

JENNIFFER PONSONI DOS SANTOS

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP.*

**PAULA VANESSA VALVERDE DINAMARCO
PONCE**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP.*

FÁBIO DE OLIVEIRA SILVA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP.*

*Recebido em janeiro de 2018.
Aprovado em março de 2018.*

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM BAIRRO DE INVASÃO NA ÁREA CONTINENTAL DE SÃO VICENTE/SP, EM UM CONTEXTO DE INCLUSÃO SOCIAL

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo, o levantamento do perfil epidemiológico dos moradores do bairro Fazendinha na cidade de São Vicente, que se trata de um bairro de invasão, avaliando o grau de satisfação da comunidade com relação à UBS; determinando a frequência de utilização com base nos dados sócio demográficos dos usuários. Modelo do estudo: Transversal descritivo, foi aplicado um questionário à 50 moradores do bairro. Os resultados encontrados foram uma maioria do sexo feminino, com 60,7%. A renda familiar ficou entre 1 e 2 salários mínimos que corresponde à 85,35% da população e que 41,1% dos entrevistados não trabalham. Em geral a insatisfação na maioria dos usuários é apenas quanto à demora no atendimento que pode ser justificado devido à alta demanda que se tem no bairro; falta de infraestrutura e recursos humanos.

Palavras-Chave: saúde pública; área de invasão; ubs; educação em saúde.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND HEALTH EDUCATION IN A NEIGHBORHOOD OF INVASION IN THE CONTINENTAL AREA OF SÃO VICENTE/SP, IN A CONTEXT OF SOCIAL INCLUSION

ABSTRACT

The current survey presented here has the objective of the rising epidemiological profile from the residents of the underprivileged community called Fazendinha, located in the outskirts of the town of São Vicente, Brazil. This is a community formed by people that have invaded a periphery area from São Vicente. This survey evaluates the levels of satisfaction from citizens of this community in face of the offers of healthy public services based on UBS (abbreviation of Basic Health Unit), determining the frequency of use based on the demographic data of the users. Study reference: Descriptive cross, which was applied a questionnaire (attached 1) to 50 neighborhood residents. The results found were mostly a majority of female gender, 60,7%. The familie's income among 1 and 2 minimum wage that corresponding 85,35% of population and that 41,1% of the interviewed are unemployed people. In general, the dissatisfaction of the most of users is only referring to the delay in the medical consultation that may be justified due to the huge demand in the neighborhood, lack of infra-structure and lack of human resources

Keywords: public health; invasion area; ubs; education in health.

INTRODUÇÃO

A antiga e tradicional concepção de saúde, fez com que o setor saúde ficasse impotente diante dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social (MONKEN, 2005). A exclusão/inclusão social são temas das políticas sociais, das políticas de saúde em geral; e já é conhecido de todos, que a atual conjuntura econômica promove a exclusão social de grande parcela da população que não tem poder de inserção na sociabilidade capitalista neoliberal (SILVA, 2002).

Atualmente o termo “empoderamento”, tem sido muito utilizado, e está presente, por exemplo, nas definições “saúde”, “promoção à saúde”, e “educação em saúde”. Através do empoderamento, a promoção à saúde busca fazer com que seja possível, tanto aos indivíduos como ao coletivo, um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas diferentes etapas, e com todas suas limitações, incluindo escola, domicílio, trabalho, e os coletivos comunitários (CARVALHO, 2008).

Ainda segundo Carvalho (2008), um indivíduo emponderado, é sinônimo de uma pessoa autoconfiante e independente; o que tem por objetivo fazer com que o indivíduo “tenha um sentimento de maior controle sobre a própria vida”; e a partir desta formulação busca-se estratégias para fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio.

Porém nas sociedades modernas ocidentais, pobreza e exclusão reforçam-se mutuamente, segundo Rodrigues (1999). A exclusão do mercado de trabalho, por exemplo, gera pobreza e esta impede o acesso a bens e serviços socialmente relevantes (habitação, saúde, lazer). Ele ainda afirma, que a exclusão surge da agudização das desigualdades.

