



Realidade sociocultural e sanitária no território das Estratégias de Saúde da Família de um município do Sul do Brasil

Silvana de Oliveira Silva¹; Dienifer Fortes da Fonseca²; Talita Kiffer³; Briana Lencina Balbueno⁴; Sônia Regina Cardoso Lago⁵; Sandra Beatriz Diniz Ebling⁶

¹ Docente Mestre em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: silvanaoliveira@urisantiago.br.

² Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: dieni_ff@yahoo.com.br.

³ Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: talita_kiffer@hotmail.com.

⁴ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: brilencinabalbueno@hotmail.com.

⁵ Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: soniar.lago@hotmail.com.

⁶ Docente Mestre em Educação na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago. E-mail: sandrabebling@gmail.com.

Tem-se por objetivo apresentar como se configura a realidade sociocultural e sanitária no território de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município da região centro-oeste do Estado do RS, na visão de informantes-chave da comunidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória realizada no período de 2013 a 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 92 informantes-chave. Emergiram as categorias: condições de vida; concepções de saúde; crenças existentes e fragilidades na comunidade. Torna-se relevante aos profissionais, que atuam na área da saúde, realizarem um trabalho em rede pautado nas características e realidade da comunidade, para assim contemplar o cuidado na sua integralidade.



Palavras chave: Planejamento em saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem. It has the objective of presenting the configuration of the socio-cultural and health situation of the area covered by the Family Health Strategy (ESF) of a municipality in the central-western region of the State of RS, community view of key informants. This is an exploratory descriptive qualitative research conducted from 2013 to 2014, through semi-structured interviews with 92 key informants. The following categories emerged: living conditions; health concepts; existing beliefs and weaknesses in the community. It is relevant to professionals working in health, conduct a networking ruled on the characteristics and reality of the community, so as to contemplate the care in its entirety. Keywords: Health planning. primary health care. Nursing.

INTRODUÇÃO

A garantia à saúde explicitada na Constituição Federal de 1988 transcende a esfera das atividades clínico-assistenciais e suscita a necessidade de um novo modelo de atenção que de conta de uma concepção de saúde ampliada que considera os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos (Vasconcelos & Pasche 2012).

No âmbito do setor saúde o planejar se torna indispensável para o processo de mudança, portanto, essa reorientação pressupõe que as equipes profissionais de Saúde da Família necessitam conhecer a área na qual irão atuar para assim consolidar uma assistência integral ancorada no contexto de vida das famílias.

O Diagnostico Comunitário de Saúde (DCS) constituído por meio de indicadores epidemiológicos, sócio econômicos e fontes de informações com a própria comunidade é a base para o planejamento e organização das ações de saúde condizentes com a necessidade da população (Brasil 2009). Vale salientar que essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida da população sejam elas culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, as quais são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde.

Assim, considerando que as equipes das Estratégias de Saúde da Família



(ESF) precisam incorporar propostas que venham atender ao modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS, cujo enfoque enfatiza a importância de considerar a dinâmica da realidade local como essencial para fundamentar o planejamento das intervenções, é que este estudo se justifica.

A contribuição dessa pesquisa é de grande relevância social e acadêmica uma vez que esses dados poderão ser utilizados tanto pelas equipes de saúde locais, como por profissionais de saúde, docentes e/ou acadêmicos inseridos em contextos semelhantes para estabelecer vínculos e, por conseguinte, propostas de intervenção para uma atenção à saúde integral, resolutiva e condizente com a realidade/necessidade/crenças/valores da comunidade.

Esse artigo é fruto de um dos achados da pesquisa intitulada Diagnóstico Comunitário dos Distritos Geossanitários e tem por objetivo descrever como se configura a realidade sócio cultural e sanitária das Estratégias de Saúde da Família na visão de informantes-chave da comunidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa embasada na proposta do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP) e sugerido para os gestores em saúde no planejamento da atenção à saúde (Tancredi, Barrios, Ferreira 2004).

Esta pesquisa foi realizada em oito das onze unidades de Saúde da Família existentes em um município de médio porte localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014. O número da população cadastrada nas ESFs pesquisadas era de 27.217 pessoas o que representou uma cobertura de 53% da população total (SIAB, 2012).

A escolha das oito unidades de ESFs deu-se a dois fatores. O primeiro porque, conforme depoimentos dos profissionais das equipes das ESFs, os mesmos estariam atuando majoritariamente sem o conhecimento da realidade local. O segundo, por tratar-se de campos de prática profissional dos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Santiago.



