

popular e o controle social como ferramenta indispensável na conquista de direitos e melhores condições de saúde e qualidade de vida dos envolvidos, tornando-se uma contribuição valiosíssima na formação acadêmica e pessoal.

VIVÊNCIA E PRÁTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS COMUNIDADES ESPECÍFICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitor Pachelle Lima Abreu, Adna Nascimento Souza, Hádina Diniz Lima Moraes, Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Antonia Iracilda e Silva Viana, Thyago Leite Ramos, Georgia Thamyres Leite Ramos, Rômulo Dayan Camelo Salgado

Palavras-chave: VER-SUS Imperatriz, Cultura, Saúde

O projeto de Estágios (práticas) e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é uma ferramenta que permite aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem dentro das instituições de saúde e dentro das comunidades, ampliando a visão do que é saúde e doença dentro da realidade de cada cultura, interdisciplinaridade, luta de classes, movimentos de gênero, minorias populacionais, reforma política e outros aspectos intrínsecos ao SUS. O VER-SUS Imperatriz ocorreu nos dias 1^o a 10 de agosto de 2015 com 60 participantes, entre viventes e facilitadores. Durante a manhã do dia 10 de agosto de 2015, a equipe do VER-SUS Imperatriz viajou para a Aldeia São José (Krikati), no município de Montes Altos – MA, onde moram cerca de 770 pessoas. A comunidade indígena possui energia elétrica, água encanada, escola e possui uma unidade de saúde com boa estrutura física, equipamentos e farmácia básica, com medicamentos principalmente

do programa de Hipertensão e Diabetes. A unidade de saúde recebe duas equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, revezando-se a cada 15 dias para prestação de serviços. Característica marcante observada na relação entre o serviço de saúde prestado pelos profissionais e os cuidados de saúde oferecidos pelo pajé da tribo é da tolerância e do respeito. Os dois não se anulam, trabalham sinergicamente para fornecer bem estar às pessoas que ali vivem, logo a população passou a usar os fármacos trazidos pelo SUS, todavia não deixou de utilizar seus tratamentos medicinais naturais e orações aprendidos culturalmente. O VER-SUS Imperatriz mostrou a importância de conhecer as realidades das comunidades afastadas dos centros urbanos e fez refletir sobre o processo de saúde e como as culturas das comunidades indígenas podem exercer influência sobre ele. A sabedoria desses povos pode ser valorizada e deve trilhar ao lado do trabalho da equipe multiprofissional da unidade e vice-versa e isso foi observado nitidamente na Aldeia São José. Esse respeito mútuo é sinônimo de bem-estar, de tolerância, cuidado e, principalmente, de saúde.

Participação Popular - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

(NÃO) PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marlon Vinicius Gama Almeida, Marluce Maria Araujo Assis

Palavras-chave: participação social, cidadania, saúde da família

APRESENTAÇÃO: as lutas e movimentos sociais ocorridos durante os anos 80 e 90 do século XX na América Latina trouxeram para a agenda das políticas públicas brasileiras a luta por diversos direitos. No Brasil, essa luta se refletiu na elaboração da Constituição Federal de 1988, que valoriza a cidadania como responsabilidade pública, abrindo espaço para novas relações entre direitos humanos e desenvolvimento social, reafirmando a participação da sociedade como um privilégio do ser humano e a cidadania como pré-requisito para outras conquistas. O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública de saúde brasileira, aprovada na referida Constituição e as críticas ao modelo de atenção à saúde vigente - voltado para o processo de adoecimento e cura -, ampliaram a busca por melhorias que permitissem atender eficazmente aos anseios da população, no sentido de dar resolubilidade aos problemas e demandas dos usuários nos diferentes níveis de densidades tecnológicas que compõem o sistema de saúde. No entanto, as mudanças alcançadas com a ampliação e integração das redes ainda não se refletem no acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde. A participação social é entendida