Do SUS, partem princípios básicos: universalidade e igualdade a ações e serviços; participação da comunidade; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização, que deve estar de acordo com o artigo 198 da constituição; entre outros. Entretanto, deve-se lembrar, que há diversas implicações para a implantação do SUS (MACHADO et al. 2006).

O eixo relacional estabelecido entre os serviços públicos de saúde e os segmentos vulneráveis assume um caráter de fragilidade, devido à ausência de uma percepção clara e precisa dos problemas reais e das respostas realmente efetivas, que possam aliviar o sofrimento e fazer a manutenção de uma atenção à saúde integral, como preconizado pela Constituição Federal de 1988 (JUNIOR, et al, 2006).

As necessidades de saúde englobam boas condições de vida; acesso e utilização das tecnologias de atenção à saúde; vínculos entre usuário, profissional, e equipe de saúde, e o desenvolvimento da autonomia do paciente, apesar de não indicar uma definição precisa da expressão (SILVA, 2008).

Os serviços no campo da saúde, tornam-se mais eficientes quando se organizam com o foco no atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde - (CFF, 2014).

Atualmente o entendimento do processo saúde-doença tem evoluído consideravelmente, e já se entende que a mesma deve estar articulada com as condições de vida (MONKEN, 2005). Também é conhecido que este processo, envolve vários fatores dentre eles o agente etiológico, o hospedeiro e o meio ambiente, estando incluso nesse último os determinantes sociais (MARIOT, 2007).

E de acordo com Machado (2006), já se sabe que a atuação dos profissionais de saúde como agente de mudança, no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde.

É necessário instituir regras de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os diferentes saberes formais e não-formais, que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO, 2006).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo observacional.

Aplicação de questionário para levantamento de informações sobre a população. O questionário foi aplicado durante uma semana; acompanhado de termo de consentimento livre e esclarecido, à 50 pessoas.

O local da pesquisa é um bairro que foi invadido a cerca de 20 anos, sem asfaltamento, com esgoto à céu aberto, e pouquíssimas casas de alvenaria, a maioria são feitas com pedaços de madeira, e restos de materiais. Existem também algumas palafitas, pois há um rio no final do bairro, que já está sendo invadido e conseqüentemente sendo poluído também.

Critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos, que residem no bairro Fazendinha.

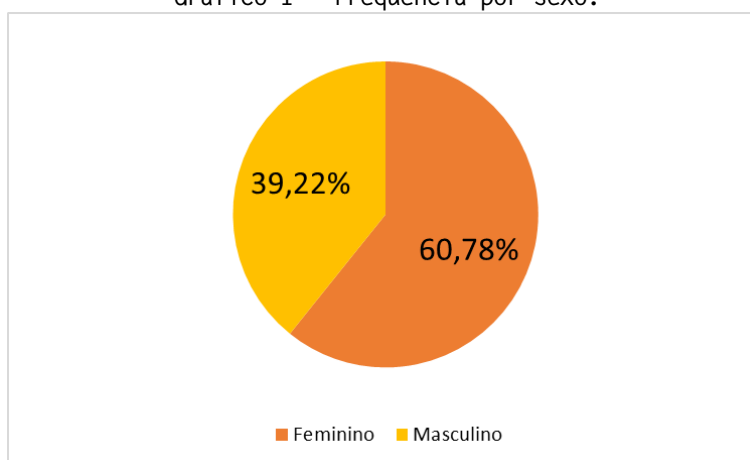
Variáveis independentes: Sexo, Idade, Raça/Cor, Escolaridade, Renda Familiar, Doenças Pré-existentes e Estado Marital.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Lusíada, em 25 de setembro de 2015, com número de parecer 76301317.9.0000.5436, obedecendo às determinações da Resolução 466 de 12/12/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir foram realizados através de entrevista feita por meio de um questionário, aos moradores do bairro “Fazendinha”, na cidade de São Vicente em relação ao Serviço Básico de Saúde.

