



Saúde em Redes, v.4, Supl. n. 2 (2018). ISSN 2446-4813

Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida

TÍTULO	PÁG.
PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO AMAZÔNICA DO BRASIL	168
PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	170
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS QUE EVOLUÍRAM PARA ÓBITO POR AIDS/TUBERCULOSE EM PORTO VELHO-RO, PERÍODO DE 2006 – 2010 .	172
PROJETO PEDAGÓGICO CLUBINHO DE LEITURA DO BAÚ: DESCREVENDO EXPERIÊNCIAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE JUNTO AOS JOVENS DO SERTÃO	173
PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM ÁREA RURAL: UMA EXPERIÊNCIA EM COMUNIDADE RIBEIRINHA AMAZÔNICA COM USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	175
PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CENÁRIOS DA IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 28ª REGIÃO DE SAÚDE/RS	178
PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	180
PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS DECISÕES COTIDIANAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	182
PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS E PROCESSO FORMATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	185
PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PRIMÍPARAS E SUAS DIFICULDADES	188
PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE EM UMA ZONA RURAL DE MANAUS.	191
PERCEPÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE SOBRE OS BENEFÍCIOS PRÁTICOS DECORRENTES DA CAPACITAÇÃO	192
PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA ENFERMAGEM: SÍNTESE REFLEXIVA COMPARANDO PROJETOS DE ANGOLA, BRASIL, CABO VERDE E PORTUGAL	195
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE - CORDEL	196
PROMOVENDO EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: INTERVENÇÃO DE UMA LIGA ACADÊMICA NO PRIMEIRO SIMPÓSIO PARAENSE DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO	197



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

REFLEXÕES SOBRE A DIFUSÃO DOS CONHECIMENTOS DE PLANTAS MEDICINAIS COM JOVENS DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA	200
REFLEXÕES SOBRE O PROTAGONISMO DE MORADORES DE UMA COMUNIDADE INDÍGENA CIDADINA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	203
SAÚDE E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E CONQUISTA	206
TÍTULO: MOBILIZAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): VISIBILIDADES E POSSIBILIDADES DE GARANTIA E CONQUISTA DE DIREITOS SOCIAIS.	209
UM OLHAR HUMANIZADO SOBRE A DOENÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PRÁTICA HOSPITALAR.	211
“ENVELHECENDO EM COMUNIDADE” - UMA COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	214
“PRECISAMOS FALAR SOBRE OS TERREIROS”: O CUIDADO EM SAÚDE NAS RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS	216



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO AMAZÔNICA DO BRASIL

Lânderson Laífe Batista Gutierrez, Maria do Socorro Bandeira de Jesus, Mario Roberto Vêner, Simone Mendes Lima, Soraia Nedeff de Paula, Valéria Moreira da Silva

APRESENTAÇÃO

O Projeto promovendo a saúde da pessoa idosa na comunidade há nove anos vem incentivando o protagonismo e empoderamento do idoso de comunidades periféricas do município de Porto Velho, Rondônia frente às questões sociais e de saúde pública. Trata-se de um projeto de extensão universitária que tem como finalidade estimular a vivência intergeracional e o envelhecimento ativo. Faz uma conexão dos saberes popular e científico por meio da interação do jovem universitário, com participantes de uma associação de idosos, de forma a promover o debate do envelhecer e o ensino-aprendizagem. O projeto adota os pensamentos de metodologias ativas na perspectiva da pedagogia da autonomia, de autoria do educador Paulo Freire, com o intuito de aproximar a discussão entre o meio acadêmico e comunitário. As Conferências de Saúde são canais de participação popular e controle social, nesses espaços são formuladas as políticas de saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar a participação ativa de idosos nas conferências de saúde do município de Porto Velho e do Estado de Rondônia no ano de 2015.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

A descrição do relato de experiência surgiu da atuação de professores, estudantes e integrantes idosos da sociedade. A participação protagonista dos idosos aconteceu nas últimas conferências: Pré-Conferência Municipal de Saúde do Bairro Marcos Freire, Conferência Municipal de Saúde do Município de Porto Velho e Conferência de Saúde do Estado de Rondônia, realizadas no ano de 2015. Os idosos são participantes ativos da Associação de Idosos do Bairro Marcos Freire, zona Leste de Porto Velho, funciona de forma autosustentável e conta com a parceria dos Departamentos de Enfermagem e de Educação Física da Universidade Federal de Rondônia – UNIR. A associação registra cerca de 80 idosos associados dos quais 25 têm participação ativa. Os demais participam esporadicamente por motivos sociais e de saúde relevantes, como dependência nas atividades de vidas diárias, cadeirantes, ausência de transporte, agravos de saúde e outras vulnerabilidades sociais. O Projeto desenvolve semanalmente rodas de conversas estimulando a interação entre os participantes, e ações sociais voltadas à prevenção e promoção em saúde, com equipes multidisciplinares envolvendo enfermagem, educação física e fisioterapia. Para esse relato foram feitos registros de participações e observação da atuação dos idosos no debate das políticas de saúde. Participaram com voz ativa na primeira etapa da conferência cinco delegados com idades entre 75 e 87 anos. Na etapa da conferência estadual contou com dois idosos.

RESULTADOS/IMPACTOS

Os idosos da comunidade Marcos Freire, bairro periférico de Porto Velho, tem um histórico de participação ativa nos debates sociais, sendo esses estimulados, principalmente pela fundadora da associação, que tem trajetória em movimentos sócio-ambientais e também da associação das costureiras no Estado do Acre. A primeira participação dos idosos aconteceu na pré-conferência de saúde municipal, realizada nos bairros da cidade de Porto Velho. Nessa etapa os idosos foram os principais participantes em sua comunidade,



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

trazendo temas importantes para discussão como a necessidade de melhorar as políticas públicas no atendimento ao idoso, a segurança e previdência social, acessibilidade, respeito ao Estatuto do Idoso e reconhecimento da pessoa idosa como integrante ativo na vida familiar. Discutiu-se também infraestrutura física, recursos humanos e ferramentas de trabalho das unidades básicas de saúde e atuação da Equipe de Saúde da Família. Dessa pré-conferência foram eleitos por votação cinco delegados idosos, sendo percebido o protagonismo dos mesmos frente às exigências de mudanças para a saúde. A Conferência Municipal de Saúde de Porto Velho foi uma etapa bem representativa, com excelente participação da delegação de idosos que trouxeram para o debate a situação de vulnerabilidade social do idoso e os problemas institucionais de saúde enfrentados. Discorreram sobre a condição da pessoa que envelhece e não consegue ter seus direitos respeitados, a negligência familiar, da Sociedade e do Estado frente aos problemas do cotidiano. Essa Conferência Municipal foi a que teve maior participação de idosos, com voz e voto no processo de formulação de propostas para melhoria das políticas públicas de saúde. Na disputa, foram eleitos dois delegados idosos para a etapa estadual. Na Conferência Estadual de Saúde, realizada pelo Estado de Rondônia, os idosos apresentaram questões de desafios ao envelhecimento saudável, necessidade de fortalecimento do conselho do idoso visando garantir o exercício da cidadania. Foram propostos mais orçamentos e recursos financeiros para promoção de saúde e bem estar na maturidade; maior responsabilidade do Estado, e participação da família e comunidade na integração ativa, plena e produtiva do idoso na sociedade, bem como em seu cuidado e atenção diária; respeito à autonomia, não discriminação, bom tratamento e atenção preferencial de acordo com a legislação vigente. Além de as conferências terem sido um espaço para formulação das políticas públicas de saúde, serviu também como oportunidade para os idosos denunciarem casos de maus tratos físicos, psicológicos e simbólicos que já presenciaram em suas comunidades, praticados por familiares ou outras pessoas: violência física e psicológica, negação à alimentação, perda da autonomia financeira, abandono do idoso pela família, desrespeito ao atendimento preferencial, acidentes dentro de ônibus causadores inclusive de fratura de fêmur e o mau atendimento pelas equipes de saúde. Dentro da conferência foi percebido o exercício da cidadania do idoso, tentando quebrar o tabu de que envelhecer é adoecer e/ou perde a autonomia. Dessa forma mostram que o envelhecimento ativo não é somente ter a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, mas sim, participação contínua nas questões sociais, culturais, econômicas, espirituais e civis. Os idosos participantes da conferência tiveram o sentimento de valorização, admiração e realização, sendo peça fundamental para a voz tão calada de pessoas de sua faixa etária. Foi uma participação significativa, deixando como principal impacto a existência de idosos que lutam pelo seu direito de saúde e que mostram uma velhice diferente das apresentadas no imaginário social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do idoso foi importante no processo democrático e deliberativo das políticas de saúde previstas para os próximos quatro anos no âmbito do Município e Estado. Para a etapa Nacional, nenhum idoso concorreu à vaga de delegado devido às condições físicas e de saúde limitadas por motivos de diabetes, hipertensão descontrolada e outros. Contudo, nas etapas em que participaram, todos tiveram oportunidade de exercer a cidadania, com firmeza, reconhecimento e valorização social. O empoderamento do idoso possibilitou repensar as políticas de saúde pública a essa população e a valorização do processo do envelhecimento como ato fisiológico.

Palavras-chave: Idoso; envelhecimento; controle social



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Clísten Alves Corrêa, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque, Herika Paiva Pontes, Karla Maria Carneiro Rolim, Maria Solange Nogueira dos Santos, Mirna Albuquerque Frota, Mirian Calíope Dantas Pinheiro, Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes

Apresentação: A partir da Constituição Federal do Brasil de 1988 iniciou o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde, nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios, além de disciplinar o controle social em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde. O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-administrativa; Participação da comunidade; regionalização e hierarquização. A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada. Esses espaços institucionalizados são os Conselhos e Conferências de saúde que assegura a população o direito de participar de forma ativa e organizada. Apesar de o SUS ter sido fruto das lutas populares e de haver espaços para que o povo possa participar, essa participação não se efetivou por grande parte da população, ficando o SUS enfraquecido. O presente estudo teve como objetivo realizar uma busca na literatura acerca da participação social como estratégia para o fortalecimento do SUS. **Desenvolvimento:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no mês de junho de 2017 nas bases de dados SciELO e LILACS com a utilização associada dos descritores: participação social, Sistema Único de Saúde (SUS) e controles formais da sociedade. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos com o texto disponibilizado na íntegra, publicados no período de 2007 a 2017, com o idioma em inglês, português espanhol. Após a leitura minuciosa dos artigos selecionados as informações extraídas foram analisadas de forma descritiva. **Resultados:** Na busca inicial foram identificadas 28 publicações, sendo 16 na LILACS e 12 na SciELO, foram excluídos estudos em duplicidade e que não atendiam ao tema proposto, restando 8 artigos que compuseram a amostra final. A participação da comunidade é essencial para o funcionamento do SUS. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde reafirma que é necessário a estimulação, o fortalecimento da mobilização social e a participação da população nos diversos setores da sociedade, visando à efetivação e ao fortalecimento do controle social pelos meios legais disponíveis, na formulação e na execução das políticas públicas direcionadas à construção do SUS desejado para população. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo. Definem o que deve



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

ser feito, fiscalizam e avaliam o que foi feito. Ao Estado cabe o papel governar, enquanto que a comunidade organizada, por meio das entidades representativas, exerce a função de administrar, cuidando do interesse coletivo. No entanto, estudos constataram que essas ações nem sempre correspondem ao verdadeiro papel do conselho ou são realizadas de forma fragmentada. O Conselho tem papel importante na saúde do município, porém a atuação e as ações desenvolvidas mostram-se de forma superficial e pouco efetiva. Dessa forma, há uma quebra no elo entre o conselho e a sociedade, o fato dessa interação não ocorrer pode contribuir para a diminuição do interesse popular em se envolver no controle social. O que se observa é que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude. Contribui para isso a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los. Ao transferir poderes a seus representantes, o cidadão define uma carga de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas, ressaltando que estes responderão não apenas aos interesses pessoais e sim do coletivo. Assim, ao falar de controle social não se pretende apenas que se consigam implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios e os desvios na aplicação dos recursos públicos. Busca-se assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde. De um lado, portanto, o controle tem um sentido de vigilância e responsabilização. Do outro, tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública. Embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos, e, por muitas vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Considerações finais: Apesar de suas contradições e fragilidades, os Conselhos têm sua importância, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população e em que o público é tratado como posse de pequenos grupos de privilegiados. É preciso que o controle social aconteça na prática, para que não fique apenas em lei e que a sociedade civil ocupe de modo pleno e efetivo esses diversos espaços de participação social. Dessa forma, buscar fortalecer a gestão participativa, nas três esferas de governo, entre todos os setores e os Conselhos de Saúde, no sentido de contribuir para articular, mobilizar e estimular a participação popular na elaboração e modificação dos termos de compromisso do pacto de gestão, para defender o SUS, mudança no modelo de atenção e fortalecer a participação popular, com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade, são alguns dos desafios a serem enfrentados. Por fim, devemos instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social em políticas públicas de saúde, pleiteando constituir um Brasil, como referência mundial, em boas práticas na área de fiscalização e controle social em saúde.

Palavras-chave: Participação Social, Sistema Único de Saúde (SUS), controles formais da sociedade.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS QUE EVOLUIRAM PARA ÓBITO POR AIDS/TUBERCULOSE EM PORTO VELHO-RO, PERÍODO DE 2006 – 2010 .

Aline Costa Ferreira

INTRODUÇÃO: A coinfeção HIV/TB tem se tornado problema de saúde pública nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento, uma vez que a tuberculose é a principal causa de óbitos entre os doentes de aids. **Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico dos usuários que evoluíram para óbito por aids/tuberculose em Porto Velho-RO, período de 2006 a 2010. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados da base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), das declarações de óbitos e dos prontuários dos usuários. Utilizou-se como instrumento um formulário específico com questões direcionadas aos objetivos do estudo. **Resultados:** Foram registrados no período de 2006 a 2010, 16 óbitos por aids/TB. Prevaleceu o sexo masculino 68,75%. A faixa etária mais acometida foi de 41 a 50 anos para homens 50% e de 31 a 40 anos para mulheres 31,25%. Estudaram de 1 a 3 anos 31% e a ocupação mais frequente foi dona de casa 25%. Todos os usuários 100% residiam em área urbana, 37% destes moravam na zona leste de Porto Velho. Quanto ao estado civil 62,50% eram solteiros. Clínico e epidemiologicamente 81% eram heterossexuais e o provável modo de transmissão se deu principalmente por contato sexual 88%. Fizeram uso de antirretrovirais 75% dos usuários e 75% usaram esquema anti TB. Predominou a forma pulmonar da tuberculose 87% com um tempo de sobrevida entre o diagnóstico e o óbito menor que dois meses 50%. **Conclusão:** Percebe-se que a forte relação dessas duas doenças, demanda a interação das ações de controle desenvolvidas pelos programas de TB e de HIV/aids os quais permitirão melhor gerenciamento dos recursos direcionados para treinamento de pessoal, para o diagnóstico dos dois agravos na perspectiva de e para controlar, a redução do abandono dos respectivos tratamentos e consequentemente a redução da quantidade de óbitos no Município.

