo enquanto acadêmicos e futuros profissionais da saúde que poderão atuar nas equipes do SUS ou fazer encaminhamentos de outros serviços em que estivermos atuando para o SUS ou ainda utilizar o sistema enquanto cidadãos foi dado na disciplina de seminários de integração onde teoria e prática vem nos permitindo conhecer os aspectos teóricos ao mesmo tempo que procuramos vivenciá-los na prática junto à comunidade. Cientes da necessidade de compreensão da terminologia empregada no SUS destacamos a seguir àqueles que tivemos que nos familiarizar na primeira série.

O primeiro termo importante para esse trabalho é o de território que tem inúmeras definições, dentre elas uma que correlaciona território e saúde, onde território tem um caráter político-administrativo e compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la, podendo ser: vários bairros de um município ou vários municípios de uma região

(ALMEIDA, et al.1998). Assim, temos que os modelos assistenciais se relacionam e se respaldam no território abrangido.

Outro conceito importante é o de risco, segundo Almeida Filho (1989), "a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo". Assim, fator de risco é "um aspecto do comportamento pessoal ou do estilo de vida, da exposição ao meio ambiente, ou uma característica própria ou herdada do indivíduo que se sabe, tendo como base a evidência epidemiológica ², estarem associados com condições importantes de se prevenir para proteger a saúde. O fator de risco representa uma probabilidade maior de ser atingido por determinada afecção ou dano." (LUÍS REY, 1999).

Já o conceito de família está sempre em constante transformação, sofrendo variações culturais, históricas e sociais. Entre muitas definições temos a de que Família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde. (ELSEN e PATRÍCIO, 1986). Entendemos o conceito de família como essencial e indispensável para a realização desse trabalho porque a família é o objeto do processo de trabalho dos profissionais da saúde e interfere diretamente na realização desse trabalho.

Por conseguinte, apresentamos o termo população que segundo Milton Santos (1989) é o conjunto de pessoas que residem em determinado território, que pode ser uma cidade, um estado, um país ou mesmo o planeta como um todo. Ela pode ser classificada segundo sua religião, nacionalidade, local de moradia (urbana e rural), atividade econômica (ativa ou inativa) e tem seu comportamento e suas condições de vida retratada através de indicadores sociais – taxas de natalidade, mortalidade, expectativa de vida, índices de analfabetismo, participação na renda, etc.

Através dessas definições poderemos compreender melhor a relação existente entre esses termos, como eles interagem na comunidade e sua importância para o nosso trabalho.

2 OBJETIVOS

- Conhecer população, território e risco do ponto de vista teórico e aplicar estes conceitos nas Micro Áreas 1 e 2 da equipe 10 da Unidade Básica de Saúde de Pinheiros – Maringá – PR preparando-se para dar início ao processo de trabalho e ao controle social na área de saúde.

- Compreender a utilização da ficha A enquanto instrumento de levantamento de dados de uma população;

- Sistematizar os dados levantados e elencar um problema relevante de saúde para ser trabalhado na disciplina de Seminários de Integração II. E para nortear as atividades de controle social.

3 METODOLOGIA

A estratégia para realização do estudo consistiu de várias etapas:

- Estudos teóricos em sala de aula;
- Visita de reconhecimento às Micro Áreas 1 e 2 acompanhada dos professores e das agentes de saúde da equipe 10 visando conhecer os limites de cada território;
- Análise descritivo-exploratória, mediante um levantamento de dados sócio-ambientais realizado através da atividade de observação do local, interação com a população e do preenchimento da Ficha A (instrumento do Programa Saúde da Família) no período de maio a julho de 2011;
- Ida ao posto de saúde para interação com a enfermeira da equipe e agente de saúde para coleta de informações sobre o território e sua população e fatores de risco;
- Realização de pesquisa bibliográfica em livros, periódicos e internet, buscando fundamentos para a compreensão dos conceitos e subsídios científicos e metodológicos para a consecução do trabalho escrito;

A coleta de dados para essa pesquisa teve um período de abrangência do dia 05 de maio de 2011 ao dia 02 de setembro de 2011. No decorrer do trabalho ocorreram debates entre os integrantes do grupo e visitas às Micro Áreas para efetuação da coleta de dados e preenchimento da ficha A.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer o território é um dos principais objetivos da disciplina de Seminários de Integração I. A princípio parece fácil, entretanto o território de atuação de um grupo (Micro Área), tem que ser compreendido em interação geográfica, humana e social com os territórios onde atuam outros grupos, quer seja o conjunto de Micro Áreas de cada equipe de saúde ou ainda de toda a Unidade Básica de Saúde.

