

Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE

Health, environment and quality of life: reflections of the Multiprofessional Residency experience in Family Healthy and Community of Fortaleza-Ce

Maria José Melo Ramos¹, Maria Iracema Capistrano Bezerra², Georgia Medeiros Paiva³

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência do processo de territorialização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) de Fortaleza, no estado do Ceará, relacionando qualidade de vida, território e processo saúde/doença.

Métodos: Relato de experiência com observação participante e pesquisa-ação sobre o processo de territorialização do PRMSFC de março a setembro de 2012.

Resultados: Houve a sistematização e a Categorização Empírica dos resultados em quatro eixos: Qualidade dos Serviços de Saúde, Saúde Ambiental, Articulação Comunitária e Qualidade de Vida (QV).

Discussão: Sabe-se que a QV sempre vai depender da interseção das diversas

Políticas Públicas, percebendo o quanto as características do lugar interferem no desenvolvimento dos processos de adoecimento e no conceito de saúde para cada indivíduo. **Considerações Finais:** Percebeu-se que saúde não se faz só nas unidades de saúde e de forma individual. Pelo contrário, fazem-se necessárias ações coletivas, de forma integrada e articulada com todos os níveis de atenção e a rede de serviços de saúde.

Palavras-chaves: Saúde. Qualidade de Vida. Ambiente. Territorialização.

Abstract

Objective: Reporting the experience of the territorialization process of the Multiprofessional Residency Program in Family Health and Community (PRMSFC) from Fortaleza, in the State Ceara, relating quality of life, land and health-illness process. **Methods:** Case Studies with participant observation and action-research about the territorialization process of PRMSFC from March to September 2012. **Results:** There was

1 Fisioterapeuta do Programa em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza-Ce.

2 Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Preceptora de Categoria do Programa em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza-Ce.

3 Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva. Preceptora de Território do Programa em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza-Ce.

systematization the categorization of empirical results in four areas: Quality of Health Services, Environmental Health, Community Coordination and Quality of Life (QOL). **Discussion:** It is known that QOL will always depend on the intersection of several Public Policies, realizing how the characteristics of the place interfere in the development of the processes of illness and the concept of health for each individual. **Final Thoughts:** It was realized that health is not only in health units and individually. Rather, make necessary collective actions in an integrated and coordinated with all levels of care and service network health.

Keywords: Health. Quality of Life. Environment. Territorialization.

Introdução

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não somente como ausência de doenças, mas também como um estado de bem-estar físico, intelectual e social, o qual inclui aspectos relacionados à capacidade para o trabalho em sua concepção¹.

Esse conceito é bastante citado nas pesquisas que avaliam qualidade de vida (QV), no entanto essa definição ainda é bastante discutida. A preocupação em definir este termo é antiga, pois nos primórdios já se procurava definir felicidade e bem estar². Nesse estudo, usaremos esta por ser a que melhor traduz a abrangência do termo QV.

Baseado nesse conceito, o Grupo World Health Organization Quality of Life Measures (WHOQOL) definiu QV como “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e

em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”³. Dentro desse conceito mais abrangente, o ambiente onde ele vive interfere muito na sua QV, na dinâmica social e é essencial para produzir saúde ou doença.

Pode-se dizer que três aspectos são fundamentais nessa definição adotada: a subjetividade, ou seja, a perspectiva do indivíduo, a multidimensionalidade, pois possui vários aspectos, como o físico, o mental, o social, dentre outros e, por fim, a presença de dimensões positivas e negativas⁴.

O território compreende o espaço geográfico e as características epidemiológicas, demográficas, políticas e sociais dinâmicas, em permanente construção. É o cenário no qual os atores sociais confrontam suas demandas de saúde com a oferta de serviços, conformando a necessidade de ações⁵.

Para alguns autores, a territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território”⁶. O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e estabelecendo fluxos diversos; não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais, mas também políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade⁷.