Os participantes dessa pesquisa foram constituídos por 92 informantes-chave. Como critérios de inclusão: lideranças locais, diretores de escolas e creches, moradores antigos da comunidade (mais de dez anos), líderes religiosos e comerciantes locais. Foram excluídos da pesquisa residentes a menos de cinco anos na área de abrangência e menores de 18 anos.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada e a Análise de Conteúdo foi eleita por ser uma das mais adequadas para a investigação qualitativa dos dados sobre saúde. Essa técnica organizou-se cronologicamente em três fases (Minayo 2014). A primeira, a pré-análise, a segunda, a exploração do material e a terceira, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo da pesquisa foram respeitados os direitos dos indivíduos levando-se em consideração o que prescreve a Resolução nº466, de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da URI-Santiago (CAAE- 0005.0.285.000-11).

Ressalta-se que os informantes-chave foram indicados pelas equipes das ESFs e as entrevistas foram realizadas no domicílio dos mesmos onde foi explanado sobre o estudo e solicitado à assinatura do Termo de Compromisso Livre Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas no programa Word.

Para garantir o anonimato dos informantes e das equipes de ESF, os mesmos estão codificados em letras e números. Exemplo ESF1-Inf1; ESF2-Inf2 e assim sucessivamente até ESF8-Inf92.

RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, as quatro categorias obtidas a partir do processo analítico: Condições de vida; concepções de saúde; crenças existentes e fragilidades na comunidade.

Na categoria **condições de vida** identificou-se que a população das oito Estratégias da Saúde da Família tem acesso à moradia, trabalho e auxílio do



poder público quando necessário.

[...] aqui não precisam pagar aluguel, cada qual tem a sua casinha aí, e trabalham! Então isso é uma grande coisa! (ESF1-Inf5).

[...] As condições das pessoas que moram aqui hoje pra gente que faz tempo que mora, hoje já está bem melhor né, porque hoje existe emprego. Hoje, a maioria trabalha ou tem benefício, aposentadoria, tem bolsa família (ESF8-Inf87).

Mas olha, boa demais porque, quem não tem, ganha tudo. Apela para os poderes públicos e todo mundo vive muito bem (ESF3-Inf28).

Quando questionados sobre os possíveis fatores que podem interferir na saúde da população, foi possível compreender as concepções de saúde da comunidade. Para os informantes a saúde está ligada a alimentação, o tabagismo, a higiene do ambiente, exercícios físicos e acesso aos serviços de saúde.

A saúde é a gente estar em um lugar onde tenha esgoto, rua limpa, tudo organizado. E, além disso, é tudo também! A boa alimentação, um bom lazer, um esporte para as crianças, uma brincadeira. Também ajuda, é saúde, é bem estar para eles, e aí claro, não fumar! (ESF4-Inf32).

Saúde é que tu seja bem atendido, acho que quanto tu está doente, sente uma dor, sente qualquer problema, ir ao médico. Isso aí a gente tem no posto ali, super bem atendido! (ESF2-Inf12).

No território da ESF6 a concepção de saúde é mais restrita, uma vez que



os informantes em sua maioria assim se expressam.

Eu acho, uma farmácia mais próxima. Quando a gente precisa alguma coisa de noite, um remédio, um remedinho pra febre, tu tens que ir lá no centro! (ESF6-Inf59)

Médico! Aqui teria que ter mais um médico! Então eu acho que isso aí poderia melhorar bastante (ESF6-Inf60).

O que interfere mais é esse negócio da gente não conseguir a ficha na hora chega ali não existe a ficha para consultar, esse é um erro que eles estão cometendo. A doença não vem quando a senhora quer, ela vem quando ela aparece no corpo da pessoa, é uma das coisas que eles têm que providenciar (ESF6-Inf65).

Quando questionados sobre as crenças existentes na comunidade os entrevistados referiram-se especialmente as religiões católica e evangélica e a procura por benzedeiras. Os extratos abaixo caracterizam essa afirmação:

Olha, aqui tem as igrejas católicas. Mas a gente tem um grande número de pessoas que não frequentam a igreja católica, que são da evangélica. A gente tem benzedeiras também porque acreditam no benzimento para um coveiro, para uma pessoa que está nervosa, e a gente têm aqui, na própria comunidade pessoas que benzem (ESF2-Inf16).

[...] Quando eu me vejo assim, que é difícil ir ao médico, tem uma senhora aqui que benze muito bem, então eu chamo ela de minha doutora! (ESF3-Inf27).