“A apropriação dos espaços locais é determinante na adequação das práticas sanitárias às reais necessidades de saúde da população, exigindo dos gestores esforços e prioridades na identificação dos desenhos já existentes, que devem ser trabalhados respeitando-se as situações regionais e suas peculiaridades. A territorialização consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região.” (BRASIL.MINISTERIO DA SAUDE, 2006, p.15-16)

Segundo Monken et AL (2009) o território da saúde coletiva é o local onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. Para os referidos autores conhecer o território tem por objetivo prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Destacam que território é, ao mesmo tempo:

- ☐ o território suporte da organização das práticas em saúde;
- ☐ o território suporte da organização dos serviços de saúde;
- ☐ o território suporte da vida da população;
- ☐ o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar;
- ☐ o território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Buscando unir teoria e prática ao mesmo tempo que estudamos o conceitos de território, risco e população deu-se início ao reconhecimento do território de atuação de nosso grupo. Foi nos atribuída a micro-área 2 da equipe 10 da UBS de Pinheiros. Esta Micro Área “está descoberta” termo utilizado para designar as Micro Áreas que não possuem um agente de saúde. Para termos o primeiro contato com o território compreendido na Micro Área 2, alunos e professores contaram com o auxílio de uma agente de saúde de outra Micro Área que nos acompanhou a uma visita de reconhecimento feita de maneira coletiva à bordo do ônibus da universidade. Conforme destaca Silva et. al. (2001) para reconhecimento do território é necessário um “passeio ambiental” pela área de abrangência a ser pesquisada. O uso de um veículo coletivo com cerca de 50 pessoas à bordo, como ocorreu nesta nossa primeira visita, torna-a um tanto conturbada, o que a nosso ver dificulta o reconhecimento do território de atuação de cada grupo. Este caráter somado ao fato de termos contado com 3 agentes de saúde para atender 6 grupos simultaneamente resultou em ruídos na comunicação e desta maneira acabamos por interpretar um outro território como pertencendo a Micro Área 2. O que nos levou a fazer o levantamento em parte com a população da Micro Área 1. Como não havia nenhum grupo de alunos trabalhando com a Micro Área 1, fomos autorizados pela coordenação da disciplina atuar com as 2 Micro Áreas. Acreditamos que o erro cometido no primeiro momento ocorreu também por falta de dendo ser realizado de carro ou a pé. um mapa onde estivesse delimitado o território da Micro Área para ser consultado antes da visitação, entretanto naquela ocasião o mapa não estava disponível”. Num segundo momento o grupo pode consultar o mapa, e então ter a real noção do território em que deveria atuar. Cabe destacar que a ausência de uma agente de saúde também contribuiu, pois dentre suas atribuições está “trabalhar com a descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea”. A territorialização é tão importante que no documento que trata da política Nacional de Atenção Básica é colocado como uma das atribuições comuns à todos os profissionais que integram a equipe de saúde participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (Ministério da Saúde 2006).

Uma vez resolvida as questões relacionadas ao conhecimento dos limites do território, demos continuidade ao processo de avaliação das características físicas do território e também de conhecimento de sua população e dos riscos de saúde.

Ao percorrermos as ruas a pé num primeiro momento acompanhado dos professores e posteriormente enquanto grupo, procuramos realizar as observações seguindo as recomendações de Silva et al (2001) “A observação pelos pesquisadores deve ser no geral e em particular, salientando aspectos físicos da área, como topografia, condições e densidade das habitações, sistemas de drenagem, eventual presença de esgoto à céu aberto, acúmulo de lixo, córregos, e outros aspectos visíveis que indiquem diferenças nas condições de vida entre os residentes da área”.

Buscamos simultaneamente identificar na literatura o conceito de território, termo que tem inúmeras definições, dentre elas uma que correlaciona território e saúde, onde território tem um caráter político-administrativo e compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la, podendo ser: vários bairros de um município ou vários municípios de uma região (ALMEIDA, at.al.1998). Assim, temos que os modelos assistenciais se relacionam e se respaldam no território abrangido.