Para realizar esse processo de territorialização é necessário conhecer a epistemologia da história desta comunidade, compreendendo suas crenças, costumes e valores, revitalizando

assim a cultura popular local a partir dos atores sociais que são os protagonistas desta ação.

A apreensão e a compreensão do território, destacando toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva, analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde⁸.

Dessa forma, a territorialização é um dos pressupostos básicos para a organização dos processos de trabalho das equipes da Atenção Primária a Saúde (APS)⁹. O estabelecimento de uma base territorial permite a caracterização da população e de seus problemas de saúde, a criação de vínculos entre os serviços de saúde e a população adscrita.

Para isso recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde. A equipe de Saúde da Família, que tem responsabilidade sanitária por uma determinada área, deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas. A construção do vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal – horizontal ao longo do tempo entre equipe e usuários¹⁰.

No território é que podemos absorver os processos, possibilitando momentos para obtenção de um diagnóstico mais preciso dos contextos e situações de risco social. Dessa forma, é possível o monitoramento das ações da equipe de saúde, a busca de parcerias intersetoriais e com outros segmentos da sociedade, o que favorece o controle social das ações sobre o território¹¹.

A QV inclui aspectos do ambiente que podem ser afetados pela saúde ou pela saúde percebida. Fatores como segurança dos moradores, espaços para áreas de lazer, acesso a alimentos saudáveis (local para venda ou renda suficiente que permita comprá-los), acesso a unidade de saúde (localização da unidade em território e a existência de grupos conflituosos dificultando a circulação de pessoas em algumas áreas), ambiente rejeitado por profissionais devido ao estigma da violência, jornada de trabalho longa e distante do local de moradia afetam a QV dos moradores de uma comunidade.

O objetivo desse artigo é relatar a experiência do processo de territorialização realizada por profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) no município de Fortaleza-Ceará abordando uma visão sobre como a QV e o território influenciam no processo saúde/doença desses moradores.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência com abordagem observação participante e pesquisa-ação sobre a utilização do contexto da prática (complexidade do território) com o campo teórico, vivenciado no processo de territorialização do PRMSFC, no município de Fortaleza–Ceará no período de março a setembro de 2012.

Residentes e preceptores se reuniram previamente para discutir como seriam as visitas institucionais aos equipamentos sociais e aos setores da rede assistencial de saúde do município. Foi enfatizada a necessidade de ouvir os gestores, profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsáveis

pela área, trabalhadores do setor administrativo dos Centros de Saúde da Família (CSF), liderança comunitária e moradores para compreender como eles enxergam o ambiente em que vivem ou trabalham, o acesso ao serviço de saúde, a vulnerabilidade e o risco social existente na comunidade, suas conquistas ao longo dos anos, os problemas mais prevalentes e o que eles desejavam alcançar no futuro.

Segundo Pedro Demo¹² a pesquisa participante assume o compromisso de unir teoria e prática, em contexto de participação explícita, conjugando os papéis dos agentes externos (cientista, pesquisador, técnico, professor, dentre outros) e dos agentes internos (comunitários), e aceitando o desafio ideológico contra-ideológico, que repercute na fundamentação científica de projetos de mudança organizada. São trabalhadas condições objetivas e subjetivas, cabendo à educação movimentar, sobretudo, as subjetivas, na linha da formação do sujeito social.

Os Programas de Pós-Graduação com caráter de Residência Multiprofissional, no Brasil, buscam experimentar novas tecnologias de ensino no serviço, fazendo sempre a relação da teoria com a prática, construindo alternativas de abordagens individuais e compartilhadas que reorientam a prática dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PRMSFC da cidade de Fortaleza é uma pós-graduação em serviço, que visa qualificar os profissionais para atuarem na ESF, estando em sua terceira turma. São quatorze residentes de seis categorias profissionais: enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, serviço social e nutrição que atuam no território da Secretaria Executiva da Regional (SER)

VI na área de abrangência do Grande Jangurussu em dois CSF.