Palavras-chave: Coinfeção HIV/AIDS, Tuberculose.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PROJETO PEDAGÓGICO CLUBINHO DE LEITURA DO BAÚ: DESCRREVENDO EXPERIÊNCIAS COLETIVAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE JUNTO AOS JOVENS DO SERTÃO

Leidy Dayane Paiva de Abreu, Raimundo Augusto Martins Torres, Maria Deniza Paulino da Silva, Maria Ivanilce Pereira dos Santos, Aretha Feitosa de Araújo

Apresentação: As juventudes vêm ocupando diversos espaços, como no caso das associações comunitárias juvenis, atuando com a promoção do cuidado em saúde. Esses cenários são relevantes pelas crescentes mobilizações da juventude nas associações, coletivos jovens, mas também pela amplitude de suas expressões na arte, na cultura, na leitura de mundo e na construção de novas formas de sociabilidade no campo e na cidade, nas áreas da cultura popular, da educação popular em saúde. Uma vez que a educação popular pode ser conceituada como um campo de saber onde há uma intencionalidade na relação teoria-prática, em que atores mantêm uma dinamicidade das interações mediadas pelos processos comunicacionais cuja finalidade é a transformação social, uma consciência para emancipação de sujeitos. A vivência tem como objetivo descrever as experimentações de vida e práticas de educação popular em saúde das juventudes do projeto pedagógico “Clubinho de Leitura do Baú – CLB: narradores do sertão”. **Desenvolvimento do trabalho:** O traçar metodológico foi por meio de um relato de experiência em um espaço de Educação Popular Associação dos Jovens do Irajá - AJIR/ Biblioteca 21 de Abril, apresentando a experiência de um coletivo jovem por meio de expressões artísticas e culturais como desenhos, redações, música e teatro. A associação foi construída com o desejo dos jovens em implantarem uma biblioteca comunitária no distrito de Hidrolândia, conhecido como Irajá, nos anos 80. Logo a juventude fez a ocupação permanente do espaço doado pela Prefeitura e fundam a Biblioteca 21 de Abril, denominada assim, por ser criada nesta mesma data em que realizam a sua reforma e organização do espaço a qual passa a se tornar sede da associação. Neste ambiente os jovens irajaenses se reúnem até hoje para planejar e executar as atividades culturais, de leitura com a Implantação do Baú da Leitura e diálogos sobre a saúde. As atividades são realizadas pela participação ativa da pesquisadora, enfermeira, representante da AJIR, com acompanhamento pedagógico e logístico das ações de mais quatro integrantes da associação. Os atores sociais envolvidos são crianças, adolescentes e jovens, com faixa etária de 05 a 25 anos. As atividades do Baú acontecem desde 2014 até os dias atuais, com uma média de 15 participantes cadastrados. Também ocorrem visitas das escolas do município, tanto públicas estaduais e municipais, aumentado para uma faixa de 40 pessoas, quando há presença desses visitantes. As atividades de intervenção acontecem semanalmente aos sábados de 8h às 12h na Biblioteca 21 de Abril, Irajá, distrito de Hidrolândia/CE. A escolha pelo termo jovem ou juventudes se expressa no sentido de que estes sujeitos estão imersos em contextos culturais diversos, portanto, produzindo arte e cultura mediadas pelos cotidianos de suas experimentações e vivências em grupos em território de produção de vida. A intervenção destaca as ações realizadas sobre a saúde e cultura popular do uso de plantas medicinais, das rezadeiras e parteiras da comunidade, assim como as datas comemorativas como Dia das Crianças do ano de 2017. Utilizou-se da observação sistemática e diária de campo nas ações realizadas e foram analisadas e fundamentadas no "Círculo de Cultura" de Paulo Freire. A experiência atende a Resolução nº. 466/12, CAAE: 58455116.50000.5534. **Resultados e/ou impactos:** Utilizamos os livros do baú na própria Associação, com diversas estratégias metodológicas. As estratégias foram definidas com apoio no "Círculo de Cultura"



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

de Paulo Freire. Os participantes escolheram livros e em círculo e contaram experiência da leitura. Em seguida foram feitos desenhos, redações, poemas, músicas, danças e teatro sobre o tema escolhido. Posteriormente, foram apresentados em datas comemorativas, como o Dia das Crianças para os familiares e comunidade. As atividades culturais permitiram uma rica discussão sobre o significado do Dia das Crianças e das crenças populares. A liberdade dos diálogos no grupo e as expressões artísticas e culturais desenvolvidas pelas juventudes proporcionaram resultados satisfatórios, com estabelecimento de vínculos e troca de saberes acerca do tema de interesse dos jovens. Nos momentos em roda os jovens falaram de seus sonhos profissionais, realizações pessoais, a importância da família, amigos e da AJIR em suas vidas. Citaram ainda que as atividades pedagógicas realizadas na AJIR proporcionam a criação de vínculo e confiança. Os jovens tiveram a liberdade de desenhar a Associação dos Jovens de Irajá com o Baú da Leitura e o que tinha em seu entorno, além de conhecerem novos mundos através da leitura. Comentaram que estavam conhecendo a história do distrito e valorizando os patrimônios históricos culturais da comunidade, como a estrutura e história da AJIR, além do casarão mais antigo do distrito, Palacete Oiticica ao lado da associação. Mencionaram ainda, em um dos momentos de leitura sobre as práticas populares, o reconhecimento das plantas medicinais, as parteiras e rezadeiras como parte de seus cotidianos de vida, citando que usam plantas medicinais para os chás e que já tiveram a oportunidade de uma reza para curar suas enfermidades. Cinco participantes citaram que nasceram em casa com a ajuda de uma parteira e que eram suas avós, logo no distrito não tem hospital, só na sede. A participação dos jovens no espaço da associação está cada vez mais efetiva, bem como eles se tornam multiplicadores do conhecimento, ou seja, eles dialogam com os colegas o que aprendem nos momentos em grupo, como também provocam a discussão dos temas no contexto familiar, levando para os pais a discutirem sobre muitas questões, tornando este ambiente de escuta, de aprendizado e de compreensão. O Círculo de Cultura incentiva e estimula à utilização e à expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade. Uma vez que a educação popular em saúde favorece a alteração de significados que os jovens constroem em suas vivências, porque promove o solidarismo comunitário e troca de experiência na reflexão com ação, pois o diálogo se coloca como um caminho pelo qual as pessoas ganham significação enquanto sujeitos e conquistam o mundo para a sua libertação. Considerações finais: O uso de outros espaços como a AJIR, enquanto espaço de expressão cultural e artística no campo da saúde por meio da promoção da saúde e da educação popular em saúde na formação de jovens se configura como uma abordagem inovadora e criativa, pois motiva a participação das juventudes, de forma dinâmica e interativa sobre sua saúde ao responder e retirar suas dúvidas em “perguntas” acerca do tema ligado a seus contextos de vida, deixando em evidência a experiência em campo como processo de construção coletiva de um cuidado em saúde.

Palavras-chave: jovens, saúde, cultura



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM ÁREA RURAL: UMA EXPERIÊNCIA EM COMUNIDADE RIBEIRINHA AMAZÔNICA COM USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Paulo Ricardo de Oliveira Ramos, Marcelo Gustavo Aguilár Calegare, Débora Cristina Bandeira Rodrigues, Moacir Tadeu Biondo, Rommel Gonçalves de Sá, Thaline Castro de Lima

Introdução: Em 1986 foi realizada na cidade de Ottawa, capital do Canadá a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, canalizando para esse evento a crescente demanda pela melhoria e inovação da saúde pública que se faz necessária para acompanhar o processo contínuo de mudanças na sociedade, em parte, impulsionado e influenciado pela globalização. A promoção da Saúde envolve a busca pela melhoria na qualidade de vida em todas as esferas sociais e num sentido mais amplo compreende o contexto ambiental e territorial de convivência social, superando o conceito de que o estado de saúde significa apenas ausência de doença. A partir dessa nova perspectiva do significado de saúde, destaca-se a rede de ligações sociais comunitária como fator preponderante na manutenção da vida saudável dos seus integrantes, sendo o poder público importante partícipe do processo de promoção da saúde e busca pela equidade e justiça social. Dessa forma, a universidade pública como parte da estrutura do poder público, representa a mão capaz de alcançar a população, em boa parte aqueles em situação de vulnerabilidade social, cumprindo assim o seu papel institucional de mediadora do processo de criação e implantação de políticas públicas em nosso país. Por meio de seus projetos de pesquisa e extensão a universidade pública busca fomentar e produzir condições favoráveis para que ocorram as melhorias sociais com capacitação intelectual e acesso amplo e democrático a informação, requisitos fundamentais para alavancar o protagonismo social da população. Com base no reconhecimento das potencialidades individuais e coletivas acredita-se que grupos como os ribeirinhos amazônicos passarão a ter melhores condições de encontrar soluções para problemas locais em diversas áreas, como: saúde, educação, melhoria nas condições de trabalho, entre outros. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é descrever como a prática Montagem da Paisagem do Conhecimento (MPC) idealizada e desenvolvida pelo técnico em plantas medicinais Moacir Tadeu Biondo, e realizada em parceria com pesquisadores da Psicologia e Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) conforme o projeto/edital CNPq/MCTI Nº 25/15, oportuniza a promoção da saúde pública em área rural da Amazônia.

Desenvolvimento: O método utilizado foi à pesquisa-ação e as técnicas de coleta de dados incluíram a observação sistemática e assistemática, diário de campo, gravações em vídeo e áudio e grupo focal. O local onde foi realizada a prática da MPC foi uma comunidade ribeirinha localizada na zona rural do município de Caapiranga/AM. A descrição da prática MPC entendida como promotora da educação popular em saúde com o uso de plantas medicinais baseia-se em dados obtidos em viagens a campo realizadas em 2016 e 2017 com distintas equipes interdisciplinares. De forma sistemática e cronológica a prática da MPC foi desenvolvida nas seguintes etapas: 1) iniciou com uma caminhada de reconhecimento do território e da variedade floral do local, conduzida pelo técnico; 2) reunião de apresentação e exposição aos participantes dos objetivos da prática; 3) divisão de grupos de trabalho com registro das informações dos moradores sobre a indicação das plantas medicinais conhecidas; 4) nova reunião onde o técnico em plantas medicinais expõe seus conhecimentos sobre as plantas trazidas pelos moradores; 5) todos os participantes



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

realizam uma caminhada na comunidade junto com o técnico e identificam as plantas medicinais existentes no local. Após análise dos dados coletados durante a realização da MPC, o grupo interdisciplinar elaborou e produziu uma cartilha impressa onde constam descrições sobre diversas plantas medicinais encontradas na comunidade, suas indicações no tratamento da saúde e dosagens apropriadas. O material impresso será destinado à distribuição gratuita aos moradores. A prática da MPC está alinhada a políticas públicas como o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. A participação da equipe interdisciplinar viabilizou a atividade de educação popular com cuidados a saúde de forma integrada à cultura e a realidade local. Resultados: Inicialmente os resultados são percebidos nas expressões verbais e não verbais dos comunitários participantes da MPC que demonstraram interesse em aprender sobre novas indicações de plantas medicinais no tratamento da saúde, bem como, satisfação em ter o seus conhecimentos tradicionais sobre as plantas medicinais respaldados e alinhados, na grande maioria das vezes, as informações trazidas pelo técnico. A produção da cartilha com informações sobre as plantas medicinais da comunidade pretende contribuir no processo de resgate e valorização dos conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, ao mesmo tempo em que representa uma fonte de consulta e ferramenta didática útil para os moradores, na manutenção das práticas socioculturais dos povos tradicionais na Amazônia. A educação popular em saúde, presente na MPC proporciona a consolidação a rede de apoio social, desperta e reforça os saberes tradicionais ajudando as pessoas a perceberem que são capazes de cuidar da sua saúde com os meios locais que possuem, aumentando assim sua autoconfiança individual e coletiva. Considerações finais: É possível identificar na prática da MPC pelo menos dois pré-requisitos importantes para a promoção da saúde que são a educação e o uso de recursos sustentáveis. A educação se dá por formas múltiplas, sendo nesse caso melhor observada pela troca de informações com os comunitários e a equipe multidisciplinar durante as reuniões, e também pela cartilha impressa a qual consolida não apenas as informações, mas também o trabalho realizado em conjunto. Os recursos sustentáveis estão representados nas plantas nativas cultivadas ou encontradas na área da comunidade, assim, uma vez percebido pelos moradores a utilidade e o valor dessas plantas desperta-se o interesse em preservá-las a fim de dispor desse recurso renovável e sustentável. Valorizar as práticas socioculturais por meio da junção do conhecimento técnico-científico e popular tradicional, ouvir e acolher os saberes tradicionais sobre plantas medicinais representa uma forma de capacitação individual e coletiva aos participantes da MPC. Assim, um ponto relevante a ser destacado no processo de execução da prática MPC, é a troca e disponibilização de informações diretamente a comunidade ribeirinha, proporcionando condições favoráveis ao empoderamento social e a busca pela equidade em saúde, compreendendo desse modo a MPC enquanto excelente estratégia de promoção da saúde. As políticas públicas e programas de promoção à saúde não podem ser desenvolvidos de forma dissociada dos sujeitos sociais envolvidos neste processo. Neste caso, as políticas devem buscar adequação a realidade concreta daqueles a que se destina, considerando as particularidades regionais. Desse modo, o Grupo Inter-Ação através da Universidade Federal do Amazonas ao trabalhar com uma equipe interdisciplinar busca realizar o seu papel de mediadora e promotora da saúde, de forma contextualizada e integrada a comunidade ribeirinha amazônica. A troca de saberes entre os comunitários e a equipe, durante a realização da MPC, consolida uma prática solidária que aproxima e estimula os moradores a protagonizarem o processo de transformação em busca do bem estar e



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

melhores condições da saúde coletiva. Palavras-chave: Educação popular em saúde, plantas medicinais, comunidade ribeirinha



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CENÁRIOS DA IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 28ª REGIÃO DE SAÚDE/RS

Suzane Frantz Krug, Leni Dias Weigelt, Maristela Soares de Rezende, Luciane Schmidt Alves, Anelise Miritz Borges, Maria Carolina Magedanz, Morgana Pappen, Jamile Rosa, Camila Dubow

O que trata o trabalho:

A participação da comunidade nas ações do Sistema de Único de Saúde (SUS) refere-se à atuação da sociedade civil na formulação, execução, monitoramento e avaliação de ações, programas e políticas de saúde e é fundamental para a construção da cidadania e formação de sujeitos coletivos na conquista de espaços democráticos e de direitos sociais. A busca e o exercício da participação social no SUS constitui-se um meio de promover a equidade e de transformar a atenção à saúde. A participação da comunidade no acompanhamento e monitoramento das ações de saúde pode ocorrer tanto por meio de instâncias colegiadas, como Conselhos e Conferências de Saúde, e por meio de ações de grupos sociais, como reuniões da comunidade que discutam saúde.

Embora prevista em lei desde a criação do SUS, a participação social em ações de saúde é um processo em permanente construção, sendo dependente de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos, enfrentando sucessivos avanços e recuos. Por isso, devem ser proporcionadas condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista no processo de controle social nas políticas públicas de saúde.

Para tanto, conhecer os cenários da participação popular no campo da saúde na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, seus avanços, fragilidades, elementos necessários para consolidar e efetivar a participação popular pode cooperar para a democratização dos espaços de escuta da sociedade civil da região, tornando-os cada vez mais apropriados para as tomadas de decisão e monitoramento de políticas e serviços de saúde.

Objetivo

Investigar elementos que compõem o cenário das práticas democráticas participativas da sociedade nas ações do SUS na 28ª região de saúde do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Trata-se de um estudo de campo, tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado nos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Para a amostra do trabalho foram selecionadas 147 sujeitos entre integrantes e não integrantes de Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Fizeram parte da 1ª etapa quantitativa do estudo, 26 usuários, 26 profissionais de saúde e nove prestadores de saúde, que não integravam os CMS; e 20 usuários, 22 profissionais de saúde e 11 prestadores de saúde, que integravam os CMS, totalizando 116 sujeitos dos treze municípios da 28ª Região de Saúde. Já para a 2ª etapa qualitativa foram abordados 30 sujeitos, entre eles, 11 gestores municipais de saúde, 10 presidentes de CMS e nove líderes de grupos da comunidade.

Para coleta de dados quantitativos foi utilizado um questionário e, posteriormente, os dados foram organizados no software SPSS 20.0 e a análise foi delineada por estratificação numérica relativa e absoluta. Para os dados qualitativos, foi utilizado um formulário de



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

entrevista cujas questões foram gravadas em meio eletrônico e, posteriormente transcritas e organizadas. Utilizou-se a Análise de Conteúdo, com a elaboração de categorias temáticas. O estudo é um recorte da pesquisa “Práticas democráticas participativas na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde em municípios do sul do Brasil” desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o parecer nº 1.171.773.

Resultados:

Na primeira etapa do estudo, em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino (73,3%), com idades entre 31 e 50 anos (53,5%) e não integrantes do Conselho Municipal de Saúde de seus municípios (52,6%). Sobre a participação dos sujeitos em movimentos e grupos sociais, 74,1% referiram não participar, porém, quase todos (99,55%) julgaram importante a participação da comunidade nas ações de saúde.