O território que compõe as Micro Áreas 1 e 2 da Equipe 10 de Saúde da Unidade Básica de Saúde de Pinheiros pertencem ao Conjunto Patrícia (microárea 1) e parte do Jardim Liberdade e do Conjunto Patrícia (microárea 2).

Durante as visitas preenchemos a ficha A ou ficha para cadastramento das famílias. A Ficha A é o instrumento utilizado pelos agentes comunitários de saúde durante a primeira visita feita a uma família para realizar o cadastramento (Brasil- Ministério das Saúde 2003). Além do cadastramento cabe aos agentes de saúde manter os cadastros atualizados (Ministério da Saúde 2006). Estas determinações não vem sendo cumpridas nas microáreas 1 e 2, pois nem todas as famílias estão cadastradas e as fichas existentes estão desatualizadas.

Vemos aí uma situação em que uma população com maiores esclarecimentos, ou estudantes formados numa perspectiva de exercício pleno da cidadania em um país que quer ofertar serviços públicos numa perspectiva verdadeiramente democrática poderia intervir realizando o chamado controle social feito pelo cidadão de duas maneiras:

- 1- Cobrando da esfera administrativa pertinente a contratação de agentes de saúde para que as microáreas não fiquem descobertas;
- 2- Cobrando dos agentes de saúde que cumpram seu papel no cadastramento das famílias, na atualização das informações dentre outras atribuições para ele previstas.

Embora as duas microáreas e o conjunto de ruas que as compõe estejam contidas numa pequena área geográfica eram marcantes as diferenças no tocante acessibilidade, sensação de segurança, limpeza pública, nível das residências, conhecimento e contetamento com os serviços públicos de saúde. As condições percebidas estão descritas a seguir.

4.1- Calçadas

Em todas as ruas foram encontrados desníveis nas calçadas o que pode constituir-se em uma barreira para a mobilidade e acessibilidade de pessoas idosas e com necessidades especiais. Em diversos locais foram encontrados materiais de construção obstruindo o trânsito dos pedestres. Com relação a arborização em diversos locais as calçadas tocam o tronco das árvores ou estão partidas pela ação das raízes. Em alguns casos a relação das calçadas com as árvores respeita os espaços do vegetal e se agrega jardinagem feita e cuidada pelos moradores.

Chamou a atenção do grupo o fato de um cadeirante, cuja deficiência física deve-se a paralisia infantil, viver na rua Patrícia, uma rua com forte declive e cujas calçadas possuem muitos desníveis do tipo degrau, muitos buracos, raízes de árvores expostas e materiais de construção o que inviabiliza a circulação de cadeiras de rodas. Por outro lado a rua é muito movimentada com alto tráfego de ônibus, carros e caminhões. Somado aos problemas de acessibilidade e de movimentação da rua o morador vivia com a irmã que por trabalhar fora não dispunha de tempo para proporcionar-lhe um maior convívio social.

Os problemas verificados nas calçadas parecem resultar do desconhecimento de proprietários, pedreiros e população em geral. Constatou-se surpresa para os acadêmicos de enfermagem deste grupo de trabalho descobrir que existem leis municipais que dispõe sobre as características das calçadas e sua manutenção.

Com respeito a conservação das calçadas de Maringá a lei complementar 335/99 estabelece “Art.109. Quando os passeios se acharem em mau estado, a prefeitura intimará os proprietários a consertá-los no prazo máximo de 90 dias”. O que pudemos perceber é que esta lei não vem sendo cumprida pois haviam calçadas em péssimo estado de conservação. Neste caso podemos afirmar que falta aos moradores formação para cobrar dos vizinhos o cumprimento da lei referente às calçadas e conseqüentemente o respeito ao seu direito de ir e vir com segurança. O problema é ainda mais relevante quando consideramos as pessoas com necessidades especiais. Verificamos, portanto uma dificuldade da população em aplicar princípios básicos de controle social quer seja cobrando de outros cidadãos o respeito à lei e aos seus direitos, bem como de acionar e cobrar da prefeitura que deixe de omitir-se e faça cumprir o artigo 109.

O problema de acessibilidade estende-se também a muitas calçadas em bom estado de conservação, mas que entretanto ao serem construídas centralizam as faixas de terra para permeabilização de água e com isto não respeitam a faixa de no mínimo 1,5 metro para tráfego de pedestres, o que garantiria inclusive uma boa acessibilidade para cadeirantes.