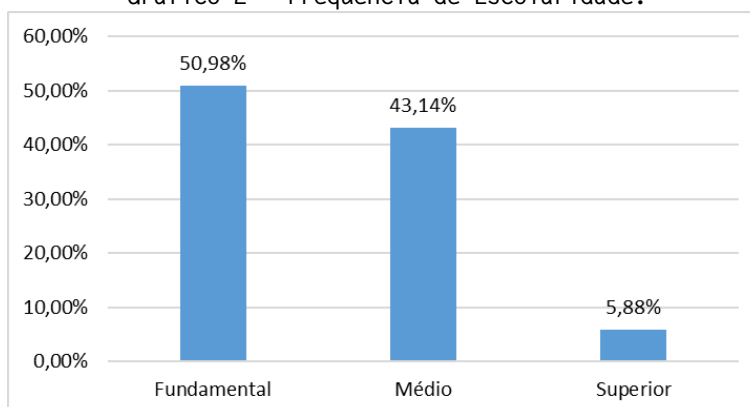
Gráfico 1 - Frequência por sexo.



No gráfico 1 pode-se ver a frequência dos moradores à UBS de acordo com o sexo, e constatou-se que a maior parte que utiliza é do sexo feminino. O que vai de encontro com Bosquat et al (2008) onde a população que menos utilizava o serviço de saúde estava dentre os de sexo masculino.

A associação observada entre o sexo e a procura por serviço de saúde, vai ao encontro de muitos estudos publicados. Segundo Levorato (2017), as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens sendo que tais diferenças são determinantes do consumo pelos serviços entre os sexos. Pinheiro (2002) também confirma, que o perfil das necessidades de saúde interfere, principalmente pela demanda da mulher frente à gravidez e ao parto.

Gráfico 2 - Frequência de Escolaridade.



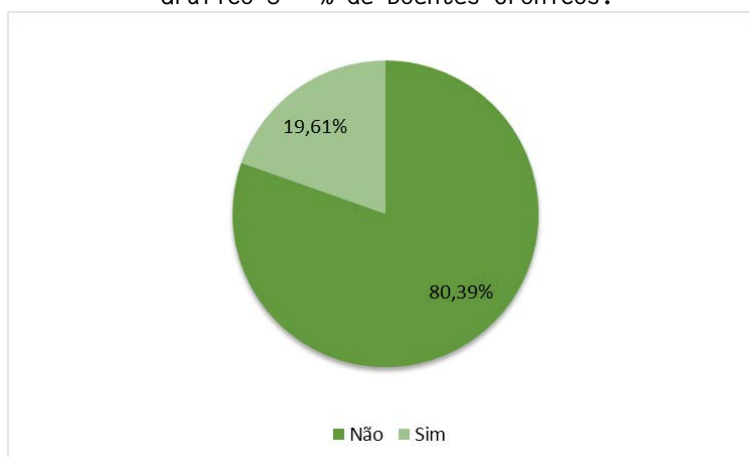
A população predominante no bairro possui apenas o ensino fundamental completo, como pode-se observar no Gráfico 2, e conseqüentemente são esses os frequentadores da unidade. Também segundo Bosquat et al (2008) os que menos utilizavam o serviço tinham escolaridade maior que a 5ª série do ensino fundamental, que exercia atividade remunerada e que tinham acesso à plano de saúde, mesmo sendo área de alta exclusão social.

Observamos que o empobrecimento da população brasileira com relação à remuneração de indivíduos principalmente os que tem curso superior representados apenas por 5,88%, podendo supor, que provavelmente possam estar desempregados ou até mesmo com salários muito baixos para qualificação.

Podemos analisar que há um fenômeno chamado “comodismo social”, atribuído as pequenas cobardias do cotidiano, contribuindo para essa perniciosa forma de cegueira mental e conformismo das pessoas à determinadas condições, que o governo e a sociedade estabelecem, sem questionamento de como realmente funciona o sistema.

Pode-se perceber com tudo isto que talvez seja uma falha na educação em saúde, o que faz com que acabe se tornando um ciclo que se repete, onde as pessoas não entendem como o sistema funciona, logo não questionam e acabam não tendo parâmetros de discernimento para avaliação.