A fala de um dos informantes que exerce a função de benzedor na



comunidade retrata um estabelecimento de vínculo e confiança entre o setor popular e os adeptos à essa crença:

O que eles mais pedem para benzer é para o bem estar deles, dificuldades. Uma depressão, por exemplo, vem aqui para eu conversar. Eu não faço nada para magoar e nem contar para outro, dou confiança para as pessoas e as pessoas em mim né. Eles ficam bem meus amigos, porque eu digo para eles o que os pais não dizem. Se têm dificuldade, elas vêm aqui, se abrem comigo e eu trago o lado bom pra elas, animo, e só digo, não deixem de estudar (ESF7-Inf78).

Há também nas comunidades a crença em medicamentos caseiros fabricados por instituições religiosas.

Fizemos (remédios na pastoral da saúde), para bronquite, gripe, diabetes, para o fígado, rins, para um montão de coisas (ESF3-Inf24).

Eu faço remédio, uma essência para desmanchar pedra nos rins, e quando me pedem para desmanchar pedra na vesícula eu faço um que é com leite de vaca e limão (ESF2-Inf15).

Os participantes relataram as fragilidades existentes na comunidade, das quais emergiu o que precisa ser melhorado nas oito áreas de atuação das ESFs, o saneamento básico destes locais.

[...] ali tem duas bocas de lobo a céu aberto, não tem quem ature o mau cheiro! E lixo, tem desde a porta da casa



até terrenos baldios. Eu fui até a rádio pedir ajuda, vieram ali, tiraram foto e tudo mas nada fizeram (ESF5-Inf51)

A dificuldade aqui é calçamento, o barro. Eles não calçaram a rua daí quando chove alaga toda a rua é puro barro! Tem dias que não tem como sair ali (ESF8-Inf88)

Foi comum em quatro territórios das ESFs a informação de que ocorre com certa frequência a falta e rotatividade do profissional médico, o que também acarreta uma fragilidade para essas comunidades.

Aqui no posto é um absurdo! Não para médico! Eles não deixam vencer o contrato, não pára ninguém! Foi feito concurso, mas ninguém quer fazer e por isso começam nesses contratos. Isso é muito ruim porque a população é muito grande e ela necessita deste serviço. A gente não sabe o porquê, se acham muita carga horária ou o salário pouco, então preferem trabalhar por conta, vão para outros lugares [...](ESF5-Inf44).

Tem médicos bons, mas ficam ali três meses, sai aquele, vem outro e já te mudam a medicação (ESF7-Inf73)

Em sete ESF's estudadas os informantes relataram o uso de entorpecentes por adolescentes em áreas específicas dos territórios. Dessas sete, em três ESFs abordaram também a venda de drogas ilícitas como um dos seus pontos negativos.

Aqui faz falta é um posto policial né, porque esse bairro está grande, a gente vê ai esses meninos drogados. Brigam, dizem que assaltam as pessoas. Eu imagino,



antigamente a gente criava os filhos com obrigação de trabalhar eles não tinham tempo de aprender o que não presta (ESF1 -Inf3)

[...] é o problema com as drogas. A gente fica tão triste quando vê aquelas crianças que tu viu crescer dentro da escola que morreram porque foram assassinados, ou morreu de overdose, foi achado morto. Então é uma coisa que a gente se sente impotente porque tu vê aquelas crianças envolvidas com o tráfico de drogas, tu vê roubando é tão triste, é bem difícil (ESF6-Inf57)

Os dados aqui apresentados caracterizam as comunidades estudadas em seus múltiplos aspectos de forma a subsidiar o planejamento em saúde. Na sequência os mesmos serão discutidos.

DISCUSSÃO

Os informantes entrevistados afirmam que as condições de vida da comunidade são adequadas as necessidades básicas. Observa-se nos territórios estudados um indicativo de melhoria na renda familiar em virtude de programas sociais como o Bolsa Família e melhoria nos índices de desemprego.

Esse indicativo reafirma o quanto às políticas e os programas sociais auxiliam para a superação da pobreza extrema no Brasil e a tentativa de combater a exclusão das classes de menor poder aquisitivo. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2009, 20,4% deixaram a pobreza desde 2003, a pesquisa revela também que a renda per capita aumentou em 2,4%, de 2008 para 2009 (Brasil, 2010).