Dos que participam das ações de saúde 68,1%, exerce essa participação através de ações de planejamento e de monitoramento em saúde de seus municípios. Foram 49,1%, os pesquisados que declararam participar das ações de saúde do seu município através de reuniões dos CMS, 33,6% exercem esta participação através de reuniões e/ou encontros das unidades de saúde de seus municípios e 33,6% participam através das Conferências de Saúde. Grande parte acredita que participar tanto do planejamento (46,6%), quanto do monitoramento (88,8%), em saúde traz resultados para a comunidade.

Na segunda etapa do estudo, os sujeitos eram em grande parte do sexo masculino (56,7%), com idades entre 41 a 50 anos (36,7%), e mais de 61 anos (26,7%). Destes, 66,7% participam de outros movimentos sociais, como grupos de idosos, associações, espaços comunitários e demais Conselhos, entre outros.

A maioria dos sujeitos que não integravam o CMS, na segunda etapa do estudo, referiu não conhecer a respeito de participação social e sobre o CMS frente às suas funções e ações, e de como podem exercer essa participação em seus municípios. Os que conheciam a respeito referiram que a comunidade não participa das ações de saúde, devido à falta de tempo, a distância das residências até o local das reuniões e desinteresse da comunidade nas discussões e ações de saúde que acontecem no município.

Quanto aos sujeitos integrantes do CMS e gestores de saúde, nessa segunda etapa do estudo, referiram, a falta de participação da comunidade nas ações locais de saúde devido a fatores devido a falta de conhecimento dos espaços onde essa participação pode acontecer, falta de interesse da comunidade e de divulgação das funções e ações do próprio CMS.

Considerações finais:

A partir desse trabalho conclui-se que, na 28ª Região de Saúde do RS, a efetiva participação e controle social das ações de saúde acontecem no espaço dos conselhos municipais de saúde e seus integrantes.

Os dados evidenciaram carências da participação comunitária no planejamento e monitoramento das ações de saúde, devido a fragilidades como o desconhecimento da população sobre esses espaços participativos, desinteresse da comunidade e falta de divulgação das ações dos Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Participação Social; SUS



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Ana Paula Hemmi, Mônica de Rezende, Tatiana Wargas de Faria Baptista

APRESENTAÇÃO: O presente estudo teve como objetivo analisar a experiência de participação no processo de construção da Política Nacional de Saúde do Homem e, mais especificamente, do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Em sua “metodologia de construção”, tal documento afirma ter havido a participação de entidades médicas e da sociedade civil, assim como de acadêmicos, pesquisadores e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Afirma ainda que a PNAISH é fruto de consensos obtidos nos eventos em que esses agentes sociais participaram. A pesquisa partiu, então, do estranhamento do dito consenso obtido, a partir de ideias democraticamente debatidas, tendo como pressuposto a crença de que as diferenças de conhecimento sobre saúde entre os participantes produzem a aceitação do saber legítimo de uns, que ocupam uma posição de poder, frente aos demais, com consequentes silenciamentos de necessidades e expectativas. Dessa forma, problematizar a participação ocorrida se mostrou importante para compreendermos como diferentes atores compartilham das decisões no processo de construção das políticas de saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para o desenvolvimento do estudo, recorremos aos ex-gestores da Área Técnica de Saúde do Homem que estiveram à frente do processo de construção do documento, assim como aqueles que foram convidados para participar desse processo. Realizamos entrevistas com diversos agentes sociais envolvidos, além de termos consultado documentos que se mostraram pertinentes. **RESULTADOS:** Pela análise das entrevistas realizadas e dos documentos, foi possível identificar que houve a discussão da Política em diferentes eventos que ocorreram ao longo do ano de 2008 para os quais foram convidados médicos de diversas Sociedades Brasileiras, tais como de Urologia, Cardiologia, de Medicina de Família e Comunidade e de Pneumologia e Tisiologia, assim como da Associação Brasileira de Psiquiatria e Federação Brasileira de Gastroenterologia. Foram convidados, também, para que pudessem expor seus diferentes conhecimentos sobre saúde do homem, acadêmicos e pesquisadores de Instituição de Pesquisa e de Ensino Superior; de Organizações Não-Governamentais, como Instituto Papai e Promundo; e ativistas da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A partir das exposições feitas, os gestores da Área Técnica esboçaram, em consenso entre os eles próprios, o documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que foi à consulta pública sendo, posteriormente, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2009. Este documento foi oficialmente lançado em agosto deste mesmo ano pelo Ministério da Saúde, na gestão do Ministro José Gomes Temporão. Isso nos leva a crer que a participação ocorrida na construção da PNAISH não se tratou de envolvimento de movimentos sociais ou de uma participação social em conselhos ou conferências municipais, estaduais ou federal de saúde. Tratou-se de um tipo de participação denominada “transferência de conhecimento”, em que diversos participantes foram convidados por gestores da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde para elaborar o documento. Por transferência de conhecimento, entende-se que há aqueles que decidem sobre o processo e aqueles que participam como convidados, havendo uma distinção entre quem governa e quem é governado. A transferência de conhecimento acontece pela consulta a um público ou a especialistas como forma de se



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

conhecer as necessidades, preferências e valores das pessoas, obtendo, assim, maior efetividade nas tomadas de decisão. Não se trata de um direito a participação, mas sim de uma possibilidade de melhorar resultados. Dessa forma, o foco não está na participação em si, mas nos possíveis resultados positivos, advindos da participação, para uma política em questão. Foi possível perceber que, a despeito da participação ter ocorrido de forma separada e de maneira delimitada entre os diversos participantes, ocorreram outras formas de participação tanto por parte dos médicos, principalmente, da urologia quanto de acadêmicos e da sociedade civil. Os urologistas, desde o início dos anos 2000, já vinham realizando campanhas relacionadas à prevenção de doenças urológicas que acometiam os homens. Além disso, antes mesmo da Área Técnica de Saúde do Homem ter sido criada no Ministério da Saúde e, apesar de José Gomes Temporão, em seu discurso de posse afirmar que a Política de Saúde do Homem era uma de suas metas como ministro de Estado da saúde, os médicos urologistas já estavam debatendo a necessidade de uma política, assim como de uma coordenação de saúde do homem junto a deputados e ao Ministério da Defesa. A parceria estabelecida entre Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e deputados culminou na realização de Fóruns sobre políticas públicas e saúde e doenças do homem que passaram a ocorrer anualmente na Câmara dos Deputados. Ou seja, se o início desses fóruns, o debate se restringiu a um Simpósio realizado no Hospital das Forças Armadas em 2004, a partir de 2005 a Comissão de Seguridade Social e Família, assim como a Frente Parlamentar de Saúde da Câmara dos Deputados passaram a organizar os mesmos junto com a SBU. Isso significa que, de alguma forma, os urologistas estavam se mobilizando para que a saúde do homem ganhasse uma certa visibilidade pelo governo e que pudessem, conseqüentemente, tornarem-se médicos de referência na atenção à saúde do homem. Paralelamente a esse movimento da urologia, alguns acadêmicos situados no campo da Saúde Coletiva, também debatiam o tema saúde do homem desde o início dos anos 2000, culminando com a publicação do número temático da Revista Ciência e Saúde Coletiva em 2005. Essa publicação teve como ênfase o debate de gênero para se pensar a saúde do homem. Além disso, as Organizações Não-Governamentais, como o Instituto Papai e Promundo, também vinham fazendo um debate sobre homens e paternidade e homens e violência, respectivamente, desde o final da década de 1990. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pudemos perceber que a participação anunciada como transferência de conhecimento no documento PNAISH se extrapola e outros movimentos, a partir de uma análise minuciosa, começam a ser vistos como parte do processo de construção da política de saúde do homem. Isso nos mostra que pensar em participação na construção de políticas de saúde implica em extrapolarmos os espaços institucionais e passarmos a olhar que outras estratégias que implicam em ações e discursos que podem fazer parte da construção dessas políticas.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde do Homem; Participação; Análise de políticas



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS DECISÕES COTIDIANAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, marcada pela promulgação da Lei 10.216 em 2001, impulsionou o processo de criação de uma rede de serviços substitutivos às instituições manicomiais de tratamento psiquiátrico, com progressiva redução dos leitos de internação, estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos que assumem papel estratégico na organização da Rede de Atenção Psicossocial.

No entanto, a existência dos serviços substitutivos não significa automaticamente uma adesão aos princípios, diretrizes e novos paradigmas propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Além disso, há de se considerar que a implantação de um novo modelo de atenção implica não apenas em definição de novas diretrizes políticas e na reorganização dos serviços de saúde, a concretude de um novo modelo está intrinsecamente ligada às mudanças das práticas profissionais e dos elementos culturais.

Observa-se que esta transição paradigmática implica em disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para a construção de outros propósitos, outras formas de organização dos serviços, das modalidades de gestão, dos processos de trabalho, das práticas profissionais, onde haja estabelecimento de relações que incluem usuários e usuárias como sujeitos, e não o observem como meros objetos de intervenção, projetando composições “mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos”.

Ao pautar a garantia da participação das pessoas que utilizam os serviços de saúde mental nos espaços de decisão, é primordial afirmar a necessidade de forjar espaços que possibilitem a construção de autonomia. É fundamental a inclusão destas pessoas no cotidiano institucional no intuito de oferecer um ambiente para que possam construir conjuntamente as diretrizes administrativas do espaço que utilizam e do tratamento que recebem. Essa estratégia possibilita horizontalizar as relações de poder presentes na relação terapêutica.

No que diz respeito à participação dos usuários nas decisões do cotidiano dos serviços de saúde mental, o relatório da IV CNSM-I indica que “é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o 'protagonismo social', no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação”.

O exercício da participação popular é uma das importantes estratégias de empoderamento dos usuários dos serviços de saúde mental abrindo campo para o protagonismo social e a defesa de direitos. O empoderamento aqui é entendido como um processo de fortalecimento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

A construção de processos terapêuticos que possibilitem a autonomia dos sujeitos que usam os serviços de saúde mental, no sentido de construção conjunta das decisões que devem ser tomadas no cotidiano dos mesmos fortalece os princípios da participação popular no SUS e abre a possibilidade de uma gestão ampliada e compartilhada que produz mudanças nas organizações de saúde.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Neste estudo, de delineamento qualitativo, com caráter exploratório-descritivo, toma-se como referencia a garantia de espaços de participação popular no cotidiano de um serviço de saúde mental, sendo um recorte do projeto “Diagnóstico situacional da atenção à Saúde Mental na Bahia: repensando as práticas”. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2013 e janeiro de 2014, sendo realizado um total de 17 entrevistas a usuários, familiares e profissionais de um dado serviço de saúde mental do estado da Bahia.

Para realizar os procedimentos de aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi formado um Grupo de Trabalho composto por distintos representantes (usuários, profissionais, familiares e gestores) para discutir as ações referentes ao projeto e seus desdobramentos, e formada uma Comissão de Visitas, de composição também diversificada, de forma a garantir a representatividade de diferentes segmentos da sociedade.

A partir da sistematização dos dados obtidos através de seleção por amostragem intencional das entrevistas realizadas com 06 profissionais, considerando o aspecto da garantia da participação dos usuários do serviço de saúde mental em processos autonomizantes, emergiram as seguintes categorias de análise: espaços de participação popular e empoderamento dos usuários do serviço.

A participação popular, entendida sob a perspectiva da afirmação das singularidades possíveis, que se forja a partir dos encontros, das dificuldades encontradas para a condução de problemas do serviço, de conflitos estabelecidos por conta das divergências de opiniões e das demais discussões que surgem no cotidiano do serviço, tanto nos espaços instituídos formais quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário ou usuária da saúde mental.

As transformações nos serviços de saúde mental precisam ser cotidianas, sendo necessária a construção de práticas institucionais que não reproduzam as observadas nas instituições manicomiais. Neste sentido a participação dos usuários nas decisões que envolvam o andamento do serviço é uma ferramenta que potencializa as rupturas institucionais importantes para uma clínica que se aproxime mais da realidade dos sujeitos que utilizam o serviço e do território onde este serviço está inserido.

As falas revelaram que, apesar de possuir elementos que apontam para uma prática próxima do modelo de atenção psicossocial com vistas à garantia de espaços formais de participação popular, o referido serviço de saúde mental ainda apresenta elementos que se contradizem. A inclusão dos usuários nas decisões cotidianas do serviço não foi percebida, apesar da existência de espaços formais de denúncia e de uma assembleia mensal.

No campo da Saúde Mental, o exercício participativo nos processos de controle social esbarra no desafio de superar o estigma social e a tradição da tutela que incidem sobre os sujeitos em sofrimento mental. O estigma e a tutela contribuem para o não empoderamento e o não reconhecimento destes sujeitos enquanto cidadãos e atores do processo participativo e do controle social.

Os serviços de saúde mental possuem uma singularidade no seu funcionamento que é a existência de assembleias que devem discutir o cotidiano do serviço. No entanto, não basta instituir espaços de escuta, é importante a existência de condições concretas e métodos de empoderamento dos sujeitos.

Há referência ao espaço da assembleia, onde a participação do usuário é estimulada e ele pode interferir nas decisões do CAPS. Revela-se uma incipiente cultura institucional de participação e decisão do usuário. Nesta direção também aparece no discurso dos sujeitos a primazia do saber técnico, o que os faz capaz de decidir o que é melhor para o usuário.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

A equipe reconhece que apesar da existência de espaço para fala, colocações, reclamações – individualmente ou em assembleias, não há uma priorização desse espaço como espaço de decisões acerca do cotidiano do serviço, mas sim como uma das atividades terapêuticas.

Conclui-se que os espaços de participação e discussões não devem se restringir à assembleia, é importante que este processo transversalize todas as atividades do serviço, desde as oficinas de geração de renda aos grupos terapêuticos, destacando-se, no entanto a importância da assembleia como espaço de deliberação, onde todos os sujeitos envolvidos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) tenham possibilidade de participação. A reorientação das práticas representa uma importante ruptura paradigmática, sendo necessário o investimento em dimensões praxiológicas que dizem respeito à construção da cidadania e transformação das relações nos diversos âmbitos da vida das pessoas que usam o serviço.

Palavras-chave

Saúde Mental; Participação Popular e Empoderamento



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS E PROCESSO FORMATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Izabel de Aguiar Alves Peixoto, Lucas Fernandes Gonçalves, Lucas Fernandes Gonçalves, Mary Ann Menezes Freire, Lucas Fernandes Gonçalves, Mary Ann Menezes Freire, Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa, Mary Ann Menezes Freire, Liany Pires, Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa, Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa, Liany Pires, Liany Pires

Apresentação:

A Constituição Federal de 1988 foi um marco para a consolidação de direitos e criação de políticas públicas no Brasil, época de redemocratização política e perfil de um Estado de Bem Estar Social. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8080, em 1990, e, por conseguinte, a Lei 8.142, publicada também em 1990, contemplam o direito universal à saúde onde a população, de forma geral, é considerada um pilar potente de planejamento e de construção de políticas de saúde.

A organização da participação social ocorre de forma ascendente, onde o fator local é um combustível para debates e inquietações em busca da emancipação. Assim, surgem, de forma viva, propostas compatíveis com as necessidades em saúde e com o envolvimento dos diversos atores sociais, que são historicamente excluídos nos processos decisórios do país.

A formação dos profissionais de saúde deveria ser permeada por discussões das políticas públicas e ultrapassar os muros acadêmicos, onde as questões sociais são evidenciadas a partir da realidade dos serviços de saúde e dos espaços de discussão popular. Portanto, a inquietação surge considerando a normatização do ensino e a desvalorização das relações do território no processo de construção de políticas de saúde.

Dessa forma, o trabalho tem o objetivo de discutir sobre a participação popular nas conferências de saúde e a inserção das instituições de ensino superior nesse processo, oportunizando a incorporação de práticas efetivas no processo formador.

Desenvolvimento:

Relato de experiência, de natureza qualitativa, do tipo descritivo, que usa como base a participação, como observadores, na Conferência Distrital de Vigilância em Saúde da Área Programática (AP) 2.1, do município do Rio de Janeiro realizada no dia 21 de julho de 2017 e a 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro realizada dia 24 de agosto de 2017.