como um espaço de representação da sociedade, no qual se articulam diferentes sujeitos, com suas diversas representações: movimentos populares, entidades de classe, governo, prestadores de serviço, entre outros, e uma população com suas necessidades e interesses que envolvem o indivíduo, família e grupos da comunidade (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). As formas de efetivação da participação social na organização do SUS são representadas pelos conselhos e conferências de saúde. Estas instâncias protagonizam a inserção da comunidade na gestão do sistema, como um processo de articulação entre atores sociais que têm olhares distintos sobre a realidade, nem sempre harmônicos, em que as disputas de poder, de conflitos e de negociação estão presentes. A Saúde da Família, cenário da presente pesquisa, ao aproximar das pessoas as práticas de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde, penetra no interior das comunidades e famílias com uma proposta de reordenamento das práticas profissionais e serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se propõe a deslocar o foco da doença, descentralizar o poder e incentivar a participação de todos os envolvidos e a construção da cidadania. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar o processo de participação social nos Conselhos de Saúde e a construção da cidadania nos diferentes olhares dos dirigentes do SUS municipal, equipe de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família em dois municípios da Bahia, Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** o estudo baseia-se no modelo teórico desenvolvido por Assis e Abreu-de-Jesus (2012), que analisam as dimensões políticas, econômico-sociais, técnicas, organizativas e simbólicas em relação ao acesso aos serviços e práticas de saúde. Busca-se compreender as políticas formuladas e sua execução, envolvendo a gestão com tomada de decisão e participação da sociedade,

além das práticas operadas no dia a dia dos serviços de saúde: como os serviços se organizam; como os trabalhadores atuam e as subjetividades que transversalizam essas relações, com seus componentes simbólicos e representacionais no atendimento às necessidades dos usuários do SUS. Assim, a pesquisa, de abordagem qualitativa, teve o número de entrevistados definidos por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas 102 pessoas em dois municípios da Bahia, Brasil: grupo I (equipe de saúde - 49); grupo II (usuários da Saúde da Família - 37) e grupo III (dirigentes do SUS municipal - 16). Técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. MÉTODO DE ANÁLISE: análise de conteúdo temática e fluxograma analisador. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: o estudo revela que, os Conselhos de Saúde ainda não se constituíram em espaço político democrático e potencializador da cidadania. Identificaram-se acomodações e desgastes por parte dos trabalhadores e desconhecimento da população sobre as formas de participação asseguradas em lei. O processo da (não) participação social, a luz das dimensões política e simbólica apontadas por Assis e Abreu-de-Jesus (2012), demarca uma série de demandas individuais, pontuais e que requerem soluções focalizadas ou quando existe alguma moeda de troca dos serviços que possam compensar a atenção dispensada, como lanches e brindes. Tais aspectos limitam-se, no entanto, primeiramente, pela incipiência dos Conselhos de Saúde e pela falta de confiabilidade em seu papel na solução dos problemas apresentados dentro do sistema público de saúde, com ênfase na Saúde da Família. Se por um lado conhece-se o espaço da participação social como eficaz na escuta e acolhimento das demandas por práticas profissionais, por outro, a sua baixa visibilidade e a falta de representação

da realidade das comunidades, diminuem o seu crédito e eficácia dos serviços. As reuniões ocorridas no Conselho Municipal de Saúde, não representam o cenário das demandas da sociedade e os setores da saúde, sendo vistas, muitas vezes, como uma obrigatoriedade. Esta obrigatoriedade pode estar associada à questão de dever de participação, que perfaz o sujeito político dentro de uma sociedade, ao tempo em que, revela o quão frágil é o reconhecimento que muitas pessoas têm sobre o que é ser cidadão e sobre o que seja cidadania, cruciais na construção do controle social. Neste contexto, a falta desta visibilidade talvez seja a razão da sociedade preferir a comunicação através de rádios quando precisa dar vazão as suas queixas, já que parece acreditar que este organismo tenha um alcance maior na resolução de seus problemas. Na construção do direito à comunicação e informação em saúde, que envolve também, o direito à cidadania, o papel dos meios informativos, sobretudo os comunitários, potencializa a participação direta do cidadão na esfera pública. Se comparados com os grandes meios de comunicação social, as difusoras de rádio locais estão mais facilmente ao alcance do povo, uma vez que se situam no ambiente em que as pessoas vivem, conhecem a sua localização e, portanto, podem se aproximar com maior simplicidade, como os estudos de Peruzzo (2004), podem corroborar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: os usuários e famílias precisam ser resgatados como sujeitos da mudança nos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como as Conferências e Conselhos de Saúde. O fortalecimento da participação cidadã pode despertar para uma nova fase na construção da Saúde da Família, que de fato, esteja voltada para as necessidades da população.

