

Levantamento de Fatores de Risco das Microáreas 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

Fabício Ito

Isabella Romero

Jamilly Grava Miranda

Jéssica Barbosa Parzewski

Karen Fernanda Ramos Pereira

Melina Komatsu De Souza

Sabrina Roquette

Universidade Estadual de Maringá / Acadêmicos do primeiro ano de Enfermagem da UEM

Marcílio Hubner de Miranda Neto

Universidade Estadual de Maringá / MUDI / SER Maringá/
Lions Clube Universitário Integração

hubnermar@gmail.com

Apoio: FINEP – Agência Brasileira da Inovação

Resumo

Nesse trabalho foram abordadas as experiências vivenciadas durante o processo de visitação e os levantamentos relacionados às famílias e ao território das microáreas 1 e 2 da equipe 10 de saúde da família da Unidade Básica de Saúde de Pinheiros de Maringá – PR. As microáreas 1 e 2 são formadas em parte pelo Conjunto Patrícia e parte pelo Jardim Liberdade – as duas microáreas possuem ruas asfaltadas, rede de esgoto, coleta regular de lixo. O problema de saúde de maior incidência foi a hipertensão arterial 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-chave: território, risco, educação fiscal, controle social.

Introdução

O Curso de enfermagem da UEM tem por objetivo formar enfermeiros com competência técnico-científica e política nas áreas assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisas, desempenhando suas atividades profissionais junto a indivíduos, famílias 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.

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”, sendo que o terceiro ano tem como eixo integrador o “controle social”.

Um dos primeiros pontos a ser compreendido pelos alunos é que a 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 à 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 na qual 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 aqueles termos 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, no qual 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, 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; 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.

Por conseguinte, apresentamos o termo população que, segundo 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 retratados 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.

Objetivou-se conhecer população, território e risco do ponto de vista teórico e aplicar estes conceitos nas microáreas 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.

Metodologia

A estratégia para realização do estudo consistiu de várias etapas: estudos teóricos em sala de aula; visita de reconhecimento às microáreas 1 e 2 acompanhadas 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; Visita 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 microáreas para efetuação da coleta de dados e preenchimento da ficha A.

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 (microárea) tem de ser compreendido em interação geográfica, humana e social com os territórios onde atuam outros grupos, quer seja o conjunto de microáreas de cada equipe de saúde ou ainda de toda a Unidade Básica de Saúde.

Ao percorrermos as ruas à pé, num primeiro momento acompanhados 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”.

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

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 à 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 (Figura 1).

Os problemas verificados nas calçadas parecem resultar do desconhecimento de proprietários, pedreiros e população em geral. Constituiu-se surpresa para os acadêmicos de enfermagem deste grupo de trabalho descobrir que existem leis municipais que dispõem 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 a lei e aos seus direitos, bem como de acionar e cobrar da prefeitura que deixe de se omitir e faça cumprir o artigo 109.

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 isso será necessária uma ação fiscalizadora eficaz por parte da prefeitura e de cada cidadão.



Figura 1 – Fotografias evidenciando as características das calçadas nas microáreas 1 e 2 da equipe 10 de saúde da UBS de pinheiros.

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.

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 a residências. Somando-se à problemática mencionada, um membro da equipe de saúde referiu existirem dois 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 alvos de furtos e de roubos.

A insegurança da população e suas tentativas de contornar o problema são evidenciadas pela existência de grades, muros com cacos de vidro e arame farpado, cercas elétricas, portões extras de segurança, e cães para alerta. As questões levantadas representam uma ameaça à segurança pública, que deve ser garantida pelo poder público, utilizando-se para isso dos recursos oriundos dos impostos que todos os 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 também 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).

Ficha A

Por ocasião do preenchimento da ficha A, em diversas residências a população mostrou-se desconfiada com a ação dos alunos. A Maioria dos entrevistados (70%) utiliza plano de saúde por considerar o atendimento do SUS muito demorado. Houve 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 paciente com hipertensão arterial. Defrontamo-nos 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, não confirmam a informação.

Frente aos fatos e às situações contraditórias entendemos que pessoas de melhor nível cultural que se propõe a utilizar o atendimento da UBS logram mais êxito 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 maiores dificuldades para exigir seus direitos.

Nos casos das microáreas 1 e 2 que se encontram 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 se ofenderem sempre que os problemas de saúde de um território são apresentados e atribuir a não resolução apenas ao desinteresse da população.

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

A Alta incidência 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 disso, cabe destacar que a falta de segurança dos moradores “denunciada” pela presença de diferentes aparatos como cercas elétricas, cacos 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.

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 a importância dos 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 e quais as áreas mais críticas.

Em suma, é necessário que cada cidadão contribua com seus conhecimentos da área da saúde, da educação, do esporte, é 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 esses

profissionais, podemos destacar: 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; fiscais que impeçam a obstrução com entulhos ou materiais de construção e cobrem a recuperação das calçadas deterioradas 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 isso 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, além de 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 a 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 os 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 aqueles 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 usuária do SUS e por outro, membros da equipe de saúde argumentam que prestam esclarecimentos, existe aí um indício 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.

Conclusão

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 cinco módulos previstos para a Educação Fiscal entendemos que os dois que se destinam ao ensino básico poderão formar futuros cidadãos 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 cidadãos. 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 talvez 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.

- BARROS-NETO, T.L. **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. **Microárea 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.