Dentre os fatores que contribuíram para a queda da desigualdade, estão os reajustes do salário-mínimo, a cobertura do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada e o aquecimento da economia com a ampliação do mercado de trabalho (Brasil, 2010). Ainda, projetos habitacionais



como a Minha Casa Minha Vida, um programa federal em parceria com estados, municípios, empresas e movimentos sociais para facilitar a casa própria para a população de classe baixa e média. Pensa-se que isso resultou em uma verdadeira rede de proteção e promoção social que reflete na saúde.

As concepções de saúde estão pautadas tanto no modelo de promoção da saúde, quanto no biomédico. A primeira vai ao encontro do que está prescrito na Constituição Federal e regulamentado na Lei Nº 8080/90 (Brasil, 1990) e se aproxima com a Política Nacional de Promoção da Saúde, que estimula promoção de atividades físicas, hábitos saudáveis de alimentação, vida e condições de trabalho, controle de tabagismo e uso abusivo de bebida alcoólica (Brasil, 2006).

Portanto, a atenção à saúde nessa comunidade deve ser planejada considerando os múltiplos aspectos do processo saúde-doença de forma a implementar um novo modelo assistencial baseado na integralidade e em aspectos sociais, culturais e econômicos das comunidades. Nesse contexto concorda-se que o trabalho em equipe deve ser considerado essencial para o alcance dos objetivos, na perspectiva de um olhar interdisciplinar da atenção à saúde, com vistas a propiciar uma atenção qualificada às necessidades dos usuários (Fertonani, 2015).

A segunda concepção acerca da necessidade de estabelecimento farmacêutico no território e melhoria no acesso à consulta médica está fortemente ligada à cultura medicalizante e biomédica, uma reforçada pela expansão do mercado farmacêutico e a outra pela compreensão restrita de saúde como ausência de doença.

Essa inferência está pautada em estudo que traz o processo de envelhecimento da população como um dos maiores desafios atuais, visto seu aumento gradual derivado das intervenções culturais referentes ao uso de medicamentos e ausência de doença, presente nos dias atuais (Medeiros, 2015). Vale destacar, que a Organização Mundial da Saúde preconiza uma farmácia para cada 10.000 mil habitantes. Porém, no município em que a presente pesquisa foi aplicada, há uma farmácia para cada 1.012 mil habitantes. Esse dado pode ser um indicativo de que há uma cultura medicalizante tanto profissional como popular.



Quanto as crenças existentes na comunidade há um indicativo, na fala dos participantes, que trata-se de uma população religiosa adepta ao Cristianismo e de afinidades com setores informal e popular da saúde.

Ainda, nos relatos quanto ao número expressivo de evangélicos em relação aos católicos, são dados confirmados pelo IBGE que indica uma redução de católicos e um crescimento da população evangélica no país. Esta redução no percentual de católicos ocorreu em todas as regiões, mantendo-se mais elevada no Nordeste e no Sul (IBGE, 2015)

Desta forma, é imprescindível para a equipe de saúde identificar quais são as formas de apoio utilizadas pela comunidade, bem como, articular com elas a fim de ampliar seu conhecimento e através da troca de experiências, proporcionar um cuidado integral a estes indivíduos. Para isso, é necessário saber como ocorre esse processo em relação à procura pelas igrejas, e ainda identificar como essas lidam com os problemas de saúde-doença e as emoções da população (Pinheiro & Mattos, 2004).

Quanto à relação da comunidade com o setor popular de cuidado à saúde, como a procura pelas benzedeadas, fica evidente nas falas que este tipo de cuidado trata-se de um apoio para a comunidade. Para Helman (2009) este setor ocupa uma posição intermediária entre os setores informal e profissional e se caracteriza por curandeiros que não pertencem ao sistema médico profissional.

A busca por este setor também ocorreu na dificuldade de acesso ao setor profissional, a fala do informante ESF3-Inf27 expressou essa questão. Pensa-se que em função deste limite no sistema de saúde, surge a busca por outras opções para solucionar suas queixas.

Destaca-se a procura por alternativas que não estejam ligadas a procedimentos biomédicos, mas em atividades de solidariedade e apoio social, que resultam, intencionalmente ou não, as melhorias na saúde. Nesse caso, na fala da entrevistada *ESF7-Inf78*, a qual exerce o papel de benzedeadas na comunidade, evidenciou-se que a procura por este setor ocorre, muitas vezes, por questões de cunho emocional e sua ação envolve a escuta e o aconselhamento dos indivíduos estabelecendo acolhimento e vínculo.