Cenário do estudo: Jangurussu

O cenário deste estudo é a área do Grande Jangurussu, compreendendo os bairros Palmeiras, São Cristóvão, João Paulo II e a área de ocupação denominada Unidos Pela Paz. Os atores envolvidos foram: profissionais residentes das seis categorias do PRMSFC que atuam em dois CSF deste território, pessoas da comunidade, profissionais da saúde, lideranças sociais, gestores locais e do distrito de saúde da SER VI, contribuindo assim com a discussão e reflexão do processo saúde-doença desta localidade.

O Grande Jangurussu é hoje formado por várias comunidades que ao longo do tempo foram conquistando status de bairro, caso dos dois onde estão situadas as duas Unidades Básicas de Saúde que receberam os residentes. A população de abrangência dessas áreas é de cerca de 80.000 pessoas. A comunidade é conhecida pela sua história de lutas e organização comunitária. Foi preciso batalhar por energia elétrica, água encanada, transporte coletivo, unidade de saúde, creches e outras melhorias na infraestrutura do bairro. A busca por saneamento básico ainda continua sendo uma bandeira de luta dos moradores.

Os costumes vividos pelos antigos moradores são diferentes dos dias atuais, pois grande parte da população nasceu em áreas interioranas, conseqüentemente, moravam em cidades pequenas e pacatas, em que viviam da agricultura tirando desta o seu sustento.

A realidade social da comunidade foi marcada pela força da organização

comunitária apoiada por movimentos religiosos e por projetos sociais. O conjunto conta atualmente com Associações Comunitárias; Organizações não governamentais (ONG's), organizações governamentais (OG's) e várias ações religiosas (católicas, evangélicas, espíritas entre outras que contribuem com atividades no âmbito social).

Descrição da Experiência

O processo de territorialização aconteceu por meio de três etapas descritas a seguir:

Primeira etapa: Retrato inicial. Aconteceram reuniões com as equipes de ESF para obter as primeiras impressões do território e informações gerais, como também mapeamento da rede sócioassistencial através de visitas aos equipamentos sociais e diálogo com as lideranças comunitárias apontadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) dos CSF.

Segunda etapa: "Caminhando contra o vento". Os residentes e preceptores caminharam no território na companhia dos ACS visitando cada microárea e conversando com moradores e lideranças mais expressivas que ali residiam. Participaram do Orçamento Participativo da comunidade, com a proposta de ampliação do número de equipes de ESF; e também de outras reuniões das Redes de Articulação da Juventude do bairro visando à integração aos movimentos sociais.

Terceira etapa: Oficinas de Territorialização. Realizou-se a mobilização e convite a esses atores para a participação de quatro oficinas. Ao todo participaram 140 pessoas nas quatro

oficinas, incluindo profissionais de saúde, gestores, usuários, líderes comunitários e representantes dos equipamentos sociais.

Estas oficinas foram realizadas em quatro dias devido à extensão territorial e pelas características distintas deste território. Para isso, foram estabelecidos alguns critérios de aproximação como: nome que os moradores atribuem ao seu lugar de moradia; utilização de serviços comuns; acesso fácil e circulação entre os espaços, ausência de barreiras geográficas e/ou culturais, demandas e potencialidades semelhantes e lideranças mutuamente reconhecidas e/ou parcerias.

Foi utilizada como metodologia a técnica do Êxitos-Dificuldades-Potencialidades-Objetivos (EDPO)¹³ adaptando para uma linguagem popular local: "ô comunidade arretada", "nó cego", "só o mi" e "dê seu pitaco", respectivamente. Foi aproveitada a temática da festa junina para a intervenção, pois as oficinas aconteceram no mês de junho.

Na execução da oficina realizou-se uma acolhida aos participantes através de uma dinâmica de integração, e posteriormente, os atores foram divididos em quatro grupos para a discussão de cada subtema da técnica EDPO adaptada, mediados pelos residentes. Logo em seguida, reuniu-se o grupo e foi feita a socialização do que foi produzido nos subgrupos. Para finalizar, foi realizado um casamento simbólico entre saúde e comunidade, firmando os compromissos mútuos.