Art. 105. Os proprietários de imóveis com frente para logradouros públicos pavimentados, ou dotados de meio-fio e sarjeta, serão obrigados a pavimentar, a suas expensas, o passeio público em toda a testada do lote, atendendo às seguintes normas:

I - os passeios terão declividade transversal mínima de 2% (dois por cento) e máxima de 5% (cinco por cento), devendo suas declividades transversal e longitudinal ser definidas a partir da altura do meio-fio.(NR) (alterado pela LC 340/00)

II - nas zonas residenciais os passeios serão divididos em três faixas longitudinais, conforme Anexo IV desta Lei, a saber:

- a) uma faixa pavimentada, com largura de 0,60m (sessenta centímetros), junto ao meio-fio;
- b) uma faixa pavimentada, com largura de 1,50m (um metro e cinquenta centímetros), junto ao alinhamento predial;
- c) uma faixa intermediária a ambas, contendo vegetação rasteira, destinada à permeabilidade do solo, abrangendo o eixo da arborização pública; (Lei complementar 335/99 Câmara Municipal de Maringá Paraná)

Promulgar leis não é suficiente. É preciso torná-las conhecidas pela população e por trabalhadores cuja atuação implicarão diretamente em sua aplicação. Entendemos que os graves problemas das calçadas de Maringá somente serão solucionados quando engenheiros, arquitetos e principalmente pedreiros forem alertados sobre a referida lei. Aliado a isto será necessária uma ação fiscalizadora eficaz por parte da prefeitura e de cada cidadão.



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.

Fotos de 1 à 4 – características das calçadas nas micro áreas 1 e 2 da equipe 10 de saúde da UBS de pinheiros

4.2 - Esgoto e águas pluviais

Todas as residências são ligadas ao esgoto, e as galerias pluviais estão desobstruídas não havendo acúmulos de entulhos ou água parada em seu interior. Entretanto encontramos um bueiro com a tampa quebrada o que põe em risco a segurança dos transeuntes. Esta realidade é muito diferente daquela encontrada em outros bairros de Maringá como nos

conjuntos João de Barro e Itaparica onde Lavagnoli et al (2010) constataram a existência de ruas onde todos os bueiros estavam obstruídos inclusive alguns com árvores adultas em seu interior mostrando a ineficácia do poder público em manter a qualidade do serviço público de saneamento, bem como de fiscalizar e coibir a ação de moradores que colaboravam com o entupimento dos bueiros com lixo e restos de materiais de construção. Por parte dos moradores também ficava evidente a falta de exercício da cidadania zelando para que a qualidade da drenagem de águas pluviais fosse mantida por meio de galerias limpas e desobstruídas, bem como de cobrar de maneira contundente da prefeitura que cumprisse com o seu papel na desobstrução dos bueiros e galerias de águas pluviais.

4.3 – Segurança

Os relatos da população em relação à segurança diferem entre as ruas. Em uma delas todos os entrevistados referiram sentir-se seguros por haver dois policiais, um aposentado e outra na ativa, morando perto de suas residências. Nas demais ruas a população queixou-se de insegurança devido à falta de patrulhamento e grande incidência de assaltos à residências. Somando-se a problemática mencionada um membro da equipe da saúde referiu existirem 2 pontos de tráfico de drogas no bairro e membros da população local relataram ser comum grupos de jovens que se reúnem na madrugada para consumir drogas. Muitos estabelecimentos comerciais da região já foram alvo de furtos e de assaltos.

A insegurança da população e suas tentativas de contornar o problema é evidenciada pela existência de grades, muros com cacos de vidro e arame farpado cercas elétricas, portões extras de segurança, cães para alerta.

As questões levantadas representam uma ameaça à segurança pública. O que deve ser garantido pelo poder público utilizando-se para isto dos recursos oriundos dos impostos que todos cidadãos pagam.

A Sensação de insegurança causada pela violência urbana somada à falta de policiamento são fatores que levam a população a buscar soluções domésticas e isoladas para sua segurança e de seus bens.

Vale destacar que de acordo com a lei orgânica do município de Maringá cabe ao governo municipal zelar pela segurança pública.

“Art. 184 - A segurança pública, também dever do Município, direito e responsabilidade de todos, será exercida, para a preservação da ordem pública e incolumidade das pessoas e do patrimônio, no âmbito de competência do Município, com a participação da Guarda Municipal”. (Lei Orgânica do Município de Maringá , edição atualizada de 2010).