A imersão foi proposta pela disciplina de Atenção e Gerência da Saúde Coletiva no SUS, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, onde a partir da vivência inédita, fosse pensado em como transmitir aos demais acadêmicos a experiência por meio de estratégias que rompessem com o tradicionalismo. Assim sendo, foi realizada uma instalação interativa, dentro da instituição, que indagava os alunos sobre conceitos do SUS, Rede de Atenção em Saúde (RAS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 e participação social e uma simulação de conferência, no mesmo molde das vivenciadas. A instalação ficou 14 dias nos espaços da faculdade e, no dia 22 de setembro de 2017, foi realizada a simulação em sala de aula.

Resultados:

A vigilância em saúde, com o avanço exponencial da sua importância nos últimos anos, demandou a formulação de uma política que contemplasse objetivos específicos e



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

regulariza-se práticas previamente existentes, no intuito de consolidar uma das principais estratégias atuais do SUS. Assim, em meio à uma instabilidade política, econômica e social do Rio de Janeiro, criaram-se espaços de discussão, junto a gestores, profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de discutir e criar propostas a partir das necessidades de saúde de territórios marcados por extremos socioeconômicos.

Os segmentos de participantes com direito a voto, os delegados, eram definidos por AP e a quantidade dos mesmos era definida com base no tamanho do território. Os usuários escolhidos, normalmente, são relacionados à ONGS, movimentos sociais ou algum órgão de influência nos serviços de saúde e é levado em consideração o acúmulo de experiência e conhecimento dos assuntos pertinentes ao tema da Conferência. A falta de padronização de escolha permite a adaptação de acordo com as características populacionais da área, mas ao mesmo tempo, evidencia a seletividade e a burocratização de participação popular em espaços receptivos de discussão.

A Conferência Distrital da Zona Sul (AP 2.1) do Rio de Janeiro foi marcada pela falta de participação dos usuários no processo de discussão, sendo apenas conduzido por profissionais de saúde e pesquisadores da área. Sendo assim, as propostas formuladas foram encaminhadas sem o envolvimento dos diversos atores sociais envolvidos com realidade, subestimando os condicionantes e determinantes dos microlocais do território e a reflexão com as propostas relacionadas aos temas.

Durante a plenária de discussão e aprovação dos eixos, existiram propostas que fugiram do âmbito da conferência, sendo necessário espaços legislativos específicos para encaminhamentos e discussões. Dessa forma, evidencia-se uma carência de resolubilidade dos problemas encontrados na rotina dos serviços de saúde, onde espaços apropriados de discussão são inviabilizados pelo engessamento e sistematização do planejamento. O mesmo se repetiu quando eram lidas propostas que possuíam o mesmo conteúdo, contudo, escrito de forma diferente, o que lentificou o andamento e impediu a conclusão dos encaminhamentos para a conferência estadual.

Poucos dos usuários presentes falaram em público e participaram dos questionamentos levantados durante o processo de construção. A participação se deu de forma passiva e respeitava as direções apontadas pelos profissionais de saúde, não potencializando a presença do segmento popular. O sistema, devido a falta de mecanismos intrínsecos, inviabiliza uma atuação pronunciada dos usuários na idealização das políticas de saúde, que os atingem majoritariamente, e inibe os poucos selecionados e convidados a participar de forma ativa.

Posto isso, após as duas conferências, criou-se uma instalação interativa distribuída pelos andares do espaço acadêmico, relacionada ao SUS e a participação popular. Os temas foram pensados a partir dos entraves encontrados na vivência e no vazio curricular relacionado a saúde pública na graduação. Deste modo, por meios ilustrativos, explorou-se a visão dos alunos sobre a futura inserção como profissional de saúde na RAS, conceitos do SUS, participação social e, na época, as propostas da atualização da PNAB.

Os espaços valorizavam a expressão em campos abertos com possibilidade de escrita e expressão de opiniões. Os resultados apontaram uma baixa adesão nos campos abertos, principalmente nos mais conceituais. Ao mesmo tempo, as instalações que possuíam caráter mais pragmático contaram com maior atuação dos estudantes. Contudo, evidenciou-se pouca reflexão sobre as novas mudanças da PNAB, apesar do interesse majoritário na inserção como profissional na Atenção Básica.

Na simulação desenvolvida, os alunos foram divididos nos moldes das conferências, representados por delegados e apenas observadores. Foram selecionadas 25 propostas



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

que fizeram parte dos eventos, com o intuito de analisar a condução dos alunos e a capacidade de debate intersetorial no espaço. O resultado foi surpreendentemente positivo, onde os debates extravasaram os apontados na conferência e não se limitaram apenas a aprovação ou supressão.

O envolvimento ocorreu de forma progressiva, o que mostrou uma resistência à novas didáticas no espaço acadêmico. Assim, ao final, os discentes enaltecem a possibilidade de trazer, para a graduação, um debate aos moldes de como a participação popular ocorre no SUS e puderam transmitir um retorno favorável à realização da atividade.

Considerações Finais

A participação social foi construída a partir de conquistas de movimentos sociais e possui mecanismos legais no SUS. As conferências apontam falta de envolvimento popular pela inflexibilidade e burocratização destes mecanismos, o que afeta negativamente o planejamento e a construção dos serviços de saúde.

O envolvimento dos alunos de graduação em espaços de produção de novas políticas públicas não é uma prática estimulada e evidencia a desvalorização do debate e dos questionamentos na formação. A elaboração de práticas que rompem a didática tradicional mostram efeitos positivos na transmissão de conhecimentos.

Palavras-chave: Participação Social; Sistema Único de Saúde; Universidades



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PRIMÍPARAS E SUAS DIFICULDADES

Mayara Soares Gonzaga, Elielza Guerreiro Menezes, Evelin Gonçalves de Vasconcelos, Flávia Maia Trindade, Fernanda Farias de Castro, Luan Guimarães Pessoa, Valdir Soares da Costa Neto, Luzimere Pires do Nascimento

A experiência da parturição representa um evento importante na vida das mulheres, um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe, principalmente para as mulheres que dão à luz pela primeira vez. Para tanto o objetivo é conhecer as dificuldades das primíparas sob sua ótica, quanto ao motivo da escolha da via de parto, perspectiva do parto e parto. E Através da ótica das primíparas saber das dificuldades, obter conhecimento dos motivos, fatores, que as levaram a escolher a via de parto, podendo assim trabalhar, orientar e incentivar sobre a importância do parto natural e de seus benefícios, tanto para um desenvolvimento saudável, como pela simples escolha do parto fisiológico, oportunizando o recém-nascido a termo de um crescimento e desenvolvimento saudável, sem sequelas de uma cesariana. Contribuindo ainda com a prevenção de nascimento de neonatos prematuros, logo promovendo à saúde da comunidade e ainda contribuindo para o declínio dos percentuais de cesarianas no Brasil. Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, para compreensão e discussão a respeito das experiências vivenciadas por mulheres primíparas. As participantes da pesquisa foram 25 mulheres residentes nas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Mãe Palmira, localizada na periferia do município de Parintins-Amazonas. Os dados da amostra intencional de vinte e cinco participantes, foram analisados sob os fundamentos da análise de conteúdo mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin. As coletas de dados ocorreram nos meses de junho a agosto de 2017, em forma de entrevista estruturada. As participantes foram selecionadas e entrevistadas em três fases: a primeira fase foi a pesquisa documental nos prontuários onde buscou-se as gestantes aptas a participarem da pesquisa. Nesse momento possibilitou o levantamento de variáveis como: nome, idade, data de nascimento, idade gestacional, data provável do parto, endereço, telefone. A segunda fase foi a aplicação da entrevista estruturada no ciclo gravídico (antes do parto) as participantes foram abordadas em sua residência, dessa forma aplicando o segundo instrumento onde foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a garantia do sigilo e anonimato, garantindo a participação voluntária ao assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A terceira fase da pesquisa foi a aplicação da segunda entrevista no pós-parto, agora na condição de puérpera, novamente em sua residência. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, foram gravadas e transcritas em sua íntegra, para análise de conteúdo. Os resultados revelaram as características da população entrevistada: das 25 primíparas dentre estas 56% compreendeu a faixa etária de 15 a 19 anos, o que consiste em a maioria das primíparas adolescentes, sendo que a faixa etária definida pela OMS é de 10 a 19 anos. Além dessas características ainda se obteve escolaridade, profissão e estado civil. Em relação ao acompanhamento da gravidez e planejamento: 88% das mulheres não planejaram engravidar, 60% realizaram de 5 a 9 consultas de pré-natal, 84% afirmaram não ter problemas de saúde antes da gravidez, após a gravidez 68% disseram ter tido problemas de saúde. No item informações dadas sobre o trabalho de parto nas consultas de pré-natal, 36% das primíparas afirmaram que recebiam tais informações de enfermeiros, e outros 36% afirmaram receber informações por ambos (médicos e enfermeiros), quando questionadas se estavam informadas sobre o processo parturitivo



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

60% disseram estar pouco informadas e 8% nada informadas. Quanto a como se informaram sobre o trabalho de parto 48% disseram que as informações foram obtidas através de familiares e amigos e 40% disseram que eram por profissionais de saúde. Ainda na primeira fase da pesquisa buscou-se saber a preferência da via de parto: 88% das primíparas informaram preferir o parto normal. Na segunda fase da entrevista após o parto no item que tipo de parto realizou, 60% responderam que realizaram parto normal. Perguntou ainda qual a preferência na via de parto em uma próxima gravidez e 84% das puérperas responderam que preferem o parto normal. Emergiu-se ainda três categorias temáticas: a primeira categoria temática “o motivo da escolha do tipo de parto” emerge com muitas dúvidas, mas que os familiares, amigos e profissionais de saúde exercem um papel importantíssimo para a escolha da via de parto. A partir dos motivos que levaram as primigestas a escolherem a via de parto, é que foram explanados cinco temas principais: o primeiro deles é a influência de familiares e amigos, os motivos subsequentes são os motivos que os familiares e amigos vivenciaram na maternidade que se tornaram os motivos das primigestas. Esses motivos subsequentes e vivenciados por pessoas próximas são: recuperação rápida, maior autonomia nos cuidados com RN, menor tempo de internação, benefícios para o binômio mãe-filho. A segunda categoria temática “perspectiva em relação as dificuldades para o parto”, engloba-se os seguintes temas centrais: os mais comentados pelas primíparas foram a respeito do medo, dor, ansiedade, nervosismo, não saber fazer força para dar à luz. Tais expectativas mostraram que são temas que deveriam ser esclarecidos pelos profissionais de saúde que realizam o pré-natal. A terceira categoria temática deste estudo, sob a ótica das mulheres que vivenciaram pela primeira vez a experiência do parto, discutiu-se as “dificuldades no parto” com os seguintes temas centrais desta categoria: a dor, medo, nervoso, trabalho de parto demorado, não saber fazer força nas contrações, achar que não ia aguentar, assistência negativa e positiva da equipe de enfermagem. Temas esses que se repetem, de alguma forma concluindo a maioria de suas perspectivas em relação ao processo de parturição. Considerações finais: Neste estudo buscou-se verificar a opção da via de parto de primeira escolha das gestantes, constatou-se que as gestantes em sua maioria têm o parto fisiológico como opção de primeira escolha. Entretanto, nem todas essas gestantes realizaram o parto que desejavam ter. Os motivos que as levam a escolher a via de parto, são os benefícios que o parto fisiológico traz para a mulher, mas que em sua maioria essas informações são repassadas por familiares e amigos que já vivenciaram o parto, concretizando o que se vê em muitos outros estudos, que o parto é algo cultural, uma vez que a primípara se sente mais segura, confortável e confiante em receber informação de alguém da família ou por amigas. A partir do momento em que elas decidem a via de parto, passam a imaginar e viver algumas perspectivas em relação ao processo parturitivo. Expectativas essas que os profissionais de saúde não conseguiram esclarecer para as primíparas durante o pré-natal, por falta de diálogo e confiança entre profissional e paciente. Concluiu-se que as expectativas negativas imaginadas pela maioria das participantes durante o ciclo gravídico, tornaram-se dificuldade no processo parturitivo, por falta de profissionais capacitados e atualizados quanto a humanização na condução do parto e deficiência na orientação a essas primíparas durante o pré-natal, ou seja, falta educação em saúde eficaz direcionada a esta clientela específica. Pode-se observar também a importância do profissional enfermeiro qualificado, podendo lançar mão das políticas públicas com seus amplos programas a assistência a mulher grávida, com incentivo e apoio da esfera municipal adequando estruturas e dando subsídios para um bom funcionamento dos programas e dessa forma prestando uma excelente assistência.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: Parto normal; Primípara; Dificuldade



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE EM UMA ZONA RURAL DE MANAUS.

Dornele Evangelista Palheta, Israel Ananias Lemos

A assistência de enfermagem no tratamento de pacientes com leishmaniose desenvolvida na Zona Rural de Manaus, dar-se através da locomoção de uma equipe de enfermagem, designada pelo distrito de saúde responsável pela área de abrangência, até o local de moradia do paciente por meio de carro tracionado devido as circunstâncias dos logradouros na região. Essa assistência é prestada principalmente nos feriados e fins de semana, quando a Unidade Básica de Saúde Rural – UBSR está fechada.

O objetivo deste trabalho é descrever como os pacientes percebem essa assistência, verificando suas dificuldades (quando não são assistidos em sua moradia) e a eficácia do tratamento após estarem sendo acompanhado por esta equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Percepção, leishmaniose, assistência de enfermagem



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PERCEPÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE SOBRE OS BENEFÍCIOS PRÁTICOS DECORRENTES DA CAPACITAÇÃO

Aline Costa Rezende, Benedito Carlos Cordeiro

Apresentação:

O conselho de saúde é entendido como uma instituição de participação social organizada para intervir de forma global na gestão da saúde por meio de ações que envolvem desde o diagnóstico até o planejamento e a fiscalização das políticas de saúde. Uma das estratégias utilizadas para manter o controle social ativo e com capacidade deliberativa é a qualificação dos seus membros.

Este estudo é um recorte de pesquisa qualitativa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, cujo objetivo geral é avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para um Conselho Municipal de Saúde.

Desde 1995, discute-se a necessidade de formação do controle social. Várias Conferências de Saúde propuseram ações importantes para a formação de conselheiros, dentre elas, destacam-se a 11ª e a 12ª Conferências Nacionais de Saúde para promoção de atualização das diretrizes e incorporação da política de educação permanente para a participação social no SUS. Essas discussões demonstram a preocupação tanto em solidificar os conselhos como entes de governança quanto em empoderá-los.

O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos conselheiros municipais de saúde de um município mineiro sobre a aplicação prática do conhecimento adquirido nos cursos de qualificação oferecidos nos últimos 10 anos pelo CES/MG.

Método:

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense com o número 1.963.490. O estudo seguiu as normas para pesquisa com seres humanos discriminadas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O cenário da pesquisa foi um município mineiro e os participantes foram conselheiros municipais de saúde com atuação nos últimos 10 anos. O critério de inclusão utilizado para seleção dos participantes foi a participação em, minimamente, um curso oferecido pelo CES/MG. Para verificar a participação, foram solicitadas ao Conselho Estadual de Saúde as listas de presença dos cursos aplicados no município. Os participantes excluídos do estudo foram os conselheiros que não residem mais no município ou que não foi possível entrar em contato.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e foram analisados segundo análise de conteúdo de Bardin.

Resultados:

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES/MG) ofereceu 12 cursos ao Conselho Municipal de Saúde durante os últimos 10 anos. Foram identificados 36 conselheiros que realizaram os cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, entretanto, 1 se recusou a participar, e 17 não foram localizados. Foram entrevistados 18 conselheiros distribuídos em: 8 usuários, 7 trabalhadores, 1 prestador e 2 gestores. Dentre eles, 88,88% conseguiram aplicar os conhecimentos adquiridos nos cursos na sua prática, 5,55% não aplicaram e 5,55% não responderam. Entretanto, ressalta-se que um participante não soube relatar, apesar de considerar que conseguiu aplicar os conhecimentos.