Quanto à utilização de medicamentos caseiros é possível inferir que as ervas e plantas utilizados na sua fabricação, são empregadas pela comunidade como método curativo para algumas doenças. Alguns dos fatores que contribui para a utilização desses métodos caseiros são o alto custo de medicamentos industrializados, o difícil acesso da população aos serviços de saúde e a cultural tendência ao uso de plantas e ervas para uso de medicamentos naturais (Badke, et al, 2012).

O uso de recursos populares para a assistência à saúde pode representar uma forma de respeitar as crenças, os valores dos indivíduos e uma maneira do profissional estabelecer vínculo e uma relação de confiança com o usuário (Garcia, et al, 2012).

Ao conhecer as fragilidades na comunidade pode-se inferir, que parte da comunidade está apresentando problemas relacionados ao saneamento em especial, a coleta de lixo, o encanamento do esgoto e em algumas ruas a falta de calçamento e drenagem pluvial, os quais têm afetado algumas das necessidades básicas dos usuários.

Essas fragilidades nos territórios das ESFs pesquisadas são comprovadas por dados do Sistema de Informações Atenção Básica, que mostram a média das casas com sistema de esgoto canalizado é de 70%. Esse dado alerta um risco para a saúde da comunidade, pois o saneamento promove a saúde pública preventiva, diminuindo a necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque elimina a chance de contágio por diversas doenças (SIAB, 2012).

Considera-se ainda que os informantes ressaltaram a solicitação de ajuda da mídia, mesmo assim, não obtiveram uma resposta positiva para a solução do problema. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde seja mediadora da interlocução entre os setores responsáveis por tais demandas e a comunidade, com o intuito de garantir a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A falta e a rotatividade dos profissionais médicos ocasionam a descontinuidade da assistência e o enfraquecimento de vínculos entre usuários e o profissional. Para os informantes a rotatividade ocorre em função das formas de contrato e remuneração.



Estudos comprovam a insatisfação dos profissionais médicos com a remuneração, a jornada de trabalho intensa, forma de contratação, problemas na formação e capacitação profissional em saúde pública (KANNO, et al, 2012).. Estas lacunas incentivam a alta rotatividade e descontentamento dos profissionais médicos em trabalhar na saúde pública, ocasionando a falta de vínculo e consequentemente fragilidade na assistência aos usuários (KANNO, et al, 2012).

Para obter uma assistência continua e com qualidade os profissionais precisam trabalhar em equipe e estarem capacitados para a atuação em estratégias da saúde da família, pois do contrário a atenção fica fragilizada na presença da rotatividade de profissionais, não só de médicos como de qualquer outro profissional da equipe de saúde.

Para os entrevistados o uso de entorpecentes por menores de idade está associado à falta de estrutura familiar e policiamento na comunidade. Um estudo sobre o uso de drogas por adolescentes abordou como fatores de risco, que influenciam o uso das drogas, a ausência de estrutura familiar, exclusão social e a situação financeira (Barcellos, et al, 2011).

A delinquência e a desocupação inferida são confirmadas em uma pesquisa na qual a violência estava relacionada ao desemprego e a desocupação dos jovens, citando o trabalho como fator que favorece a segurança. Constatou-se uma relação entre as questões socioeconômicas, condições de vida e segurança, onde o desemprego definiu-se como fator que dificulta a melhoria destas condições (Budó, et al, 2012).

Quanto ao policiamento apontado pelos informantes como um fator determinante, trata-se de um dado também encontrado no estudo onde a falta de policiamento emergiu como um determinante em relação a segurança da comunidade, não só para os entrevistados, como para a equipe de saúde participante da pesquisa (Budó, et al, 2012).

Essa percepção parte do entendimento de que a violência ocorre em virtude da falta de autoridade do Estado, ou seja, quando não há poder repressivo e aparatos jurídicos consistentes para evitar atos infracionais (Minayo & Souza, 1997). Segundo as autoras, esse entendimento se associa ao senso comum que



advoga a força repressiva como condição de "ordem e progresso". Por outro lado, ela diz que este pensamento tende a omitir o papel da violência como importante instrumento de domínio econômico e político das classes dominantes.

Diante dessas informações é possível inferir que a comunidade, em virtude do uso e tráfico de drogas, está vulnerável a ações de violência como furtos, roubo e assassinato. Desse modo, é necessário reafirmar que a dependência química vem se estabelecendo como um problema de saúde pública e como tal, requer uma ação intersetorial, multidisciplinar integrada a comunidade.