4.4 – Análise da Ficha A

Como já mencionado anteriormente as fichas A disponíveis eram desatualizadas, e por isso os dados apresentados a seguir são baseados nas 30 fichas A preenchidas pela equipe do presente trabalho.

Por ocasião do preenchimento da ficha A, em diversa residências a população mostrou-se desconfiada com a ação dos alunos. A Maioria dos entrevistados utiliza plano de saúde por considerar o atendimento do SUS muito demorado. Houveram queixas de falta de esclarecimento sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e desconhecimento do direito de obter gratuitamente medicamentos, como foi o caso de um de paciente com hipertensão arterial. Nos defrontamos também com situação inversa como a de uma professora aposentada que utiliza os serviços da equipe de saúde para tratamento médico e odontológico e diz-se muito contente com o trabalho. Ao comunicarmos as queixas à equipe de saúde durante reunião de docentes, acadêmicos e equipe as agentes de saúde referiram que os pacientes recebem as orientações porém muitas vezes mentem dizendo que não foram informados.

Frente aos fatos e as situações contraditórios entendemos que pessoas de melhor nível cultural que se propõe a utilizar o atendimento da UBS logram mais sucesso por terem maior conhecimento dos seus direitos e maior facilidade de buscar informações. Por outro lado a população mais simples e carente muitas vezes não sabe buscar as informações e às vezes pode ter maior dificuldades para exigir seus direitos. A consulta as atribuições dos agentes de saúde revela o seu papel, enquanto membro da comunidade, na oferta de informações sobre aspectos preventivos envolvido no espectro saúde/doença e nos serviços prestados pela equipe de saúde da família.

Nos casos das microáreas 1 e 2 que encontram-se sem agentes de saúde com certeza um importante canal de comunicação encontra-se interrompido. A falta de agentes de saúde parece ter-se tornado crônica, pois segundo relatos de docentes desde a implantação da disciplina de seminários de integração I tem se verificado quadros incompletos nas equipes de saúde como falta de médico, de enfermeiro, auxiliar e mais comumente de agente de saúde.

Verifica-se também uma tendência de membros das equipes a ofenderem-se sempre que os problemas de saúde de um território são apresentados e atribuir a não resolução apenas ao desinteresse da população.

A partir da análise das fichas A preenchidas das Microáreas 1 e 2, os resultados foram organizados nas tabelas e gráficos abaixo:

VARIÁVEIS	FICHA A
Pessoas	97
Homens	48
Mulheres	49
Total	97

Fonte: Ficha A.

Idades	Mulheres	Homens
0 – 14	4	13
15 – 29	7	9
30 – 59	24	21
+ de 60	13	5
sem idade	1	

Fonte: Ficha A.

Tabela 1 e 2- Características demográficas da população da Microáreas 1 e 2, pela Ficha A. Junho de 2011.

As Tabelas 1 e 2 nos mostram as características demográficas da população residente nas Microáreas 1 e 2, segundo o preenchimento da Ficha A. Ao todo após a análise da Ficha A, foram contabilizados 97 pessoas, onde 48 são homens e 49 são mulheres. Foram registrados e separados sexo de idade, onde se encontra 4 mulheres de 0-14 enquanto de homens são 13; de 15-29 anos foram encontradas 7 mulheres e 9 homens; de 30-59, 24 mulheres e 21 homens; acima de 60 anos foram encontrados 13 mulheres e 5 homens. Dentre as entrevistas, não foi constatado a idade de uma pessoa, pois a informação foi dada por uma pessoa especial.

RELIGIÃO	FICHA A
Católicos	70
Evangélicos	24
Sem religião	3
TOTAL	97

Fonte: Ficha A.

Tabela 3-Religião (N) da população da Microáreas 1 e2. Junho, 2011.

Na Tabela 3 observa-se que ocorre a maioria de católicos com 70 pessoas, e 24 evangélicos; há também dados de 3 pessoas sem religião pois não foram disponibilizado as informações dentre 22 pessoas entrevistadas.

OCUPAÇÃO	FICHA A
Aposentado	16
Estudante	20
Assalariado Público	6
Assalariado	25
Desocupado	5
Autônomo	15
Do lar	10
Total	97

Fonte: Ficha A

Tabela 4- Ocupação (N) da população da Microáreas 1 e 2. Junho, 2011.