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Codificaram-se 27 unidades de registro definidas nos discursos que foram agrupadas nas seguintes subcategorias temáticas: aprendizado sobre atuação do conselho (14,81%), capacidade para inovação (7,40%), elaboração de diagnóstico de saúde (22,22%), proatividade para sanar dúvidas (11,11%), discussão de soluções para melhoria da saúde (18,51%), fiscalização (7,40%), cadastramento no mutirão de cirurgia (3,70%), planejamento e avaliação dos instrumentos de gestão (18,51%). Posteriormente, o agrupamento final evidenciou 4 categorias temáticas: aplicação do ciclo PDCA (Plan/Do/Check/Act), também chamado de gestão da qualidade, com 66,64%, aprendizado sobre controle social com 25,92%, fiscalização com 7,40% e cadastramento no mutirão de cirurgia com 3,70%.

O ciclo PDCA é uma ferramenta da administração que pode ser aplicada à gestão da saúde sob diversos pontos de vista. Este resultado traça um paralelo entre as funções da gestão pública na saúde e as intervenções do conselho municipal estudado, conforme relatos dos participantes de sua aplicação prática dos conhecimentos apreendidos nos cursos de capacitação oferecidos pelo CES/MG.

A formação da categoria temática intitulada aplicação do ciclo PDCA incluiu as seguintes subcategorias: elaboração de diagnóstico de saúde (22,22%), discussão de soluções para melhoria da saúde (18,51%), planejamento e avaliação dos instrumentos de gestão (18,51%), capacidade para inovação (7,40%). O “P” engloba atividades referentes ao diagnóstico, à análise da situação de saúde e ao planejamento propriamente dito, identificadas nas subcategorias elaboração do diagnóstico de saúde e planejamento dos instrumentos de gestão; o “D” significa execução das ações programadas que, nas entrevistas, foi relatado como colocar em prática as novidades aprendidas nos cursos, sendo que essa unidade encontra-se dentro da subcategoria capacidade de inovação; o “C” envolve a verificação da efetividade das ações programadas e executadas, evidenciado na subcategoria de avaliação dos instrumentos de gestão; e, finalmente, o “A” representa a correção das falhas, representado pela subcategoria discussão de soluções para a melhoria da saúde.

A gestão da qualidade é um processo que envolve a contextualização da situação de saúde e seu propósito é reprogramar as ações a partir do monitoramento e conforme a realidade. Ao formar essa categoria, observa-se que os conselheiros em questão descreveram um ganho fundamental para a melhoria contínua da qualidade da gestão.

Associando-se a primeira categoria ao aprendizado da legislação que envolve o controle social, segunda categoria mais freqüente, sugere-se que, a partir dos ganhos com os cursos, o conselho poderá munir-se com as ferramentas necessárias para obtenção de êxito, ou seja, aprendizado contextualizado para melhorar sua atuação na gestão.

A interrelação entre as duas primeiras categorias e a subcategoria discussão de soluções para melhoria da saúde, representante do Act do ciclo PDCA, demonstra claramente o aprendizado significativo.

Conforme relatado pelos participantes, houve, a partir dos cursos, um aprimoramento no desempenho da ação intrínseca do conselho de saúde, a fiscalização. Apesar de essa categoria estar disposta isoladamente da aplicação do ciclo PDCA, elas possuem íntima relação, uma vez que, ao avaliar as políticas, o conselho está fiscalizando a gestão.

Quanto à categoria relacionada ao cadastramento no mutirão de cirurgia, o entrevistado visualizou apenas este caso isolado em que obteve respaldo para enfrentar uma dificuldade graças ao curso realizado.

Considerações finais:



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Não é unânime a obtenção de benefícios com os cursos de capacitação oferecidos ao conselho municipal de saúde deste município. Todavia, os resultados são relevantes, uma vez que três das categorias temáticas finais revelaram a essência do controle social.

As ações referentes à qualidade da gestão revelam a existência de um processo aparente de planejamento bem estruturado. Porém, esses resultados não podem remeter à conclusão errônea de que a gestão também é eficaz no município, que tem o controle total de sua situação de saúde e que planeja antecipadamente suas ações. Para verificar se esse resultado causa impacto relevante no processo de trabalho da gestão, teria que associar uma avaliação aprofundada dessa. O que se pode inferir com esses resultados é que os conselheiros em questão têm participação ativa nesse processo, segundo sua percepção, e que adquiriram o conhecimento a partir de sua participação nos cursos.

Reforça-se a necessidade de avaliar o tipo de estratégia adotada pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para capacitar os conselheiros. Entretanto, é consenso que a Educação Permanente é considerada a estratégia mais adequada para geração de mudanças nas práticas do controle social com vistas a subsidiar suas atuações com aplicação de senso crítico e transformador da realidade.

Palavras-chave: Conselhos de saúde; participação social; educação continuada



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA ENFERMAGEM: SÍNTESE REFLEXIVA COMPARANDO PROJETOS DE ANGOLA, BRASIL, CABO VERDE E PORTUGAL

Irma Silva Brito

A pesquisa de saúde participativa (PaPS) baseia-se no conhecimento co-criado, fazendo pesquisas com pessoas que estão envolvidas ou são o foco da pesquisa. Pensar em PaPS em língua portuguesa implica atender à diversidade cultural de vários países. Quatro anos após a integração dos co-autores na rede International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR), tornou-se desafiador refletir sobre como a PaPS está emergindo em países de língua portuguesa e suas singularidades. Realizamos uma síntese reflexiva através da análise comparativa de nove projetos PaPS desenvolvidos em Angola, Brasil, Cabo Verde e Portugal. Os coordenadores de PaPS foram convidados a sintetizar e comparar: i) design e validade da pesquisa; ii) participação; e iii) impacto da pesquisa e disseminação. A participação na pesquisa foi alocada em quatro tipos - contratual, consultivo, colaborativo e colegial; enquanto a validade foi baseada em seis dimensões - participativa, intersubjetiva, contextual, catalítica, ética e empática. Cada projeto considerou-se os resultados que os autores descrevem como associados aos processos de participação. O impacto da PaPS foi sintetizado de acordo com: maior conhecimento e desempenho; estabelecimento de parcerias com outros membros da comunidade; contribuições positivas para a comunidade; contribuição financeira; e aumento da demanda por serviços que são difíceis de serem atendidos. Os projetos focavam tópicos como estudantes universitários nas festas acadêmicas; jovens vivendo em comunidades violentas; pessoas que vivem com doenças crônicas; mulheres sem acesso à triagem do câncer cervical; e práticas de cuidados de saúde primários. Esses projetos revelaram boas práticas de PaPS e o potencial de apoiar a mudança social através de serviços centrados na pessoa e na comunidade e maior capacidade de resposta / inclusão no sistema de saúde.

Palavras-chave: Pesquisa-ação Participativa em Saúde; Países de língua portuguesa, Colaboração internacional para pesquisa participativa em saúde



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE - CORDEL

Gidelson Gabriel Gomes, Margarete Pereira Cavalcante

O presente cordel foi produzido no decurso da disciplina de Políticas públicas do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – FAMED-UFAL e tinha como objetivo apresentar de forma lúdica a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, considerando todos os seus princípios e eixos bem como a sua importância no contexto da formação em saúde. A proposta foi desenvolvida ao final da apresentação de seminário com o mesmo tema como forma de fechamento da atividade e considerando a temática abordada. Segue alguns estrofes para apreciação da banca examinadora do evento:

Instituída pela Portaria 2761 de 2013

É notória a sua importância

E devidamente legal

Ela veio reduzir as iniquidades em saúde

Através de uma política de inclusão social

Refirma o compromisso com os princípios do SUS

Propõe uma prática político-pedagógica

Na qual o saber popular reluz

Perpassa as ações de proteção e recuperação da saúde

Propondo um diálogo entre as diversidades dos saberes

Em sua magnitude

Valoriza a ancestralidade

A produção individual e coletiva de conhecimento

É a educação popular em saúde

Fazendo transcender um novo momento...

O cordel enquanto instrumento didático, propiciou um esclarecimento sobre a política no ambiente do mestrado, bem como configura uma ferramenta importante de divulgação da mesma junto a população o que favorece o conhecimento e sua importância no contexto da assistência em saúde.

Palavras-chave: Política Nacional de Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

PROMOVENDO EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: INTERVENÇÃO DE UMA LIGA ACADÊMICA NO PRIMEIRO SIMPÓSIO PARAENSE DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Silvia Tavares de Amorim, Erlon Gabriel Rego de Andrade, Erlon Gabriel Rego de Andrade, Samantha Arethusa Chagas Gomes, Samantha Arethusa Chagas Gomes, Camila Leão do Carmo, Camila Leão do Carmo, Brena de Nazaré Barros Rodrigues, Brena de Nazaré Barros Rodrigues, Syndell Cassia Cruz Ferreira, Syndell Cassia Cruz Ferreira, Lays Nunes da Silva, Lays Nunes da Silva, Talita Oliveira de Nazaré, Talita Oliveira de Nazaré

APRESENTAÇÃO: O suicídio representa importante problema de saúde pública, tendo em vista suas repercussões sociais, econômicas e psicobiológicas negativas, que afetam o bem estar dos indivíduos que mantinham vínculos com aqueles que foram vítimas de suicídio, ou mesmo dos que passaram pela tentativa de suicidar-se. Suas causas são multifatoriais, pois envolvem determinantes ligados à conjuntura social, cultural, político-econômica, ambiental, acadêmica/estudantil e ocupacional, em virtude dos estressores inerentes a estas esferas, que incidem sobre o indivíduo, sobrecarregando-lhe física e mentalmente. Se tais estressores não forem administrados com equilíbrio e, ao mesmo tempo, minimizados por meio da inserção de práticas de relaxamento ou que propiciem o compartilhamento de vivências, no qual se possa ter com quem dialogar, a fim de construir relações de vínculo e empatia, e se tais estressores combinarem-se com variáveis exógenas ou endógenas, que intensifiquem a sobrecarga física, sofrimento mental e conseqüente sentimento de solidão e incapacidade de solucionar as adversidades da vida, o indivíduo pode ser levado a acreditar que a resolução exequível de seus problemas ancora-se no suicídio. As estratégias de educação popular em saúde, enfatizadas por Paulo Freire, corroboram com o que se pretende ao discutir saúde, pois permitem que cada indivíduo exponha percepções e relate vivências a respeito de um tema em foco e, de maneira compartilhada, construam saberes que impactem na produção do cuidado. Diante disso, o I Simpósio Paraense de Prevenção ao Suicídio, realizado na cidade de Belém-Pará, nos dias 08 e 20 de setembro de 2017, reuniu profissionais, estudantes e sociedade em geral, para debater sobre o tema, tendo como facilitadores dos espaços de formação trabalhadores da assistência, gestão, ensino e pesquisa, com experiência nas áreas de Saúde Mental e afins. A Liga Acadêmica Paraense de Saúde Mental (LAPASME), entidade que tem por objetivo fortalecer, complementar e aprimorar a formação acadêmica e profissional por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão, foi apoiadora do evento e, à convite da comissão organizadora, realizou ação de educação popular em saúde, a fim de contribuir com as discussões e reafirmar a necessidade de minimizar os estressores que incidem sobre a saúde biopsicossocial, por meio da participação ativa dos sujeitos envolvidos. Assim, este trabalho tem como objetivo: relatar a experiência de integrantes de uma liga acadêmica na realização de ação de educação popular voltada à promoção da saúde em sua dimensão biopsicossocial.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado por integrantes da LAPASME, a partir da aplicação de uma ação de educação popular em saúde, como parte das atividades do I Simpósio Paraense de Prevenção ao Suicídio, ocorrido nas dependências do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA). A ação foi realizada em 08 de setembro de 2017 e teve como objetivos: obter e analisar as percepções dos participantes do evento sobre o que entendiam por suicídio; promover espaço de cuidados mútuos para relaxamento e dispersão de tensões que afetam a saúde física e mental, por meio da educação popular em saúde. Para tanto, consistiu de duas etapas: coleta de percepções



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

dos participantes sobre a temática; promoção de sala de cuidados, para dialogar com o público e realizar práticas respiratórias antiestresse. Para a primeira etapa, os integrantes da LAPASME elaboraram, previamente, três perguntas, as quais foram escritas em cartões de papel, uma em cada cartão, e distribuídas aleatoriamente aos participantes do evento, para que as respondessem de acordo com sua compreensão e conceitos formulados mediante experiências de vida. Estas perguntas foram: “Para mim, o que causa o suicídio é...”, “O suicídio é...” e “Eu diria para um amigo com pensamentos suicidas que...”. Foram distribuídos mais de 200 cartões, um para cada participante. Após isso, montou-se varal no corrimão da escada que dá acesso ao auditório, sede dos espaços de formação, onde foram grampeados os cartões, ao passo em que eram entregues respondidos pelos participantes, e os mesmos ficaram expostos até o término das atividades do primeiro dia. Posteriormente, realizou-se análise das respostas, identificando-se os temas apresentados. Para a segunda etapa, organizou-se uma sala, intitulada “Sala de Cuidados”, espaço que esteve aberto durante o turno vespertino, no primeiro dia do evento, e foi dedicado à realização de rodas de conversa, durante as quais se estimulava os interessados a participar ativamente com suas percepções, ideias e experiências acerca da temática e, assim, construir/compartilhar o cuidado coletivamente. Durante as rodas, agregaram-se, também, práticas respiratórias antiestresse. Os resultados desta ação, enfocando a primeira etapa, foram compartilhados, por dois representantes da LAPASME, por ocasião do segundo dia do evento. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Como resultados da primeira etapa, obteve-se 126 cartões respondidos, dos mais de 200 distribuídos, sendo 43 referentes à pergunta “Para mim, o que causa o suicídio é...”, 41 à pergunta “O suicídio é...” e 42 à pergunta “Eu diria para um amigo suicida que...”. Foram identificados e quantificados os temas que ocorreram nas respostas dos participantes. Quanto à pergunta “Para mim, o que causa o suicídio é...”, obteve-se os seguintes temas e respectivos números de ocorrência: um conjunto de fatores: 14; relações familiares/sociais ausentes e/ou conflituosas: 04; questões subjetivas e existenciais (insatisfações/desespero/desesperança): 23; questões ligadas à religiosidade (ausência de crenças ou representação divina): 01; sofrimento mental progressivo (depressão): 01. Para a pergunta “O suicídio é...”, obteve-se os seguintes temas e respectivos números de ocorrência: um ato de fuga dos problemas e tensões pessoais e/ou sociais, ou interrupção do sofrimento (psíquico, físico ou emocional): 21; uma forma de colocar fim à própria vida: 09; resultado da falta de coletividade: 03; acúmulo de pensamentos negativos (raiva/tristeza/saudade/desespero etc.): 03; um ato injustificável e imperdoável (causa dor em si e em outrem): 02; um ato que se deve ao conflito entre viver em prol de causas de outrem e suprir as próprias necessidades: 01; fenômeno social e psicológico que precisa de cuidado e atenção: 02. E, relativo à pergunta “Eu diria para um amigo com pensamentos suicidas que...”, obteve-se os seguintes temas e respectivos números de ocorrência: palavras de valorização da pessoa e persistência pela vida (o indivíduo é importante/há outro caminho que não a morte/perspectivas do futuro): 16; oferecimento de apoio/ajuda: 16; incentivo à procura de ajuda profissional: 05; incentivo à fala: 03; apesar das mazelas e más influências da sociedade, é preciso acreditar e perseverar pela vida: 01; decidir por si próprio: 01. Na realização da segunda etapa, o público mostrou-se interessado em participar e contribuir com a dinâmica em roda, expondo mutuamente suas vivências, e envolver-se nas práticas respiratórias antiestresse. Percebeu-se que a promoção deste espaço foi salutar aos êxitos dos objetivos pretendidos, tendo em vista que representou uma alternativa à dispersão dos estressores inerentes à vida secular, e foi buscado pelos participantes sobretudo durante os intervalos do evento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tendo



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

em vista que o suicídio é tema relevante e necessita ser amplamente discutido nas diferentes esferas sociais, salienta-se a importância de agregar aos espaços de formação estratégias que estimulem a participação ativa dos indivíduos, destacando-os como protagonistas das ações, e que permitam compreender o que sabem/entendem sobre a temática, a fim de que futuras propostas sejam elaboradas de modo a atender as necessidades dos diferentes grupos sociais.