A 5^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO CEARÁ: ORGANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM FOCO

Helena Selma Azevedo, Anna Érika Ferreira Lima, Ercília Ferreira Lima Neta, João Paulo de Jesus, Marina Medeiros Costa

Palavras-chave: conferências, participação social, segurança alimentar e nutricional

APRESENTAÇÃO: A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006) estabelece que as Conferências sejam instâncias responsáveis pela indicação aos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAs) Nacional, estaduais e municipais, das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Segurança Alimentar e dos respectivos Planos, bem como, por colaborar com o processo de avaliação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). A construção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) implica na garantia da Soberania Alimentar (SA) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que pressupõe a efetiva participação social. Este trabalho faz parte das reflexões e análises preliminares decorrentes da pesquisa “A participação dos sujeitos sociais na 5^a Conferência Estadual de SAN do Ceará” que tem como objetivo caracterizar a participação social nesta conferência. Os resultados subsidiarão estudos subsequentes referentes à participação social e as conferências de SAN no estado, bem como, orientarão o CONSEA Ceará na realização das próximas conferências. Ela ocorreu em Fortaleza, nos dias 25 a 27 de agosto de 2015, com participação de 262 delegados e 83 convidados. A 5^a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (5^a CNSAN), será realizada em Brasília, de 3 a 6 de novembro de 2015, tendo como lema: “Comida de Verdade no

Campo e na Cidade: por soberania e segurança alimentar”. A mesma foi precedida pelas conferências estaduais, que por sua vez foram precedidas por conferências locais. Caracteriza-se, portanto, como um processo de participação e discussão que visa à consecução dos objetivos descritos na LOSAN. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa citada é um recorte do projeto “Fortalecimento do SISAN nos estados do Ceará, Piauí e Maranhão”, financiado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Foi elaborada a partir das premissas da pesquisa ação (TRIPP, 2005). Envolveu a vivência na organização e participação da 5^a CESAN, pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas. A construção da metodologia das conferências influencia e direciona o processo coletivo de avaliação da Política e do Sistema, portanto uma das análises deve partir da elaboração da metodologia de discussão e participação construída pelo CONSEA Nacional e adequada nos estados, territórios e municípios. Portanto, os documentos de referência e os relatórios finais constituem-se como materiais primordiais para análise do processo de avaliação em curso nas Conferências. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, com abordagem da pesquisa participante, opção metodológica decorrente da compreensão que o objeto de estudo “participação social” supõe um “aprender-fazendo”, ou seja, é nos espaços onde se dá essa participação que os sujeitos se formam. Ademais, a equipe de pesquisadores foi composta por vários sujeitos sociais envolvidos na organização das conferências - regionais e estadual - e na prática cotidiana dos conselhos. O processo de sistematização e análises dos dados da 5^a CESAN ainda estão em curso, portanto, os resultados e conclusões aqui apresentados são parciais. RESULTADOS: A noção e a prática

da participação social vêm crescendo no mundo todo e, no Brasil, a partir dos anos 1980, tem se construído um processo de alargamento da democracia, cujo marco formal é a Constituição de 1988. A inclusão de mecanismos de democracia direta e participativa nesse processo vem propiciando uma crescente participação da sociedade civil nas discussões e processos decisórios das políticas públicas (DAGNINO, 2004). Romão (2014) acredita que as conferências constituem parte central na arquitetura da participação social, por possuir como característica principal a interação entre sociedade civil e poder público. E que, por apresentarem os mais variados temas possíveis, faz com que haja uma grande adesão, principalmente as destinadas a grupos sociais específicos. As conferências, como instância do SISAN, estão bem consolidadas em âmbito nacional e estadual. São realizadas a cada 04 (quatro) anos, sob a coordenação do CONSEA Nacional, que estabelece a temática, a metodologia de discussão e os critérios de participação e escolha das delegações em todas as instâncias, através de documentos instrucionais. Nelas é mantido o princípio de representatividade constante na LOSAN, ou seja, a proporção de 2/3 da sociedade civil e 1/3 do poder público. Os Conseas estaduais adequam estas orientações às condições locais e coordenam as conferências municipais, territoriais/regionais e estadual. Caracteriza-se, assim, como um processo de participação e discussão que permite a sistematização e aperfeiçoamento das contribuições advindas de cada instância. Dentre as representações da sociedade civil foram reservadas vagas para grupos populacionais que têm maior risco de sofrerem de insegurança alimentar, perda de soberania alimentar e garantia do DHAA. O conjunto destes grupos é denominado cotas. São compostas, também com proporcionalidade