Gráfico 3 - % de Doentes Crônicos.



No Gráfico 3, o número de doentes crônicos encontrados foi relativamente baixo. Segundo Pinheiro (2002) de um modo geral, os problemas de saúde crônicos que afetam homens e mulheres são semelhantes, assim como as magnitudes das taxas de cada

doença nas duas áreas, sendo que as mulheres apresentam maior prevalência para quase todas as doenças selecionadas.

Quanto à forma de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, ficou evidenciado que os usuários caminham por 15 minutos, em média, para deslocamento às unidades. O que não aparenta ser uma dificuldade para eles procurarem o atendimento.

Diferente do encontrado por Pinheiro (2002), que na área rural a dificuldade de transporte e a distância aparecem como as razões mais frequentes para a não utilização dos serviços de saúde.

Alguns usuários atribuíram à demora de agendamento de consulta a causa de não procurarem atendimento. O que é o oposto encontrado por LIMA et al. (2007) onde os usuários negaram a dificuldade de conseguir consulta, e atribuíram à impaciência a causa de muitos não conseguirem agendamento.

Quando questionados sobre como classificariam a UBS e o porquê, os resultados apontaram para uma avaliação negativa por parte de alguns usuários, como pode ser visto nos trechos a seguir:

“Toda vez que a gente vai, é uma demora. Tem muita gente, para pouco médico. ”

“Quando a gente consegue consulta, não consegue retorno para levar os exames. Eles ficam de ligar, mas nunca ligam. ”

“Eu preciso tomar meus remédios, mas sempre falta lá na farmácia. Até vacina quando minha filha precisou, não tinha porque não tinha geladeira. ”

“A agenda é muito cheia, muito difícil conseguir consulta. ”

Segundo os moradores, as maiores dificuldades encontradas a ponto de impossibilitar a procura do serviço foram: demora na marcação de consultas, falta de profissionais médicos, falta de medicamentos e a demora para agendamento de consulta com encaminhamento para outros especialistas.

Bem semelhante ao encontrado no trabalho de Pinheiro (2002), onde os principais motivos do não atendimento foi não ter conseguido vaga ou senha e não haver médico atendendo.

Outra queixa bastante frequente foi com relação à unidade de saúde em que deveriam se dirigir. Por ser um bairro de invasão, a unidade no bairro mais próximo que fica no bairro Samaritá não atende os residentes do bairro Fazendinha; e os direciona ao bairro Parque das Bandeiras. Isso é motivo de grande transtorno aos moradores, porque alguns não compreendem a logística e enfrentam como um empecilho para não procurar atendimento.

Quando questionados se o serviço de saúde tinha resolvido seus problemas de saúde, os usuários responderam positivamente na maior parte, para os que conseguiram consulta. Pois muitos se queixavam da dificuldade em marcar.

Tabela 1 - Características sócio demográficas.

	N = 51	%
TRABALHA		
Não	21	41,18%
Sim	30	58,82%
PLANO DE SAÚDE		
Não	43	84,31%

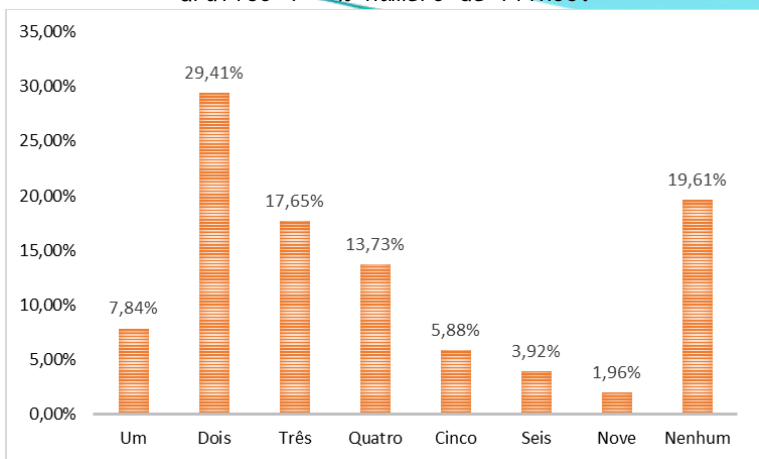
Sim	8	15,69%
ESTADO MARITAL		
Separado	11	21,57%
Solteiro	18	35,29%
União estável	22	43,14%
FUMA		
Não	35	68,63%
Sim	16	31,37%
BEBE		
Não	34	66,67%
Sim	17	33,33%
RENDA		
Zero	3	5,88%
Um salário	24	47,06%
Dois salários	18	35,29%
Três salários	3	5,88%
Quatro salários	3	5,88%