Palavras-chave: Suicídio; Educação em Saúde; Promoção da Saúde



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

REFLEXÕES SOBRE A DIFUSÃO DOS CONHECIMENTOS DE PLANTAS MEDICINAIS COM JOVENS DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA

Thaline Castro de Lima, Marcelo Gustavo Aguilar Calegare, Débora Cristina Bandeira Rodrigues, Evelyn Barroso Pedrosa, Mayara dos Santos Ferreira, Paulo Ricardo de Oliveira Ramos, Rommel Gonçalves de Sá

Introdução

O alicerce dos conhecimentos de povos residentes em comunidades tradicionais rurais na Amazônia é majoritariamente oriundo de povos indígenas que fizeram e ainda se fazem presentes na região. Estes conhecimentos são herdados e perpassam através das relações sociais e históricas, demonstrando um processo dinâmico e complexo, entendendo que os segmentos sociais que compõe esse contexto não são homogêneos, o que representa uma diversidade de práticas, identidades e culturas em conjunto às peculiaridades regionais. Um dos elementos da cultura dessas comunidades é a utilização de plantas medicinais no trato com a saúde, cujas práticas baseiam-se principalmente nos conhecimentos de sociedades tradicionais e a da medicina tradicional e/ou popular em diferentes culturas.

Comunidades tradicionais são definidas como grupos diferenciados pela cultura que reconhecem, e por possuir organização social, cultural e econômica própria, através da utilização de conhecimentos e práticas mantidos pela tradição oral e transmitidos de geração a geração. Particularmente, as populações tradicionais não-indígenas da Amazônia, dentre as quais as comunidades ribeirinhas, caracterizam-se por proporcionar relevante contribuição para manutenção da diversidade biológica devido às diversas formas de uso e manejo dos recursos naturais dispostos no seu ambiente, baseados nos princípios da sustentabilidade e dos conhecimentos tradicionais que possuem.

O conhecimento tradicional das comunidades ribeirinhas está relacionado aos saberes transmitidos oralmente e às atividades desenvolvidas, adaptadas a cultura local e o ambiente, que acabam por assumir tanto valor de uso, como valor simbólico. Ademais, no decorrer da propagação deste conhecimento de geração a geração, um papel essencial é exercido por todos os grupos etários, sejam jovens, adultos ou crianças. Diante disto, questionamos quais os processos psicossociais envolvidos no reconhecimento, valorização e preservação destes conhecimentos para os jovens.

Os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, bem como sua utilização no tratamento em saúde são amplamente utilizados na Atenção Primária à Saúde (APS), considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como importantes instrumentos da assistência farmacêutica. A prática de oferecer à população brasileira a utilização de produtos à base de plantas medicinais nos seus cuidados com a saúde incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.

Sendo assim, o presente trabalho visa refletir com base na pesquisa de iniciação científica e um projeto de intervenção de trabalho de conclusão de curso, os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais como um elemento importante à promoção de saúde dentro da comunidade ribeirinha a partir da participação de jovens nesse contexto.

Desenvolvimento

Utilizou-se de observação participante, através de inserção na comunidade ribeirinha localizada no rio Manacapuru – AM realizando registros em diário de campo para posterior análise. Além disso, foi realizado um grupo focal como parte do projeto de iniciação científica, e em seguida iniciou-se o trabalho interventivo que dispôs de duas etapas: 1) uma



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

excursão pela comunidade para conhecer as plantas medicinais; 2) realização de um jogo de tabuleiro humano para testar o conhecimento adquirido na excursão.

O acesso a comunidade se deu por meio da participação da pesquisadora no projeto de extensão vinculado ao Grupo Inter-Ação (UFAM), que atua em comunidades ribeirinhas da região. A equipe foi formada por múltiplas áreas de conhecimento no decorrer da implementação deste projeto, sendo composta por seis pessoas do serviço social, sendo a professora coordenadora, duas mestrandas e três estudantes em serviço social e uma estudante de psicologia.

Resultados

Inicialmente, com a proposta do grupo focal observou-se pouco relato dos jovens sobre o manuseio das plantas medicinais. Verbalizaram sobre a importância de utilizá-las, porém, não identificaram situações que tenham por conta própria utilizado desse conhecimento. Por outro lado, no trabalho interventivo, que se deu através da excursão, as jovens puderam identificar as plantas medicinais e qual o uso delas no tratamento da saúde, sob orientação de duas comunitárias.

Finalizada a excursão, foram formados grupos e realizado um jogo de perguntas e respostas, em que a cada acerto o grupo ganhava pontos. Neste momento as jovens demonstraram conhecimentos relevantes sobre as plantas medicinais, bem como seu manejo para a saúde.

Sobre os processos psicossociais envolvidos no reconhecimento, observou-se que as participantes atribuem efeitos positivos ao uso das plantas medicinais. Quanto a questão de valorização, as jovens relataram que as plantas medicinais são elementos centrais dentro da comunidade para o tratamento na saúde. No entanto, demonstraram pouco conhecimento sobre as plantas e suas aplicações, caracterizando então que o processo de preservação e valorização não ocorre amplamente, pois, os mesmos não se efetivam em suas práticas.

Além destas questões elucidadas no momento da realização da pesquisa através do grupo focal, as jovens verbalizaram preferência por outras alternativas de medicamentos em razão de considerarem desagradável ingerir os oriundos de plantas medicinais, além do longo intervalo de espera que precisam dispor para obter melhora. Foi possível perceber que as jovens não dispunham de tantas experiências práticas no manejo das plantas medicinais, uma vez que não verbalizaram situações cotidianas do uso.

Observou-se que as jovens percebem que a promoção de saúde baseada nos conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais são importantes para a comunidade. Porém, verificamos que aparentemente as jovens não se reconhecem como atores na propagação e aplicação desse conhecimento ou na promoção da saúde através deste recurso, apontaram os adultos como os detentores desses saberes e os responsáveis pela eficácia do uso de plantas medicinais.

Considerações finais

Considerando que os conhecimentos tradicionais são construídos através de gerações, das relações sociais e históricas, dinâmicas, complexas e não homogêneas, através da pesquisa para elucidar o caráter contextual dos jovens, foi possível observar que as mesmas reconhecem os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, mas não têm desempenhado o papel de mantenedoras desse conhecimento, bem como o de promoção de saúde a partir deste recurso natural. Acredita-se que o cerne dessa problemática é a cisão de um diálogo entre os detentores desse conhecimento com as jovens.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Ademais, percebemos que o trabalho interventivo fortaleceu o caráter da oralidade presente como característica fundamental do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais. Posto isso, adentrar os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais através de recursos lúdicos e atividades em grupo mostrou-se como uma ferramenta importante à promoção de saúde dentro da comunidade ribeirinha a partir da participação de jovens nesse contexto. Consideramos também importante a extensão dessas experiências para as equipes de saúde da região, uma vez que a parceria com a comunidade nos encontros e reuniões de educação em saúde permite a identificação de líderes locais, formação de alianças e o aumento da autoestima dos indivíduos e do coletivo.

Portanto, nesse contexto, o psicólogo (a) pode atuar em espaços interdisciplinares considerando as singularidades e similaridades de cada grupo ribeirinho, direcionando a devida importância aos aspectos étnicos e identitários que contribuem com a constituição das subjetividades locais, assim como também, na reflexão e sugestão de estratégias para trabalhar promoção de saúde com jovens a partir da realidade de seu próprio contexto.

Palavras-chave: Conhecimento tradicional, comunidade ribeirinha, jovens ribeirinhos, plantas medicinais, promoção de saúde



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

REFLEXÕES SOBRE O PROTAGONISMO DE MORADORES DE UMA COMUNIDADE INDÍGENA CIDADINA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Mayara dos Santos Ferreira, Marcelo Gustavo Aguilar Calegare, Rayza de Sousa Ramos, Renata Fernanda Cabral Ramos, Rosa Mirtes Araujo, Simone da Graça Campelo

Há muito tempo percebem-se a existência de processos migratórios, e a presença de povos indígenas em contexto de cidade. Posto isto, consideramos a necessidade de direcionar devida atenção às condições de saúde que se fazem presentes nesses contextos. Alguns autores apontam como um dos principais fatores da migração dessa população às cidades, a dificuldade de acesso à saúde e educação. No Amazonas, sobretudo por questões geográficas, considerando a extensa área de rios que dão acesso às comunidades ribeirinhas e de base, percebe-se a locomoção de moradores destas localidades, para áreas citadinas, na tentativa de facilitar tais acessos. Considerando os pressupostos da Psicologia Social, área de estudo que tem direcionado suas reflexões e atuações acerca de camadas populares, fora realizado um projeto de extensão, que deu base para os apontamentos aqui apresentados. Através da Pesquisa Ação Participante, utilizando como instrumentos de coleta entrevistas semi-estruturadas, conversas informais, e reuniões com moradores e liderança, este estudo foi desenvolvido na comunidade indígena Sol Nascente, localizada na zona norte da cidade de Manaus. Os relatos dos moradores desta comunidade apontam para dados preocupantes a respeito da saúde. Uma das colocações da liderança comunitária diz respeito a ausência de políticas públicas direcionadas para a realidade indígena citadina, sobretudo acerca da saúde. Afirma-se que ao procurarem serviços em alguns hospitais e unidades básicas, o atendimento lhes é negado, e cotidianamente justificado com o discurso de que não estão oficialmente na área a qual estes setores são responsáveis. Esta questão nos remete a outra problemática que inicialmente parece não estar associada à promoção da saúde, e diz respeito a legalização/demarcação das terras indígenas. A comunidade Sol Nascente está localizada em uma área de ocupação, atualmente em processo de legalização perante o Estado, processo este que já vem se estendendo há cerca de quatro anos. Isto faz com que, mesmo a comunidade estando localizada entre dois grandes e reconhecidos bairros da cidade de Manaus (Francisca Mendes 2 e Alfredo Nascimento), esta não se encaixe na área de atendimento proposta pelos dispositivos de saúde presentes. Ponderamos então, a relevância de considerar aspectos estruturais na promoção da saúde de modo a agregar todas as variáveis que envolvem o acesso à saúde de comunidades indígenas, sobretudo em ambientes de cidade. Alguns discursos expõem ainda a dificuldade de atendimento em dispositivos de saúde associada ao fato direto de ser indígena. Há relatos de que muitas vezes profissionais destes setores negam-lhes atendimento em razão de considerarem que esta assistência deve ser realizada por setores especializados, voltados somente para a população indígena, como por exemplo, a Casa de Saúde Indígena (CASAI) que na verdade atua como um hospital de trânsito para pacientes indígenas de outras procedências, e, neste caso não se aplica aos moradores indígenas residentes na cidade de Manaus. Diante disto, também percebemos a necessidade de maior contato das realidades indígenas citadinas nos dispositivos de atendimento em saúde da cidade de Manaus, com o intuito de orientar e informar os profissionais desta área em suas atuações nesse contexto.

Diante destas considerações, refletimos sobre o processo de articulação da comunidade como atores sociais, de modo a minimizar as problemáticas em relação à saúde, e alcançar



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

acesso a estes serviços, até então negados ou dificultados. Assim, percebemos que o protagonismo da comunidade em relação a possíveis mudanças e melhoras no contexto da saúde, é possibilitado principalmente pela presença de ações da igreja católica, através do desenvolvimento de atividades da pastoral da saúde. As atuações da pastoral da saúde, promovidas por uma igreja do bairro vizinho, tem promovido autonomia dos moradores da comunidade, formando multiplicadores. As atividades são estabelecidas pelos membros da pastoral da igreja, mas quem as efetiva no ambiente da comunidade são os próprios moradores, considerando suas particularidades, inclusive étnicas. Os principais responsáveis pelas ações semanais e mensais são líderes (internos à comunidade) orientados pela pastoral, que correspondem a um grupo de moradoras da Sol Nascente. As atividades propostas tem permitido mapear e registrar o desenvolvimento das crianças da comunidade. O grupo responsável visita as casas, conversam com as famílias, passam algumas informações pertinentes à manutenção da saúde, e uma vez por mês fazem medição e pesagem das crianças. As informações são repassadas aos setores da pastoral, que por sua vez, posteriormente, também formulam novas ações na comunidade e orientam as líderes moradoras. Verificamos de forma nítida que a comunicação entre as mulheres líderes da pastoral na comunidade, com seus moradores, é favorecida através das visitas nas casas e da proximidade que é promovida através destas, fortalecendo os laços sociais e comunitários.

Percebemos que a presença das ações de saúde da pastoral da igreja católica, promove mesmo que de forma tênue, o desenvolvimento de protagonismo dos membros da comunidade, e a multiplicação de atores sociais na promoção da saúde. Apesar de considerarmos um grande déficit a realidade indígena na cidade ainda precisar depender de ações assistenciais de setores além do Estado, ponderamos a necessidade e a articulação da própria comunidade na promoção da saúde que é possibilitada através da pastoral, esta que tem sido uma das – senão a principal – ação no estabelecimento de saúde das crianças deste lugar. Os atores sociais desta comunidade, tem se destacado principalmente pelas ações de membros da liderança comunitária, que de forma autônoma, buscam alternativas de facilitar o acesso dos moradores da comunidade aos dispositivos de saúde, em busca de atendimentos, que, principalmente, considerem as suas especificidades culturais, étnicas e estruturais.

O que podemos perceber diante desta realidade, é uma grande dificuldade desta população acessar os setores de saúde, mas que acaba por ser parcialmente sanada, pelos próprios moradores. Diante desta problemática estes tem se articulado com diversas outras coletividades e instituições, no intuito de tentar alcançar os acessos até então não efetivados. Considerando os relatos e as observações realizadas, notamos que formas tradicionais indígenas de cuidado com a saúde são resgatadas a partir desta realidade, notadas principalmente através da utilização de plantas medicinais na confecção de remédios e chás caseiros. Podemos ponderar que os conflitos e as necessidades têm impulsionado os moradores da comunidade na busca pela sua resolução – inclusive perante o Estado através de reivindicações formais – e esta articulação, principalmente entre as mulheres e mães da comunidade – promovida pelas ações da pastoral – tem fortalecido suas relações em rede. Por fim consideramos que mesmo que, por muitas vezes por intermédio de ações externas a comunidade, os moradores da Sol Nascente tem se empenhado em estruturar práticas que possibilitem acesso e estruturação dos serviços que lhe são negligenciados. Deste modo, estes sujeitos tem se inserido de forma atuante em seus espaços sociais e promovido ações de mudança em sua realidade, com o objetivo de melhorar suas condições de saúde e qualidade de vida.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Palavras-chave: comunidade indígena, ambiente de cidade, protagonismo social, promoção de saúde.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

SAÚDE E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E CONQUISTA

Arthur Grangeiro do Nascimento, Wenderson Ferreira da Silva, Luana Cavalcante Silva, Nathallya Tayanny Barros e Silva, Jefferson Bezerra da Silva, Ricardo Ferreira dos Santos Júnios, Leandra Ferras de Miranda Henriques, Ivonete Silva Carneiro Monteiro

Apresentação: Os princípios e diretrizes do SUS, presentes na Constituição Federal de 1988 e na lei 8080/90 inauguram oficialmente uma perspectiva do fazer saúde horizontal, ampliado e democrático, onde os princípios da Universalidade, Integralidade e Participação Social norteiam esta prática. São diversos e complexos os desafios para operacionalizar cada princípio citado. Particularmente para a participação social, princípio regulamentado pela lei 8.142/90, se identificam dificuldades quanto à mobilização dos cidadãos, aparelhamento político-partidário dos espaços oficiais de controle social e a frágil cultura participativa dentro da população brasileira. Contudo, não quer dizer que inexistem experiências de mobilização, participação social e conquistas concretas a partir delas. **Objetivo:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar uma experiência exitosa de mobilização e participação social envolvendo residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco, trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e moradores de um bairro localizado na cidade de Recife – Pernambuco.