Acredita-se que as Estratégias de Saúde da Família possibilitam a integração, promoção e ações de serviços para identificar e enfrentar as dificuldades e problemas na comunidade sendo um dos meios que potencializa as redes de atuação em prol da redução das violências e vulnerabilidades associadas (Budó, et al, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo identificou que a população residente nas áreas de abrangência das ESFs pesquisadas possui condições de vida suficientes para manutenção das suas necessidades básicas.

A concepção de saúde na visão dos informantes pesquisados, em sua maioria, é pautada no modelo de promoção da saúde, mas também sofre influência significativa do modelo biomédico.

Quanto às crenças, os dados apontaram uma população religiosa, (predomínio de católicos e evangélicos), que busca o setor informal (utilização de medicamentos caseiros) e o setor popular (procura por benzedeiras) para o alcance de cura e/ou bem estar emocional. Esse último é procurado quando há dificuldade de acesso e resolutividade ao setor profissional.

O estudo revelou que existem fragilidades existentes na comunidade relacionadas ao saneamento, o qual influencia na qualidade de vida e saúde da população. E o uso e venda de entorpecentes, que para a comunidade, é motivada pela falta de estrutura familiar, policiamento e pelo ócio dos jovens. Deve-se considerar que o uso e tráfico de drogas torna a comunidade vulnerável a



ações de violência como furtos, roubo e assassinato.

Frente ao exposto acredita-se ser imprescindível para a equipe de saúde conhecer as características que permeiam a comunidade, como as que foram reveladas na presente pesquisa. Esse conhecimento dará subsídio para que se possa realizar um trabalho e organizar suas atividades pautadas nas reais necessidades da população, e consequentemente, tornar suas ações resolutivas.

Diante da informação sobre como se configura essa população e da amplitude de fatores que influenciam a sua qualidade de vida e saúde, torna-se relevante aos profissionais que, atuam na área da saúde, realizem um trabalho em rede com os demais serviços a fim de contemplar o cuidado na sua integralidade.

Considerando a formação profissional na área da saúde, destaca-se a importância de identificar a concepção de saúde desses usuários, a qual se apresentou ampla e diversificada, portanto, rompe-se com o pré-conceito de que população entenda saúde como mera ausência de doença. Com isso, a academia deve dar subsídios para que os futuros profissionais possam atuar embasados nessa realidade e nos preceitos do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D. O sistema único da saúde. In Tratado de Saúde Coletiva. Organizadores: Gastão Wagner de Sousa Campos et al. 2ª ed. São Paulo: Fiocruz; 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento do SUS: uma construção coletiva. 2ª ed. Brasília, 2009. Acesso em 2014 Abr. 17. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
3. TANCREDI, F.B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. Planejamento em saúde. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2004.
4. SIAB. Sistema Informação da Atenção Básica, 2012 Acesso em: 15 de mar.



2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>.

5. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

6. BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Publicada no DOU nº 12, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas sociais para o desenvolvimento: superar a pobreza e promover a inclusão. Simpósio Internacional sobre Desenvolvimento Social. [internet] 2010 [acesso em 2014 Abr. 26]. Disponível em: unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190752por.pdf.

8. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2003.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2006. 3ª ed. Série B, p. 1-60.

10. FERTONANI, H.P., PIRES, D.E.P., BIFF, D.S., SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol.20, n.6, pp. 1869-1878. ISSN 1678-4561.

11. MEDEIROS, V.F.M. A velhice medicalizada vista por um enquadramento sociocultural. Ibirama, 2015.

12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet] 2015. Acesso em 2014 jul. 08. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

13. PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. Cuidado as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004.



14. HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 5 .ed. Porto Alegre: Artemed; 2009. p.431.
15. BADKE, M.C. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 363-70.
16. GARCIA, R.P., BUDÓ, M.L.D., OLIVEIRA, S.G., BEUTER, M.; GIRARDONPERLINI, N.M.O. Setores de Cuidado a Saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. Esc Anna Nery, 2012.
17. KANNO, P.N., BELLODI, L.P., TESS, H.B. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012. [Acesso em 2014 abr.6].Disponívelem:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902012000400008&script=sci_abstract&lng=pt.
18. BARCELLOS, R., SIQUEIRA, A., KUHN, K., et al. A percepção dos professores frente ao uso de drogas dos adolescentes do ensino fundamental. 4º Interfaces no fazer psicológico: Violência e família. Anais Centro Universitário Franciscano. 2011.
19. BUDÓ, M.L.D., SCHIMITH, M.D., SILVA, D.C. et al. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. Cogitare enfermagem. 2012.
20. MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciência, Saúde. 1997 Nov-Fev 4(3):513-31.