Na Tabela 1, dentro das características sócio demográficas, temos como dado importante a renda familiar, notando que 82,35% têm renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, demonstrando que essa maioria está um pouco acima da linha de pobreza.

Outra característica sóciodemográfica relevante na Tabela 1, demonstra que 41,18% dos entrevistados não trabalham, o que pode ser subentendido, que provavelmente essa renda familiar vem de um único membro da família e como a maioria dos entrevistados foram mulheres, mais provável, que essas possuem função apenas do lar e não tenham trabalho remunerado.

Observa-se com relação ao estado marital, que 56,82% são separados ou solteiros, em associação com o gráfico 4, onde mostra que 80,39% tem filhos, e como já foi observado a maioria dos entrevistados são do sexo feminino, pode-se supor que uma mulher solteira ou separada com filhos, retrata a real dificuldade de viver dignamente neste país, levando a procurar meios de sobrevivência em local de invasão, como pode ser visto neste trabalho.

Gráfico 4 - % número de filhos.

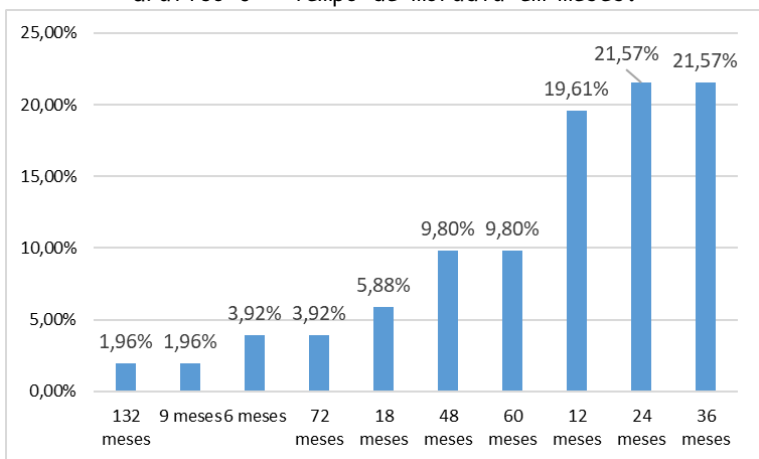


A análise das categorias sociais desfavorecidas está associada com os conceitos de pobreza e de exclusão social, que está relacionada a diversas situações, como por exemplo, baixos níveis de rendimentos, carência habitacional, baixa escolarização. (RODRIGUES, et al 1999)

A pobreza urbana reflete problemas sociais associados a baixos rendimentos e desemprego, à falta de qualificações (e à incapacidade de desenvolvê-las), à precariedade de emprego, às situações de doença ou de problemáticas sociais diversas (tóxico dependência, alcoolismo, deficiência). (RODRIGUES, et al 1999).

As categorias sociais desfavorecidas tradicionalmente são constituídas por: idosos marcados pela insuficiência de recursos econômicos; assalariados, possuidores de fracas qualificações e baixas remunerações; desempregados de longa duração, grupos culturais minoritários, cuja vivência está associada à precariedade das condições de vida; trabalhadores da economia informal, cuja vulnerabilidade à pobreza e à exclusão social é latente; indivíduos com doenças crônicas, cuja debilidade física dificulta o exercício de uma profissão (RODRIGUES, et al 1999).