A ocupação da população das Microáreas 1 e 2, segundo a Tabela 4, está distribuída com 16aposentados, 20 estudantes, 6 assalariado público, 25 assalariados em outros ramos, 5 desocupado, 15 autônomos e 10 do lares.

ALFABETIZADOS	FICHA A
Sim	90
Não	7
TOTAL	97

Fonte: Ficha A.

Tabela 5-Alfabetização (N) dos moradores das Microáreas 1 e 2. Junho, 2011.

A alfabetização da população analisada pode ser considerada baixa, pois dos 97 entrevistados, 7 apenas relataram não serem alfabetizados, ou seja, 7%.

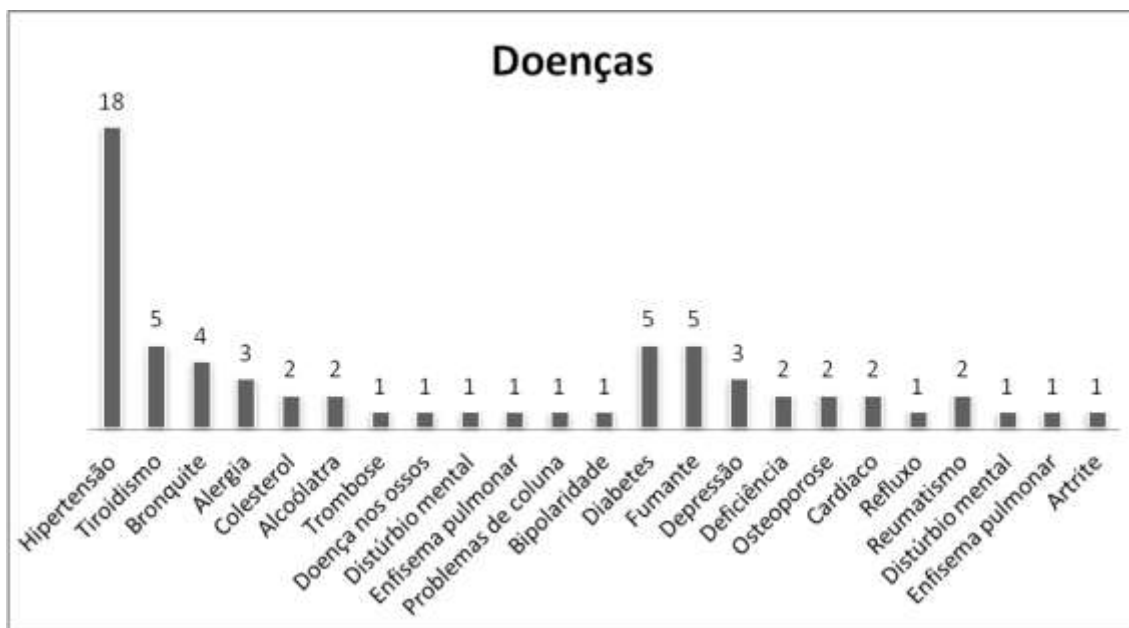


Gráfico 1-Doenças (N) existentes na população entrevistada. Junho, 2011.

O gráfico 1 nos mostra que nas microáreas 1 e 2, onde se concentra a maioria da população idosa da Micro Área, as doenças existentes são Hipertensão Arterial, Diabetes e problemas na Tireóide, que como se sabe, as duas primeiras ocorrem geralmente em idade mais avançada.(BELAND e PASSOS, 1979).



Gráfico 2 – Planos de saúde que a população entrevistada utiliza. Junho, 2011.

O gráfico 2 nos mostra a porcentagem da população que utiliza plano de saúde particular (70%) e os que utilizam apenas o SUS (30%).

COINSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão arterial foi o problema de saúde de maior incidência (28%), seguido do diabetes (8%) e do tabagismo (8%).

A Alta incidência da de hipertensão arterial pode ser relacionada a diversos fatores de risco evidenciados no território e por hábitos da população. Os problemas de acessibilidade decorrentes da conservação e ou obstrução de calçadas somados à falta de uma política de oferta de atividades físicas e de lazer aumentam o ócio e o stress concorrendo para desencadear o diabetes e a hipertensão.

A falta de segurança urbana é mencionada por Neto (2003) como obstáculo para quem pretende realizar atividades físicas. Além disto, cabe destacar que a falta de segurança dos moradores “denunciada” pela presença de diferentes aparatos como cercas elétricas, caco de vidros nos muros, grades etc. causam um estado de constante tensão ou “stress” o que pode tornar crônica a produção de níveis elevados de cortisol e adrenalina, além de aumentar os níveis de alerta comprometendo a qualidade do sono, fatores que somam-se para causar hipertensão.