A sistematização desse material embasou os dois encontros seguintes, o qual denominou de Planejamento Participativo (PP). Os residentes

apresentaram árvores construídas com a síntese das oficinas de territorialização e a metodologia utilizada para realização do PP aos participantes. Para cada eixo, foi construída uma árvore onde nas raízes foram colocados os problemas, no caule o nome do eixo, nas frutas as potencialidades e nas flores seriam as sugestões dadas pelo grupo.

A partir disso, os participantes foram convidados a conhecerem todas as árvores e depois a escolherem uma de maior interesse pessoal, sendo formados subgrupos ao redor das árvores de acordo com o eixo de interesse. Os residentes facilitaram o processo de discussão e de construção do plano de ação. A partir das raízes das árvores, buscou-se encontrar o problema central e propor ações que pudesse minimizar ou mesmo abolir o problema selecionado.

Os frutos funcionavam como recursos que a comunidade tinha para desenvolver as ações pactuadas. A partir das discussões, um plano de ação foi construído, designando o problema central, a ação, os objetivos da ação, os responsáveis pela ação, os parceiros e o prazo.



Figura 1: Oficina de territorialização PRMSFC 06/2012



Figura 2 e 3: Planejamento Participativo do PRMSFC

Resultados

Após a execução das oficinas de territorialização, houve a sistematização e a Categorização Empírica do que foi discutido. Todo o material foi reunido em quatro eixos de acordo com os problemas elencados pelos participantes.

Primeiro eixo - Saúde Ambiental: ausência de saneamento básico, falta de educação ambiental, dificuldade de articular a coleta seletiva e de armazenamento do lixo, uma vez que muitas pessoas sobrevivem da venda de resíduos sólidos.

Segundo eixo - Qualidade de Vida: violência, tráfico de drogas, falta de espaço de lazer, morte prematura dos jovens e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Terceiro eixo - Articulação Comunitária: enfraquecimento e ausência de comunicação entre os líderes e falta de conhecimento dos equipamentos sociais.

Quarto eixo - Qualidade dos Serviços de Saúde: grande demanda, assistência de saúde precária, estrutura física do CSF inadequada e equipes de ESF incompletas.

O processo de territorialização proporcionou uma aproximação dos residentes ao território de atuação e aos profissionais de saúde, favorecendo um olhar diferenciado sobre os processos

de trabalho da ESF. Identificamos que a diversidade de categorias (enfermagem, odontologia, serviço social, psicologia, fisioterapia, e nutrição) envolvidas no desenvolvimento da territorialização trouxe uma riqueza nos múltiplos olhares e percepções sobre o território e as necessidades da população, contribuindo com uma prática interprofissional para cada residente.

Tudo isso foi essencial para integração desses atores nas duas oficinas do PP, que aconteceram duas semanas depois. Os encontros proporcionaram momentos de resgate sobre a história da comunidade, conquistas e dificuldades, e estabeleceram ações visando resolver alguns problemas prioritários.

No eixo Qualidade dos Serviços de Saúde o problema central foi a alta demanda. Para o mesmo, foram planejadas três ações: implementar o cartão familiar de identificação por equipe de ESF; criar o mapa da área por equipe do CSF e realizar oficinas com os profissionais do setor do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e os ACS.

O eixo Saúde Ambiental entendeu que o problema central era a falta de educação ambiental, assim as ações pactuadas foram: articular com as escolas para execução de oficinas e o dia D da educação ambiental; realizar o mapeamento e oficinas com os recicladores locais; e fortalecer lutas em prol do saneamento básico.