Gráfico 5 - Tempo de moradia em meses.



No Gráfico 5, observamos que a grande maioria, 62,75% possuem tempo de moradia de 12 a 36 meses, o que podemos avaliar, que o local é provavelmente uma passagem em decorrência a alguma dificuldade financeira desses moradores, como desemprego por exemplo.

A pressão demográfica associada à estrutura econômica implicam uma forte procura por habitação que tem consequência ao nível do uso do solo, originando desordem

territorial e que resulta em carência de infraestrutura, com incidência concreta na qualidade de vida e no meio ambiente. (RODRIGUES, et al 1999).

Como podemos analisar quando refletimos nas repostas, do questionário elaborado nesse trabalho, em relação às perguntas subjetivas, constatou-se que as condições socioeconômicas e a educação cultural de uma população estão diretamente interligadas com a prestação de serviço público, como a saúde a essa sociedade.

CONCLUSÃO

Embora tenha parecido controverso algumas respostas, aparentemente a insatisfação é geral na maioria dos usuários, apenas quanto à demora no atendimento que pode ser justificado quanto à alta demanda que se tem no bairro; e falta de infraestrutura e recursos humanos na unidade de saúde.

Um outro fator observado está na dificuldade dos moradores do bairro Fazendinha em saber qual Unidade Básica de Saúde realmente pode atendê-los, pois sendo um bairro de invasão, essa área demográfica não é abrangida tecnicamente pelas UBS, que permeiam o bairro, dificultando a esses moradores o atendimento na saúde básica, podendo ser justificado pela limitada opção que lhes é imposta pelo fato de residirem numa área não reconhecida pelo poder público.

Percebemos que a satisfação dos moradores é limitada, pois os que se dizem satisfeitos estão na realidade “momentaneamente contentes” com o básico que lhes é oferecido de naquele instante. Ou seja, estão achando que o serviço básico oferecido pela UBS substitui o serviço especializado ou mais complexo cujo atendimento e resultados é mais demorado tanto na marcação como retorno. A UBS vai resolver seus problemas mais complexos simplesmente passando pelo clínico ou enfermagem. Ou simplesmente conseguindo medicação na farmácia da unidade.

Podemos também concluir que o sexo masculino procura menos a assistência à saúde, o que demonstra em amarras socioculturais, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde poderia associá-lo a fraqueza, medo e insegurança, refletindo assim na questão das doenças crônicas, constatada maior prevalência no sexo feminino em relação ao masculino como mostra esse trabalho.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, Aylene; ALVES, Maria Cecilia Goi Porto; ELIAS, Paulo Eduardo. Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica. Ver.Saude Pública 2008.

CARVALHO, Sergio Rezende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência & Saúde Coletiva, 2008.

CFF - Programa de Suporte ao cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde. PROFAR - Serviços Farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual. 2014. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf>. Acesso em 10/10/2016.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro; ANDRADE, Marta Campagnoni; LUPPI, Carla Giana et al. Organização de Práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Saúde e Sociedade, vol 15. 2006.

LEVORATO C D, Marques de Mello L, Soares da Silva A, Nunes A A, Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.1, pp.12-17. ISSN 1982-0194.

MACHADO, Maria de Fatima Antero Souza; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Daniele Teixeira; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde; e as posturas do SUS - uma revisão conceitual. 2006.

MARIOT, Christiane Aparecida. Programa Saúde da Família: o discurso educativo das equipes na promoção da saúde ambiental.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.687-707, abr. 2002.

RODRIGUES, Eduardo Vitor; SAMAGALHO, Florbela; FERREIRA, Hélder; et al. A pobreza e a exclusão social: Teorias, conceitos e Políticas sociais em Portugal, 1999, nº 9, Porto, FLUP.

SILVA, Ana Tereza de M. C.; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Marcia Aparecida Ferreira. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *RevEscEnferm USP* 2002; 36(1):4-9.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseli Rosângela. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Escola Enf USP*, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. Universidade Federal da Paraíba, 2001.