O Cigarro é também apontado como importante agente etiológico de doenças cardiovasculares (CASTRO et al. 2005).

Os hábitos alimentares podem ter forte influência, pois sal e colesterol podem ser forte causadores de hipertensão. Conforme relato de uma agente de saúde a população atendida pela equipe de saúde tem o hábito de ingerir “comidas engorduradas”.

Indubitavelmente a hipertensão é um grande problema de saúde pública, tratar seus sintomas é uma ação curativa que não evita seu surgimento em outros sujeitos realimentando e mantendo o elevado percentual de hipertensos na população. São necessários esforços contínuos envolvendo equipes de saúde e diversos membros da sociedade que possam constantemente explicar as formas de prevenção para populações distintas e repetidamente para a mesma população, pois somente assim poderá ser percebida os trabalhos preventivos. A mudança cultural necessária não se consegue com uma única visita de um agente de saúde ou de um grupo de alunos. Também não se resolve com uma única palestra, é necessário ter um olhar amplo para o território e seus riscos de maneira a delinear o que está sendo feito, o que falta fazer, quais as áreas mais críticas.

Em suma é necessário que cada um contribua com seus conhecimentos da área da saúde, da educação, do esporte e do lazer, da segurança entre outros. É preciso que cada cidadão perceba que sua saúde faz parte de um grande contexto e que ela pode ser ameaçada pela calçada não conservada, pela ausência de espaços de convivência e lazer, pela falta de segurança pública, pelos hábitos alimentares, pelo uso do tabaco e do álcool, pela falta de profissionais contratados pelo poder público para atuar nas diferentes áreas que podem repercutir na saúde e levar à hipertensão dentre eles: Membros das equipes de saúde da família; profissionais de educação física para atuar em centros esportivos e academias alternativas; policiais para melhorar a segurança; nutricionistas; e fiscais que impeçam o entulhamento e deterioração de calçadas etc.

Enfim é preciso exercer um forte controle social pois a atenção nestas amplas áreas tem com certeza um elevado custo financeiro que poderá ser custeado com o dinheiro dos impostos que pagamos mas para isto é preciso fiscalizar para que ele seja bem aplicado. É preciso também cobrar dos membros do poder legislativo a elaboração de políticas públicas voltadas verdadeiramente para a humanização da sociedade. É preciso acreditar nos poderes conferidos ao povo pela constituição de 1988 e deixar de assumir uma postura acomodada, mobilizar-se e fazer com que os “eleitos” se coloquem realmente a serviço dos eleitores e não de interesses escusos de grupos afortunados.

É preciso lembrar que a criação do SUS, em 1988, por meio da Constituição federal, e sua regulamentação por meio da Lei orgânica de Saúde (leis 8080 e 8.142/1990), proporcionaram à população brasileira uma participação nas decisões de implementação e aplicação das políticas públicas de saúde. Segundo Costa e Noronha (2003), o controle social constitui uma forma de participação da sociedade nas decisões e avaliações para reestruturação dos serviços de saúde no Brasil e está inerentemente relacionado ao processo de descentralização em consequência da aproximação territorial entre usuários e gestores o que permite uma maior eficácia da ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios em relação ao SUS no contexto em que se denomina controle social.

A compreensão de controle social deve ir além das ações desempenhadas pelos membros dos conselhos de saúde, cada cidadão usuário do sistema, cada profissional integrante do sistema de saúde e todos brasileiros que custeiam o SUS devem ter direito de opinar e se necessário exigir atendimento de qualidade, boa aplicação dos recursos, prestação de contas dos gestores. É preciso também que não se entenda o controle social apenas como uma ação fiscalizadora sobre os políticos eleitos e sobre àqueles que ocupam cargos comissionados, pois cada membro da equipe de saúde pode e deve ser socialmente controlado

pelo usuário que tem o direito e o dever de denunciar omissões, falta de cumprimento com o horário de trabalho, descumprimento das metas do programa de saúde da família ao qual estão vinculados. Se por um lado a população queixa-se de desconhecimento sobre seus direitos enquanto usuário do SUS e por outro membros da equipe de saúde argumentam que prestam esclarecimentos existe aí um indicio de que a estratégia empregada pela equipe em questão não é adequada, pois o objetivo não é medir forças com o usuário e sim prestar um atendimento descentralizado e humanizado. As queixas da população podem ser consideradas como um instrumento de controle social que se levado em conta pode resultar em mudanças de estratégias localmente.