Descrição da experiência: A USF apresentava diversos problemas de infraestrutura. No mês de Junho de 2015 foi dado início a sua reforma, com o objetivo de resolver problemas de telhado, infiltrações, odores provenientes do esgoto e reestruturação das salas de atendimentos. A princípio o prazo para finalização das obras era de três meses. Durante a reforma a USF ficou interditada e não foi ofertado outro espaço para que as atividades fossem desenvolvidas. Diante disto, em busca de uma solução paliativa, a equipe, junto com os residentes, optou por realizar suas atividades em outros espaços da comunidade como Igreja, escola e até mesmo nas casas de comunitários e profissionais da USF. Nesta conjuntura a rotina se dava na seguinte dinâmica:

Os acolhimentos/consultas eram realizados nas segundas (casa de profissional da USF), nas terças (casa de comunitária), na quartas (igreja) e na sextas (casa de comunitária). Nas quintas eram realizadas visitas domiciliares;

Os pré-natais, as puericulturas e os curativos em acamados eram realizados em domicílio;

O exame de citologia oncológica (prevenção) era realizado na maternidade de referência para a USF em questão;

A entrega de medicamentos e vacinações eram realizados em uma Policlínica de referência para a USF em questão;

Os atendimentos odontológicos eram realizados em outra Unidade de Saúde da Família nas proximidades;

A dinâmica apresentada acima, que configuraria a rotina das atividades dos profissionais junto à comunidade durante os três meses se estendeu por mais sete meses, totalizando dez meses de reforma sem prazo de conclusão. Este processo gerou uma grande insatisfação dos comunitários, deixando muitas vezes de ir para os atendimentos e até mesmo provocando desentendimentos entre a comunidade, desgaste físico, emocional. Foram realizadas várias tentativas de negociação com a gestão do Distrito Sanitário ao longo destes sete meses posteriores ao prazo estabelecido a princípio. Após os dez meses, as mudanças ainda estavam insuficientes. Diante dessa situação a comunidade, que



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

passou a se encontrar nos diferentes espaços de seu território, construíram laços fortes com a equipe de saúde e entre eles, se constituindo como um sujeito coletivo capaz de se organizar e reivindicar seus direitos. Esse sujeito coletivo, então, se mobilizou para dialogar com a gestão Distrito Sanitário responsável pela USF, objetivando esclarecimentos e estabelecimento de novos prazos. A partir daí se deu uma sequência de encontros e reuniões entre os representantes da comunidade, os trabalhadores da USF, os residentes e a gestão do Distrito Sanitário: uma série de diálogos, de “idas e vindas”. Em um desses encontros a comunidade mobilizada articulou a presença da imprensa, de cobertura televisionada. Nesta reunião foi indicado o retorno das obras e um novo prazo que por sua vez também não foi cumprido e prorrogado novamente, totalizando aproximadamente 16 meses para a finalização de uma reforma que inicialmente durariam três meses. Neste processo de efervescência a comunidade decidiu se reunir periodicamente e formar um grupo com comunitários, profissionais e gestão com o intuito de estar em constante discussão para melhoria da assistência prestada, assim também como a comunidade poderia contribuir junto aos profissionais e gestão para que se tenha um processo horizontal e participativo de todas as instâncias no ‘fazer saúde’. Frente a isto o grupo de residentes, presente em todo o processo, se organizou para dar suporte técnico, teórico e político para solidificar a proposta que nascera da comunidade em um momento de luta, mobilização e negociação.

Resultados: Partindo da experiência relatada é possível destacar premissas para a prática da participação social e controle social no âmbito do SUS que perpassam os limites dos espaços institucionalizados. Indicando que é possível exercê-los de diversas maneiras. Diante do relato percebe-se como elementos sui generis da participação comunitária:

Situação de desconforto em comum que estimule a comunidade à resolução da mesma;

Organização da comunidade como sujeito coletivo;

Acionar e articular todos os atores (profissional, gestão e comunidade), já que apenas um segmento destes é insuficiente;

Instrumentalização advinda do domínio de informações de seus direitos e meios de garanti-los.

A demora para a entrega da USF após a reforma se caracterizou como a situação de desconforto que levou a comunidade a mobilizar-se como sujeito coletivo e acionar profissionais e a gestão, objetivando através desta articulação, a busca pela melhor maneira de alcançar a resolutividade desta situação. Em diversos momentos os atores envolvidos realizaram espaços de troca de informações, munindo-se mutuamente a respeito de direitos e meios de acesso e garantia, o que caracterizou a instrumentalização necessária para caminhar rumo à efetivação do que, no momento, era a conquista almejada: “A USF de volta às mãos da comunidade”. No processo de instrumentalização surgiu a discussão da implantação de um conselho gestor local de saúde, como resposta a inquietação e vontade da comunidade de continuar a se mobilizar em busca de diversas melhorias paralelas e posteriores à entrega da USF. Apesar do conselho gestor não ter se concretizado formalmente, a conquista política marcou aquele bairro e consolidou um exemplo de experiência de luta política no território.

Considerações Finais: O presente trabalho nos leva a refletir sobre a importância da identificação de situações que têm de ser transformadas, da organização da comunidade como sujeito coletivo, dotado de coerência e coesão. Assim como da importância da articulação dos diversos atores e da necessidade de instrumentalização e acesso a informações e meios de garantia de direitos. Percebe-se que profissionais de saúde, assim como os residentes de saúde da família, comprometidos com o SUS e com os usuários



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

desempenham papel de suma importância frente à participação ativa da sociedade, tornando-se um agente potencializador. O papel de catalisador da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família foi imprescindível para a potencialização da mobilização social, devido a sua posição estratégica de articulação ensino-serviço.



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

MOBILIZAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR): VISIBILIDADES E POSSIBILIDADES DE GARANTIA E CONQUISTA DE DIREITOS SOCIAIS.

Paula Monteiro de Siqueira, Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Este trabalho tem por objetivo divulgar resultados parciais de uma pesquisa de mestrado cuja coleta de dados foi realizada no decorrer do ano de 2017. Este tem como objeto de pesquisa as Políticas de Saúde para Populações em Situação de Alta Vulnerabilidade Social.

A metodologia empregada foi a abordagem cartográfica e teve como campo de pesquisa o cotidiano de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua (CnaRua) no Município de São Paulo/SP, participação na Comissão de Saúde para a Pessoa Vulnerável do Conselho Municipal de Saúde/SP (CMS-SP), participação no Projeto de Extensão A cor da Rua, outros espaços de discussão e problematização das questões que condizem à Pessoa em Situação de Rua (PSR) tais como: o Comitê Intersectorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua, o Movimento Nacional População de Rua (MNPR), dentre outros. Aproximamo-nos desses espaços de maneira que pudéssemos compreender os processos de modo orgânico, participando e constituindo os coletivos de forma ativa. Em alguns casos coletamos entrevista e esse material foi transcrito dando corpo a base de dados da pesquisa.

As Pessoas em Situação de Rua/PSR “escapam” ao imaginário normativo do que seria a vida em sociedade, por isso, por muito tempo, foi objeto de intervenção policial e/ou assistencialista. O reconhecimento de que essa população é portadora de direitos é recente e ensejam iniciativas políticas no sentido de assegurá-los. Cabe também interrogar em que medida e com que propósitos tais “vidas sem valor (ou indignas de serem vividas)” passam a ter valor e relevância político-jurídica.

No contexto da sociedade capitalista a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos destinados para atender aos direitos básicos como saúde e moradia não são suficientes para alcançar a todos que necessitam, a exclusão social e a divisão entre pobres e ricos é acentuada. Somado a isso há o estigma que rotula aqueles que estão na condição de rua como incapazes, como bandidos e criminosos, acentuando a criminalização da pobreza.

Diante disso, a mobilização social e a formação de coletivos são importantes para dar visibilidade às populações que são marginalizadas e viabilizar a garantia de seus direitos, bem como a mudança social.

Nesse sentido, as políticas públicas, quando tem como foco dirimir a exclusão social, devem centrar sua intervenção nas dimensões econômica, simbólica e sociocultural de forma integrada, centralizando-se na proteção dos direitos sociais, buscando assim a reversão dos processos de exclusão social, bem como dar visibilidade às populações que estão à margem do sistema.

Os sistemas de saúde compõem sistemas maiores de proteção social, este sistema maior, inicialmente era constituído pela família e foi ganhando corpo institucional a partir das associações das categorias profissionais e instituições estatais. Tais movimentações podem ser consideradas como uma resposta social de ordem pública a determinadas populações/indivíduos e suas necessidades de proteção que se relacionam com cada contexto e localidade. Quando se trata da saúde, no Brasil, o acesso é pensado de forma universal, há países em que só determinadas populações têm esse direito garantido.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Desde a década de 1960, já se viam movimentações por parte da População em Situação de Rua (PSR) em busca de políticas públicas que lhes assegurassem melhores condições de vida. Em São Paulo, a Lei n. 12.316 – de 16 de Abril de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Entretanto, foi após a barbárie da chacina da Praça da Sé (2004), que muitos atos e mobilizações denunciaram as duras condições da vida nas ruas. Estas mobilizações deram corpo, dentre outras mobilizações, ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR, 2005) que se constitui como expressão dessa mobilização organizada em várias cidades brasileiras.

Em 2003, houve a contratação de um enfermeiro e um agente comunitário de saúde para trabalhar com as pessoas que vivem na rua (ACSR). Em 2004, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) implanta o projeto "A Gente na Rua". Neste projeto os agentes comunitários tinham vivência de rua, e esta conquista se deu por intermédio da mobilização de um grupo de pessoas em situação, que buscava maior representatividade dos agentes comunitários, bem como possibilidade e oportunidade de inserção no mercado de trabalho.

Em 2008, o Governo Federal apresentou à sociedade brasileira um documento contendo as diretrizes da Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, com fins a orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento social, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos. Esta política visa "assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda."

Em 2013 foram criados a Coordenação de Políticas para População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua. Este é constituído por nove integrantes do poder público municipal e nove representantes da sociedade civil, dentre eles, pessoas em situação de rua. Este colegiado tem como uma de suas funções criar e monitorar o Plano Municipal de Políticas para População em Situação de Rua (PMPSR, 2016). O plano foi constituído de forma participativa, tendo como norte as necessidades da PSR, e sinalizou ações e elementos para uma Política voltada para a garantia dos direitos.

O Plano Municipal é uma importante possibilidade de encontrar caminhos que dialoguem diretamente com as necessidades das pessoas em situação de rua. Os dados levantados através de uma pesquisa realizada pelo Comitê PopRua, sendo os pesquisadores pessoas em situação de rua mostraram as enormes dificuldades de funcionamento dos equipamentos de acolhimento e da implementação das políticas públicas em todas as áreas do campo em questão.

Contudo, a fim de que as desigualdades se dirimam é necessária maior radicalidade nas ações políticas no que tange à equidade, sendo que esta deve balizar e instaurar práticas institucionais em que se leve em conta de fato as necessidades dos grupos mais vulneráveis. Dessa forma, constituindo projetos de sociedade e políticas sociais que visem à produção da igualdade social. Principalmente no cenário político atual em que há o desmonte do SUS e das políticas sociais de maneira geral.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Mobilização Social;



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

UM OLHAR HUMANIZADO SOBRE A DOENÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PRÁTICA HOSPITALAR.

Renata Costa, Ma. Veruska Prado Alexandre

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) para atender seus usuários de forma integral conta com várias políticas, que juntas compõem uma Rede unificada de Atenção à Saúde (RAS). Esta visão integral sobre os indivíduos compreende não somente o tratamento de doenças, como também contempla o bem-estar geral e a promoção da saúde ampliada dos sujeitos.

No âmbito das políticas do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada como forma de comunicação entre população e os profissionais envolvidos nos processos de atenção à saúde, fortalecendo a ética e a defesa da vida.

A PNH possui nove diretrizes gerais que guiam a sua implementação nos diferentes níveis de atenção, incluindo aqui no âmbito hospitalar; como:

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa;

Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;

Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.

O objetivo deste resumo é relatar a experiência vivenciada no estágio de nutrição clínica a luz da PNH.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Trata-se de um relato de experiência vivencial dentro do estágio de nutrição clínica, no período de setembro a novembro de 2017, num hospital escola vinculado a uma universidade federal. Durante 12 semanas vivenciamos a atuação do nutricionista no âmbito clínico em três espaços hospitalares: pediatria/maternidade e clínicas cirúrgica e médica. Tivemos acompanhamento por professores, nutricionistas e por outros trabalhadores da saúde envolvidos no processo de atenção à saúde hospitalar.

No atendimento realizado por uma estagiária, foram selecionados 29 pacientes, sendo estes internados mais de dois dias. Para compor este relato de experiência de atenção nutricional hospitalizada a luz da PNH, 5 casos serão apresentadas a seguir.

Gestante, 22 anos, diagnóstico de pielonefrite, diabetes mellitus gestacional, hiperemese, risco nutricional e com histórico de Síndrome de Cushing decorrente de um tumor na hipófise. Em decorrência deste histórico, a possibilidade de gravidez era nula. Diante da notícia da gravidez e ser de alto risco, desenvolveu um estado de ansiedade elevada, tendo com isso alteração no estado nutricional. A frequência e o recordatório alimentar demonstrou baixo consumo de vegetais e frutas. Como conduta nutricional foram adotadas: incentivo ao consumo de frutas e vegetais e iniciada ação de educação nutricional voltada para o aleitamento materno. No controle da ansiedade foi realizado um trabalho com multiprofissional da saúde. Sendo acordado a necessidade em ouvir as aflições e as dúvidas da paciente, buscando com isso acolher as dúvidas e as esclarecer. Neste conjunto



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

de ações possibilitou estabilizar o quadro de saúde da paciente, recebendo alta temporária, voltando para dar à luz a uma menina.

Adolescente, 12 anos, sexo feminino, com transtorno de conversão. Na internação relatava fortes dores na região lombar que a impediam de andar. Vários exames foram realizados e nenhuma alteração física/biológica foi detectada. Nas avaliações da nutrição a paciente apresentava-se dentro de normalidade. O tratamento prescrito pela equipe médica era composto por medicações voltadas para a dor forte (morfina). A família de baixa renda, estava dois meses sem receber o bolsa família. A mãe é divorciada, tem mais dois filhos e trabalha informalmente como costureira de confecção. A família conta com apoio de outros familiares. Observamos que após atendimento nutricional e com assistente social, a jovem passou a não sentir dor, possibilitando assim a prescrição de alta hospitalar.

Criança, sexo feminino, 8 anos, internada com febre, dor de cabeça, vômito, dor intensa na região lombar e nas pernas, impossibilitando a locomoção. A família da paciente morava em Cuiabá, mudando-se para Campestre-Goiás, a dois meses. O tratamento foi iniciado com morfina, sendo posteriormente substituído por placebo e dipirona, resultando o mesmo efeito, ou seja, a diminuição da dor. A atenção nutricional ficou prejudicada pela baixa aceitação da dieta pela paciente, sendo ofertado alimentos com suplementação para evitar a piora do estado nutricional. Durante as visitas diárias a criança relatou a saudade dos animais que ficaram na fazenda em Cuiabá, que ela ajudava no manejo deles junto com o avô. No atendimento multiprofissional foi identificada uma situação de conflito familiar entre a mãe da paciente com ex esposo, sendo a criança envolvida neste. O assistente social e psicólogo passou a acompanhar a criança, sendo o resultado de melhora na ingestão alimentar observado, assim como a locomoção sem apoio. Criança recebeu alta e continua o tratamento psicológico no ambulatório pediátrico.

O paciente de 44 anos, internado com leucemia recém diagnosticada, tendo esta notícia abalado psicologicamente o paciente e familiares. Neste momento a dieta foi fundamental, considerou suas necessidades nutricionais e a injúria que a doença poderia prejudicar em sua alimentação. Mas a precisão de serem ouvidos e as respostas das suas dúvidas sobre a doença e o tratamento foram essenciais na recuperação do paciente, como também de seus familiares. Recebeu alta com prescrição de quimioterapia realizada em domicílio, tendo acompanhamento mensal no Hospital Araújo Jorge.