No eixo de Articulação Comunitária dois problemas foram destacados como centrais: desarticulação comunitária e falta de conhecimento sobre a articulação. As ações elaboradas para os mesmos foram: fortalecer o projeto que já articula na comunidade os equipamentos sociais

e estimular a rede; criar Banco de Informações sobre a rede e planejar forma de divulgação da rede e executar.

No eixo Qualidade de Vida o problema central envolvia os seguintes aspectos: morte precoce da juventude, ausência de espaços de lazer, a grande incidência de doenças crônicas inclusive em adultos jovens, mapeamento dos catadores de material reciclável e dos seus problemas de saúde, o tráfico de drogas e elevados índices de violência, e a ausência de saneamento básico ocasionando muitas doenças que também foi entendido como QV. Algumas ações foram pensadas no sentido de discutir temas de interesses da juventude e intensificar estratégias de educação em saúde.

Os resultados apontados no eixo QV trouxeram muitas reflexões, inquietações e questionamentos acerca de como a saúde dos usuários é afetada por diversas situações de vulnerabilidade social e risco ambiental presentes no Jangurusu. Não se pretende explorar os demais eixos devido à extensão do assunto.

Este relato é um recorte dos resultados obtidos no processo de territorialização vivenciado pelos residentes do PRMSFC abordando os aspectos da saúde, ambiente e QV encontrados no PP e no dia a dia do processo de trabalho destes profissionais.

Discussão

O conceito de campo na saúde envolve: a biologia humana, a qual abrange a herança genética e os processos vitais; o meio ambiente, que inclui o território geográfico, como vivo e dinâmico, envolvendo a ecologia e as relações existentes; o estilo de vida, do qual resultam decisões pessoais, lazer, cuidados com o corpo,

trabalho, filosofia de vida, comportamentos aditivos; e a organização da assistência à saúde, que compreende a assistência e os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção em saúde¹⁴.

A QV é conceitualmente definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto sociocultural, que considera seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁵. Por sua vez está relacionada com o bem-estar pessoal e abrange aspectos como o estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida¹⁶.

Sabe-se que a QV sempre vai depender da interseção das diversas Políticas Públicas como saúde, educação, segurança, qualidade da água e do solo, infraestrutura, saneamento básico dentre outros. QV também é viver em um ambiente saudável, é ter bom relacionamento com as pessoas, é sentir-se feliz quanto indivíduo e como coletivo.

Dessa forma, foi possível perceber o quanto as características do lugar interferem na QV das pessoas, no desenvolvimento dos processos de adoecimento e no conceito de saúde para cada um.

A comunidade é constituída, em sua maioria, por trabalhadores empobrecidos que vieram de regiões do sertão Cearense ou de zonas de especulação imobiliária em Fortaleza. É marcada por exclusão social, deficiência de acesso a espaços de lazer e cultura, a baixa escolaridade, habitação precária, carência alimentar, meio ambiente insalubre, condições inadequadas de infraestrutura urbana e área de abundantes pontos de comercialização de drogas e de bebidas alcoólicas.

Outra característica bastante evidente

que merece destaque é a quantidade de igrejas, sobretudo, evangélicas de diversas denominações. Os moradores afirmaram que frequentam esses espaços em busca de força e esperança para continuar a viver com tantas situações limites.

Aliado a isso, muitas pessoas religiosas prosperaram financeiramente trabalhando no comércio e conseguem modificar sua realidade. Atribuem essa situação a sua fé em um ser maior e na esperança de mudança. Fato que corrobora com a história forte de lutas da comunidade.

A literatura científica tem demonstrado que a espiritualidade e a religiosidade têm relação com a saúde e conseqüentemente com a QV física e mental¹⁷. Estudos de saúde pública demonstram que adolescentes e jovens que tem vivências na religião tem uma menor probabilidade em se envolverem em situações de risco social, delinquência, prática de crimes, gravidez na adolescência e até uso de medicação psiquiátrica¹⁸.