SANTOS 2009 argumenta que o SUS não é um sistema de saúde concluído, mas a participação dos usuários nesse sistema, enquanto cidadãos, é essencial para garantia de acesso de forma igual e integral aos serviços de saúde. Assim, é evidente a utilização da educação popular como instrumento de estímulo da participação da população no cerne dos serviços de saúde. Por outro lado nos lembra Vasconcelos (2004), que todos os gestores em seus discursos enfatizam a necessidade da educação na promoção da saúde, mas investem muito pouco na educação do povo como meio de garantir a participação dos usuários no processo de gestão dos serviços de saúde.

Dentre as experiências que temos oportunidade de conhecer enquanto estudantes universitários nos parece que o aumento da participação coletiva nos processos de gestão dos serviços públicos, dentre eles da área de saúde poderão se tornar mais efetivos quando da aplicação dos módulos previstos pelo programa Nacional de Educação Fiscal. Pois este programa possibilita ao cidadão uma maior compreensão de seu papel no controle social dos gastos públicos e das ações dos administradores públicos. Dos 5 módulos previstos para a Educação fiscal entendemos que os 2 que se destinam ao ensino básico poderão formar futuros cidadão mais comprometidos com os serviços públicos. O módulo que se destina aos universitários poderá formar profissionais que além de seu papel técnico trabalhe e exerça ao mesmo tempo seus direitos e deveres enquanto cidadão. O módulo destinado aos servidores Públicos se abordados com o pessoal que já se encontra em serviço e com os docentes das Universidades poderá ampliar a visão de controle social quiçá abrindo as portas para um ensino mais comprometido com a cidadania ou de serviços de saúde em que as críticas do cidadão não sejam consideradas um insulto e sim uma pequena parte do esperado retorno social que permite o aprimoramento dos serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.S. et al. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, p. 11-25 (série Saúde & Cidadania).

BELAND, Irene L.e PASSOS,Joyce .**Enfermagem Clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. [tradução de Beti Raquel Lerner, Lídia Aratangy] – São Paulo: EPU: ed. Da Universidade de São Paulo, 1978-1979

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – **Regionalização Solidária e Cooperativa v.3 - Série Pactos pela Saúde** - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Regionalização Solidária e Cooperativa)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em 08 set. 2011.

CASTRO, Maria Euridéa de; ROLIM, Maysa Oliveira and MAURICIO, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta paul. enferm.* [online]. 2005, vol.18, n.2, pp. 184-189.

COSTA, A . M.; NORONHA , J. C. Controle social na saúde ; construindo a gestão participativa . **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro , v.27. n.65, p. 58-363, set./dez.2003.

COSTA, A.; NORONHA, J.C. Controle Social na Saúde: construindo a gestão participativa. *Saúde em debate* , Rio de Janeiro, v.67,n.65,p.358-363, set./dez.2003.

Dr. Turíbio Leite Barros Neto Sedentarismo. Disponível em : <http://emedix.uol.com.br/doe/mes001_1f_sedentarismo.php > . Acesso em 22 nov. 2011

ELSEN, I.; PATRICIO, Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. A enfermagem em pediatria e puericultura, Rio de janeiro: Atheneu, 1986. p. 169-79

ESTADO DO PARANÁ: Lei orgânica do município de Maringá. 2010. Disponível em: <<http://www.cmm.pr.gov.br/redacao/lom.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

LAVAGNOLI, A. S., et al. Micro área 2 – caracterização e apresentação dos fatores de risco da Micro Área 2, Casa 3, Unidade Básica de saúde de Pinheiros. 2010.

LUÍS, REY. Editora: Guanabara Koogan. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, ano 1999, segunda edição.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Disponível em : <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_3.pdf> . Acesso em 22 nov. 2011.

SANTOS, MILTON. O espaço do cidadão, São Paulo, Nobel, 1989.

SANTOS. E.M. Gestão Participativa: estratégia de consolidação do sistema único de saúde Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v.30, n.2, p.107-112, 2009.

SILVA, A. M. R., et al. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M. D. ; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. (org) Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. Da UEL, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v.14, n.1,p.67-83,2004.