A paciente de 81 anos, internada devido a estágio final de câncer. No início da internação a paciente seguia uma dieta líquida-pastosa, associada a medicamentos para dores fortes (morfina). A segunda semana de internação reduziu a ingestão alimentar, por isso tentamos modificar os tipos de medicações, não teve melhora no consumo alimentar. A paciente passou a não mais se comunicar com o meio externo. A prescrição de dieta enteral foi descartada para evitar o sofrimento e desconforto, adotado a terapia parenteral como sendo no momento menos evasiva. A paciente teve uma evolução não favorável e veio a óbito.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

Ações como escuta ativa e atenciosa se mostraram como elementos importantes no processo de cuidado. Percebe-se melhora no quadro nutricional e emocional perante a doença que levou a pessoa a ser internada, contribuindo na recuperação e permanência menor no leito; assim diminuindo complicações com infecção hospitalar. Como também no aumento e/ou na qualidade alimentar do paciente durante a internação e após alta, evitando prescrições terapêutico mais invasivas e a reincidência ao hospital.

O estágio permitiu que a estagiária e os pacientes/familiares, estabelecessem vínculos e realizassem trocas de informações relacionadas à cultura como: tipo de alimentos e



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

comidas, modo de preparo, sabores; como lidar com diversas doenças e tratamentos. E também a oportunidade de conhecer diversos profissionais atuantes de um hospital de grande porte e como funciona. Dúvidas ou soluções diante de complicações no quadro clínico de algum paciente eram resolvidas de forma mais rápida, em decorrência do trabalho multiprofissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio foi de muitos desafios e aprendizagens, pois, é difícil ver o sofrimento do próximo e perceber que esta rotina não era também fácil para os funcionários mais experientes do hospital. Além das condições de trabalho desfavoráveis na área da saúde atual. Mas esta experiência permitiu reforçar a escolha desta profissão e o amor por ela.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Alimentos, Dieta e Nutrição; Promoção da Saúde



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

“ENVELHECENDO EM COMUNIDADE” - UMA COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nilton Bahlis dos Santos, Silvia Costa

O Grupo “Envelhecimento em Comunidade” é uma experimentação de pesquisa que parte da hipótese que os problemas da saúde das pessoas na terceira idade, estão relacionados à perda de autonomia devido ao isolamento e descompasso entre as pessoas e as comunidades em que participaram (família, trabalho, amizades, etc.). A fase mais aguda é quando, por incapacidades biológicas (perda de audição, visão, mobilidade, etc...), o idoso começa a não ter mais condições de manter sua autonomia e passa a depender de outros para manter seus sistemas de vida. No entanto o processo se inicia antes, com o enfraquecimento e modificação dos laços familiares, de trabalho, entre outros. Após a crise em uma destas relações que tinha um caráter estruturante, um fato fortuito pode servir de faísca e acelerar o isolamento. É preciso, de repente, buscar novas formas de manter a vida face a um problema de saúde “grave”, por exemplo. Os problemas se retro-alimentam, aprofundando o “ensimesmamento” e a incapacidade de se colocar novamente em compasso com o mundo que lhe foge ao controle.

Nossa hipótese de trabalho é que com a reversão da tendência ao isolamento, será possível reduzir a perda de autonomia, com um enorme impacto na saúde do envelhecido. Vivemos a redefinição das relações e das formas de realizá-las. Nossos hábitos e “instrumentos”, construídos, realizados e exercitados por mais de meio século, entram em contradição com uma sociedade cada vez mais dinâmica e complexa.

Nos parece que neste momento em que passamos por um processo de reorganização de sociabilidades e de redefinição das relações e das formas de realizá-las, é muito pouco provável recompor a vida nas mesmas bases anteriores, da mesma forma que antes, recompondo ou criando uma nova família, conseguindo um emprego “estável” etc., pelo menos ao nível massivo (o que não significa que alguns não consigam). Ao contrário, nossas observações indicam que ao tentar recompor a vida nas mesmas bases de antes, o mais provável como resultado é o fracasso, pois a vida, e nós, não somos mais os mesmos. Esse fracasso gera frustrações que terminam por provocar stress, destruir a autoestima e acelerar o isolamento. Nossa cultura, hábitos e instrumentos, adquiridos e exercitados em mais de meio século, entram em contradição com uma sociedade cada vez mais dinâmica e veloz, com outros objetivos, com outras tecnologias e com outras formas de sobrevivência. Nossa experiência com tecnologias e práticas interativas, nos mostrou o potencial das comunidades virtuais para criar novas sociabilidades e relações que permitem criar e viabilizar uma comunidade de envelhecidos, auto-sustentada, onde seja possível viver o envelhecimento em comunidade, com troca de experiências e solidariedade.

Com o objetivo de abrigar essa comunidade, foi criado um grupo no Facebook (<https://www.facebook.com/groups/1764220020525286/>): “um espaço para falar sobre o nosso envelhecimento (...) que contribui para um “envelhecimento comunitário” onde se pode trocar experiências e conversar sobre nossas alegrias e dificuldades, (...) para envelhecermos de forma solidária, produtiva e feliz (...), em comunidade”, conforme sua descrição.

O grupo foi criado em 5 de setembro de 2016 e a partir de novembro, se intensificaram os pedidos de inclusão. Em 9 de janeiro de 2017, atingiu os primeiros 1.000 membros, em junho de 2017 contava com 60.000 membros, em setembro com 80.000, e terminou 2017 com uma população de 100.000 participantes.



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

Logo de início a aceitação e crescimento do grupo superou nossas mais otimistas expectativas que seria a criação de uma comunidade com cerca de três a cinco mil membros.

Atraídas pela possibilidade de superar sua solidão e “voltar a viver”, e pelo acolhimento recebido, as pessoas (que inclusive “cobravam” dos outros uma resposta/agradecimento) foram entrando naturalmente, se apresentando e se mostrando, e começaram a perceber a riqueza de experiências de seus novos amigos, de diferentes lugares, que faziam coisas e tinham experiências diferentes. De alguma maneira passaram a ter a sensação de que não estavam mais sozinhos. Como não se percebia uma hierarquia/liderança, pois não existia ninguém para lhes dizer o que fazer e o que era certo ou errado, as apresentações e saudações/acolhimento iniciais foram gerando uma ampla possibilidade de interação/participação, o que dava a oportunidade de percepção das diferenças (onde moravam?, idade?, o que cada um fazia?, o que esperavam do grupo? etc.). Isso atraía pela curiosidade e pelas possibilidades diferentes que despertavam.

No entanto, as diferenças, que no início eram um elemento virtuoso, começaram a gerar um problema. Todos queriam viver o envelhecimento em comunidade, mas cada um tinha uma visão diferente do que poderia ser isso. Cada um visualizava no grupo a possibilidade de viver coisas que imaginavam que lhes dariam felicidade e, aqui está o problema, a felicidade da forma que imaginavam a partir das experiências de felicidade que tinham vivido/buscado anteriormente e não a felicidade no contexto específico em que vivem, enriquecida por aquela multiplicidade de experiências, formas e oportunidades de viver. Isso levava cada um a ver na comunidade a possibilidade de resolver os problemas e desejos que já se colocavam anteriormente e não de experimentar coisas que as outras experiências poderiam lhes indicar.

O resultado foi o início de disputas sobre o que deveria ser a comunidade e como marcar sua identidade (por idade/opções morais, crenças, cor, sexo, nacionalidade, etnia, etc.?).

Nesse momento, pareceu que a diferença entre os diferentes “projetos” terminaria por estralhar o grupo, o que começou a preocupar os participantes que queriam continuar e manter sua experiência de viver em comunidade. Acostumados a “autoridades”, isso levou, inclusive, a apelos insistentes de intervenção da moderação que deveria impedir as condutas que lhes desgostava.

Essas disputas ainda se mantêm, mas hoje não parecem mais capazes de ameaçar a existência do grupo e suas possibilidades de servir como um imenso Laboratório onde seja possível observar uma comunidade de envelhecidos em vida, e estudar inúmeras questões relacionadas ao Envelhecimento, à Promoção da Saúde e Saúde Coletiva, às Comunidades Virtuais e Redes Sociais, e à inclusão digital e social.

Nossa atividade na Rede Unida pretende apresentar esta primeira fase de construção e organização do grupo, avaliando sua experiência e apontando diretrizes para a consolidação e consecução de seus objetivos.

Palavras-chave: Envelhecimento Comunidades Internet



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

“PRECISAMOS FALAR SOBRE OS TERREIROS”: O CUIDADO EM SAÚDE NAS RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS

Matheus Barbosa, Antônio Vladimir Félix da Silva, Ana Kalliny de Sousa Severo

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve uma institucionalização de alguns ideais defendidos pelo movimento da reforma sanitária brasileira, tais como: universalidade na cobertura, integralidade na atenção, participação comunitária e equidade. Esse último princípio é caracterizado pelos seguintes aspectos: definição de regras mais justas para a convivência em sociedade; alcance do bem-estar social para todos os cidadãos e elaboração de políticas públicas destinadas a grupos populacionais historicamente privados de acesso à saúde, assistência, educação, moradia, transporte, saneamento básico e infraestrutura. Outro marco legal que avançou nas conquistas do movimento sanitário, em especial nas questões concernentes à participação popular na saúde, foi a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), criada com o intuito de incluir os diferentes sujeitos e coletivos nos processos de planejamento, implementação e avaliação dos processos de saúde e de formação dos profissionais da área, cada um contribuindo a partir das suas singularidades na promoção de uma saúde que rompesse com os padrões biomédicos e levasse em consideração seus aspectos sociais, econômicos, históricos, políticos e culturais. Nesse trabalho, partimos da tese de que as práticas de cuidado não são exclusivas da categoria médica ou dos demais profissionais da saúde, em vez disso, acreditamos que outros atores sociais também são promotores de cuidado, sejam eles detentores de um saber especializado ou não, como as rezadeiras, os pajés ou os adeptos de religiões afro-brasileiras. No caso desses últimos atores, historicamente os espaços de sacralidade que eles são filiados têm ofertado algumas práticas de cuidado a quem a ele se dirige em busca de auxílio para suas queixas físicas, mentais ou espirituais. Assim, o presente estudo tem como objetivo principal mapear na literatura científica brasileira como são ofertados os processos de cuidado em saúde promovidos pelas religiões afro-brasileiras direcionados aos seus praticantes, consulentes e à comunidade de forma geral. Trata-se de uma revisão sistemática realizada entre outubro a dezembro de 2017. Em primeiro lugar, realizamos uma busca direta na base de dados SciELO, utilizando os seguintes conjuntos de palavras-chave: religião afro-brasileira/cuidado; religiões afro-brasileiras/cuidado; afro-brasileira/cuidado; afro-brasileiras/cuidado; religião de matriz africana/cuidado; umbanda/cuidado; candomblé/cuidado; religião de matriz africana; religiões afro-brasileiras; umbanda; e candomblé. Esses descritores também foram traduzidos para o espanhol e para o inglês. É preciso ressaltarmos que cada conjunto de palavras-chave correspondeu a uma busca distinta. Posteriormente, foi elencada uma série de critérios de elegibilidade como definidores da análise das pesquisas, os quais foram: veículo de divulgação (periódicos indexados), período de publicação (até o ano de 2017); idioma (português, inglês ou espanhol); modalidade de produção (revisões de literatura, estudos empíricos, relatos de experiência e/ou estudos de casos) e conteúdo discorrido (em consonância com objetivo proposto). Essa busca ocorreu a partir de uma análise minuciosa dos resumos das pesquisas encontradas, sendo que os selecionados foram lidos na íntegra. Esses procedimentos foram realizados por dois pesquisadores, primeiramente de maneira isolada, havendo em seguida uma confrontação dos dados de cada um e, posteriormente, um consenso entre ambos sobre os materiais a serem escolhidos para análise. A busca realizada identificou a presença de 131 artigos, cujos resumos foram lidos detalhadamente. Após eliminação das pesquisas semelhantes e de uma análise crítica com



Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

base nos critérios de elegibilidade restaram apenas 8 estudos, sendo que após a leitura completa dos mesmos, outro acabou sendo excluído, de forma que, no total, analisamos 7 investigações. Os objetivos desses artigos estavam assim distribuídos: estudar fenômenos concernentes às interações entre religiões afro-brasileiras e serviços de saúde (n = 4); investigar o engajamento de terreiros em aspectos relacionados ao HIV/Aids (n = 1); explicar as práticas de cuidado das religiões de terreiros (n = 1); e estudar as práticas de cuidado das religiões afro-brasileiras juntamente com as que são oferecidas pelas igrejas católica e pentecostal, comparando-as com as oferecidas no âmbito da saúde mental (n = 1). Com relação ao tipo de estudo, esses se classificavam como: etnográficos (n = 3); triangulação de métodos (n = 1); orientação psicanalítica (n = 1); levantamento (n = 1); e não esclarecia ao leitor (n = 1). Nessas investigações, a coleta de dados ocorreu por meio da utilização dos seguintes instrumentos: entrevistas livres com lideranças religiosas (n = 4); observação participante em terreiros (n = 3); conversas informais (n = 2); não explicitava os instrumentos (n = 2); entrevista com os adeptos (n = 2); observações sistemáticas (n = 1); entrevistas de diferentes modalidades (informante-chave, em profundidade, história de vida e história oral) (n = 1); materiais pessoais dos frequentadores e dirigentes do terreiro (n = 1); observação participante das atividades desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (n = 1); indicadores de saúde (n = 1); política para saúde da população negra (n = 1) e criação de um posto de vacinação num terreiro (n = 1). Por fim, a partir dos resultados das pesquisas analisadas, construímos duas categorias analíticas: (i) especificidades das religiões afro-brasileiras e (ii) atenção à saúde dos povos de terreiros. Na primeira categoria, foi possível identificar alguns aspectos, a saber: os terreiros comportam espaços específicos para rituais e para cultos aos orixás, além de atuarem como rede de apoio à população local, oferecendo aconselhamentos, consultas e tratamentos para muitos males, desde amor até falência financeira; seus espaços de sacralidade geralmente se localizam em residências de pessoas de baixa renda, que abrigam, muitas vezes, famílias de santo e de sangue; os seus adeptos e consulentes frequentam esses espaços em decorrência de aspectos como busca espiritual, tradição familiar, dificuldade financeira e problemas amorosos; e compreendem as doenças como tendo várias origens, sejam elas de ordem física, mental, de outras vidas, causada por outras pessoas, “por encosto” ou “obsessão”. Na segunda categoria, também foi possível identificar alguns aspectos, a saber: os cuidados oferecidos pelos terreiros variam de acordo com as razões que desencadearam a aflição, havendo uma alusão constante à diferença entre causas espirituais e causas materiais ou físicas, de modo que quando os sintomas do enfermo apontam para doenças reconhecidas como originalmente orgânicas, o suporte oferecido consiste em aconselhar e orientar uma melhor alternativa para cura, diferentemente de quando a enfermidade é de ordem psicológica ou espiritual, quando há o uso de plantas e ervas em chás e banhos e a consulta aos orixás; na maioria das vezes, as principais queixas dos consulentes são problemas como dor de cabeça, desmaio, depressão, problemas de visão, taquicardia, hipertensão, doença desconhecida pelos médicos, amnésia, doenças de pele, febre reumática, convulsões, alcoolismo, insônia, doença dos nervos e doenças da barriga; e a existência de experiências exitosas de interações entre serviços de saúde e religiões afro-brasileiras, como a criação de um posto de vacinação em um terreiro de candomblé ou as atividades desenvolvidas pela Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO-SAÚDE). Nesses casos, essas possibilidades de dialogias serviços-terreiros se encontram constantemente prejudicadas em virtude de discussões econômicas, políticas, partidárias e religiosas que quase sempre servem apenas para negar o acompanhamento, suporte e atenção aos povos de terreiros



Saúde em Redes, v. 6, supl. 3 (2020). ISSN 2446-4813

Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida

por parte dos serviços de saúde. Desse modo, a partir desse trabalho, pudemos perceber a importância das religiões afro-brasileiras e de suas simbologias, crenças e práticas de cuidado, sendo, portanto, cada vez mais necessário que os equipamentos “oficiais” de saúde interajam com estes espaços, seja reconhecendo suas práticas de cura ou os convidando a planejar, implementar e avaliar políticas públicas que lhes são específicas.

Palavras-chave: cuidado; saúde; religiões afro-brasileiras