Somado a isso, percebe-se outra questão importante que se refere à quantidade expressiva de moradores que vivem do lixo, isto é, da captação e venda de produtos recicláveis, haja vista, a própria história do bairro remonta este cenário. Além disso, estes moradores estão sujeitos a desenvolverem sérios problemas de saúde, pois ficam expostos a gases tóxicos, material orgânico em decomposição, picadas de insetos, exposição solar prolongada, dentre outros. Daí a preocupação de resgate desses sujeitos para terem acesso aos serviços de saúde na busca de melhoria de seu bem-estar.

Através de diálogos com os catadores do bairro, para obter-se um diagnóstico

rápido em saúde, percebeu-se várias demandas relacionadas ao estado de saúde-doença dos moradores, refletindo desta forma sobre a realidade do território: alergias, micoses, tuberculose, saúde bucal, desnutrição, lombalgias, hanseníase, falta de documentos básicos como registro de nascimento, identidade e cadastro de pessoa física, uso de drogas, doenças gástricas e oftalmológicas, dentre outras, que necessitam de uma equipe multiprofissional para o cuidado desse público. Entretanto, muitas vezes, sequer têm acesso ao CSF devido ao preconceito social e porque diariamente eles saem de casa bem cedo para trabalhar e não vão para o acolhimento que só acontece pela manhã.

Essa realidade contrasta com a importância desses trabalhadores, pois eles são considerados verdadeiros agentes ambientais e são indiretamente responsáveis por grande parte da retirada desse material do meio ambiente. Dessa forma, a devolução desse material às indústrias para reutilização, contribui para a redução dos agravos a saúde e sustentabilidade do planeta¹⁹.

Para os autores Passamani, Silva e Araújo²⁰ ter acesso à saúde não é simplesmente ter um serviço “posto” na comunidade oferecendo atendimento médico. Faz-se necessário que as políticas fomentadas possibilitem novos modos de os usuários entrarem e estarem nos serviços de saúde, que podem ser viabilizadas no vínculo profissional-usuário, pela participação popular e pelas práticas de promoção à saúde.

Outro dado alarmante para o processo saúde-doença é a quantidade de pacientes com hipertensão arterial e diabetes atendidos pela ESF do Jangurussu. Esses

pacientes são acompanhados pela ESF através do HIPERDIA, que é o Programa de Atenção a pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que realizam estratégias de prevenção e controle dessas doenças.

Essa problemática foi uma dificuldade que a equipe de ESF relatou. Atualmente são acompanhados em média 1.800 pacientes de acordo com os prontuários cadastrados nos dois CSF e existem áreas sem cobertura do ACS e a captação desses pacientes fica prejudicada. Os residentes da fisioterapia e da nutrição fazem educação em saúde no grupo de HIPERDIA durante o turno de consulta com o médico ou o enfermeiro da equipe, no qual é discutida a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física aliado à medicação visando o controle da doença e melhoria da QV.

São apontadas diversas causas para o aumento da prevalência de doenças crônicas como: envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida no Brasil e principalmente pelo estilo de vida e má alimentação.

Entretanto, nesse território, além desses fatores que são nacionais pode-se detectar alimentação inadequada, rica em sódio e gordura, devido ao consumo de alimentos enlatados, temperos artificiais, embutidos, frituras, refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinho industrializados por ser de baixo custo e fácil acesso nos pequenos botecos da comunidade.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os adultos jovens são especialmente vulneráveis às doenças crônicas, pois estão mais expostos a riscos por dificuldades econômicas, fatores ambientais e sociais, tendendo a

desenvolver doenças cada vez mais jovens, frequentemente com complicações²¹.

Aliado a esse fator, existe o sedentarismo pela falta de espaço de lazer e de incentivo à prática de atividade física ou porque o morador acorda cedo, vai trabalhar em outros bairros distantes, e retorna tarde devido a extensa jornada e precarização do trabalho, obrigando-o a ter várias atividades para complementar a renda.

Vários são os fatores de risco que contribuem para a hipertensão arterial e, dentre eles destaca-se a obesidade, ingestão de bebida alcoólica, inatividade física e tabagismo. O excesso de massa corporal e o sedentarismo são fatores predisponentes para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade²².

Dentro do contexto da QV, outro ponto que ganha destaque é a falta de políticas para a juventude ou a ineficiência delas, o que promove o aumento da violência e leva muitos moradores a viverem reclusos dentro de casa. As situações de estresse e de pânico provocam situações adoecedoras, que geram muitas demandas para saúde mental.

Historicamente, no contexto brasileiro, as políticas públicas de juventude em sua maioria, têm se configurado como “entretenimento” provisório e alheio aos intensos problemas sociais ocasionados pelas medidas de ajuste estrutural. Os desafios que a formulação e a implementação das Políticas Públicas para a juventude impõem, explicitam a necessidade de aplicação e ampliação

de recursos financeiros. Assim como o planejamento participativo na escolha de como será investido esses recursos, que antes de serem considerados gastos, devem ser investimentos que produzirão impactos positivos na sociedade como um todo²³.

O sistema econômico capitalista produz tamanhas desigualdades que são vistas no território. O município de Fortaleza mantém ainda hoje um grupo muito rico e uma grande massa de pobres e miseráveis. É a quinta cidade mais desigual no mundo. A cidade cresce desordenadamente, aumentando a amargura dessa população, que sofre com a falta de infraestrutura e desigualdade social gigantesca. A deficiência dos serviços públicos, incompletos e mal distribuídos impede que uma significativa parcela da população se beneficie de equipamentos que poderiam ser mais socializados²⁴.

Trata-se da capital mais densamente povoada do Brasil, e a quarta capital em número de aglomerados subnormais (ou seja, ocupações irregulares e/ou ilegais vivendo com serviços públicos precários) com uma população de 369.370 habitantes (16% da população total) vivendo em condições mínimas de vida de acordo com dados do Censo Demográfico 2010²⁵.

São muitas inquietações que permeiam o cotidiano dos residentes; é necessário refletir sobre o processo de adoecimento da comunidade, como atuar de forma mais resolutiva quando o ambiente não favorece. Essa vivência permite afirmar que promover saúde no ambiente do Jangurussu não é tarefa simples, nem somente da ESF, pois se trata de um lugar muito vulnerável devido ao risco social elevado e devido às precariedades das condições de vida da população.

Considerações finais

A vivência da territorialização possibilitou conhecer um pouco da dinâmica social e familiar da comunidade selecionada pelo PRMSFC para os profissionais residentes desenvolverem suas atividades de prevenção, promoção e assistência. Transformou, assim, a prática, antes predominantemente clínica, centrada na doença e na abordagem individual; agora, focada na promoção de saúde e abordagem coletiva associada à clínica, agregando novos valores e conceitos à visão de saúde, rompendo com os conceitos oriundos de uma formação médico-centrada.

Foi preciso vencer diversos preconceitos como: ir contra o estigma da violência, a barreira de caminhar pelas ruas da comunidade, de “sujar os sapatos” nas ruas sem saneamento e descobrir que essa sujeira também está na casa dos moradores, de ouvir os moradores e lideranças, respeitando o conhecimento e a participação popular. Foi acima de tudo uma experiência de contato com as reais necessidades de saúde das pessoas.

Diante desse contexto, foi possível repensar a concepção de cuidado e de assistência que os residentes precisam realizar. Percebeu-se que saúde não se faz só nas unidades de saúde e de forma individual. Pelo contrário, fazem-se necessárias ações coletivas, de forma integrada e articulada com todos os níveis de atenção e a rede de serviços de saúde.

Sabemos que é o começo de tudo. Ainda temos muitos desafios para realizar com eficiência o cuidado integral que é direito de todos os cidadãos. O que em princípio poderia ser percebido como um lugar só de pobreza, miséria, violência e

lixo foi se tornando um espaço riquíssimo, de aprendizagem mútua entre residentes, profissionais dos CSF e comunidade, de solidariedade, de construção da cidadania e de vínculo²⁶.

Ao concluirmos esse estudo buscamos deixar elementos que poderão contribuir para a reflexão crítica sobre o processo de territorialização na APS. Esperamos ter apresentado alguns benefícios resultantes deste estudo, que poderão ser úteis à sociedade de modo geral, à comunidade científica e aos sujeitos do estudo, onde contribuíram para o desvelamento dos obstáculos e dos pontos exitosos no processo de territorialização como objeto desta investigação. Colocamos esta experiência à disposição para os demais CSF de Fortaleza e outros Municípios do país.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde provedor desse processo de formação, inserção profissional e militância pela Saúde Pública que é a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Aos informantes-chaves do Grande Jangurussu (moradores, profissionais de saúde, gestores do CSF e SER VI, lideranças locais e entre outros) que se disponibilizaram a fornecer informações valiosas sobre a história de luta, resistência e conquistas desta comunidade, contribuindo assim para o Processo de Territorialização.

Referências

1. The WHOQOL Group. Development of the world Health organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med* 2000; 28(3):551-558.

2. Aristóteles, A. *Ética*. São Paulo: Edipro, 2003.
3. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
4. Fleck MPA, Chachamovich E. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: Fleck, MPA et al. *Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, Artmed, 2008, p. 61
5. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.
6. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.* 2001; 6(1):17-25
7. Ceccim RB. Debate (Réplica). *Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(16): 161-177
8. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2011; 8(3): 387-406
9. Monken M, Barcellos C. Vigilância em Saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005; 21(3): 898-906
10. Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo; Hucitec; 2010, p. 411.
11. Rigotto RM, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23 Sup 4:S475-S501.
12. Demo P. *Investigación participante: mito y realidad*. Buenos Ayres: Kapelusz, 1985.
13. Cordioli S. *Planejamento participativo de projetos: Introdução à Moderação de Grupos*. Concordia/SC; 2010. Disponível em: < www.scordioli.com.br>. Acesso em: 10 de Julho de 2012. Santos, IE. *Textos Seleccionados de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica*. Rio de Janeiro: Ímpetus; 2003.
14. Pucci GCMF, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em Adultos. *Revista Saúde Pública*, 2012; 46(1):166-79.
15. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Coletiva.* 2000; 5(1): 7-18. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100002
16. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(2): 580-88.
17. George LK, Larson DB, Koenig HG. Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2000; 19(1): 102-116.
18. Fleck MPA, Chachamovich E. Espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck, MPA et al. *Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, Artmed, 2008, p. 177-196.
19. Calderoni, S. *Os bilhões perdidos no lixo*. 4ª ed. São Paulo: Humanitas; 2003.
20. Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. *Revista Odontologia.* 2008; 10(2): 37-45.
21. Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Apr 28] ; 31(4): 662-669.
22. Pierin AMG, Mion JD, Fukushima J, Pinto A, Kaminaga M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e a gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(1): 11-8.
23. Sposito M. Trajetória na constituição de Políticas públicas de juventude no Brasil. In: FREITAS & PAPA (Org). *Políticas Públicas: juventude em pauta*. São Paulo: Cortez/Ação Educativa, 2003.
24. Silva JB. *Nas trilhas da Cidade*. Fortaleza: Museu do Ceará. Secretaria de Cultura e Desporto do Ceará; 2001 (Coleção Outras Histórias).
25. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] [citado 2013 Mar 01]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/aglomerados_subnormais/agsn2010.pdf
26. Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000. 202p

Fonte Financiadora:

Ministério da Saúde, executada pelo COGETS e certificada pela UECE.

Endereço para correspondência:

Maria José Ramos Lima
Rua Antônio Augusto, 1571 Aldeota
CEP: 60.110-370
Fortaleza – Ceará
E-mail: tatiane.melo.ramos@gmail.com