determinada e com categorias específicas: Indígenas, Quilombolas, Populações de Matriz Africanas (PMA), Negros e Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs). O CONSEA Ceará determinou que os conselheiros do Consea seriam membros natos da conferência e o número de vagas para as delegações territoriais que participariam da 5^a.CESAN. Desta forma esperava-se que a Conferência tivesse uma participação de 72 conselheiros estaduais e 386 delegados eleitos nas territoriais, sendo 174 da sociedade civil geral, 85 das cotas e 127 do poder público. Contudo observou-se uma grande queda na participação, iniciada na eleição das delegações dos territórios. Foram indicados para a Conferência Estadual 319 delegados, sendo 163 da sociedade civil geral, 37 das cotas e 119 do poder público. Participaram realmente 218 delegados, sendo 118 da sociedade civil geral, 29 das cotas e 71 do poder público; e 44 conselheiros. Comparando a previsão inicial de 458 delegados e a participação de somente 262, ocorreu uma perda de aproximadamente 42,8%. A maior queda referiu-se ao poder público com 65% e em segundo lugar as cotas com 41,18%. Na avaliação realizada em plenária do Consea Ceará, a ausência da representação do poder público é explicada, em parte, porque, diferente da representação da sociedade civil, não recebeu financiamento de transporte e alimentação, e muitos dos governos municipais não financiaram suas delegações, justificando escassez de recursos decorrentes da seca prolongada e da crise econômica. O segmento das cotas já havia sofrido na eleição das delegações territoriais uma queda, que representou 56,47%, com relação às vagas destinadas a este segmento. Esta grande ausência reflete as dificuldades de participação destes grupos populacionais. Quanto à metodologia de discussão, a 5^a CESAN se organizou em três eixos: Eixo 1 - Comida de verdade: avanços e obstáculos

para a conquista da alimentação adequada e saudável e da soberania alimentar; Eixo 2 - Dinâmicas em curso, escolhas estratégicas e alcances das políticas públicas; Eixo 3 - Fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Todas as discussões foram baseadas na sistematização das contribuições provenientes dos relatórios das 13 (treze) conferências territoriais realizadas no estado do Ceará. Durante a Conferência foram eleitos 58 delegados que participarão da Conferência Nacional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Todo o processo de construção das Conferências gera espaços e tempos de formação na temática de SAN, necessários para o fortalecimento da Política e do Sistema que estão em construção. Mas há necessidade de avaliar se os desenhos e metodologias das conferências propiciam realmente a avaliação da política e do sistema como estabelece a LOSAN. Outro aspecto a ser avaliado é a organização e realização das conferências municipais que se constituem a base de todo o processo de participação que se consolida no retorno das delegações presentes nas conferências – estaduais e nacional – para seus municípios e entidades.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UM INSTRUMENTO PARA O ENFRENTAMENTO DO HPV

Ingrith Raphaele Rodrigues Calças, Lourdes Missio

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Saúde da Mulher, Enfermagem, Infecções por Papillomavírus

APRESENTAÇÃO: O papiloma vírus humano (HPV) é considerada a doença sexualmente transmissível que mais infecta o trato genital inferior feminino. Acomete mulheres entre 15 e 25 anos, representando, desta forma, um problema de saúde pública devido à

sua alta prevalência e transmissibilidade. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o vírus já infecta cerca de 291 milhões de mulheres sexualmente ativas ao ano. Este resumo apresenta dados parciais de uma pesquisa de mestrado onde demonstrou que essas pacientes necessitam de maiores informações a respeito de seu quadro clínico, tendo em vista que a desinformação afeta a sequência do tratamento e acompanhamento. O objetivo central foi desenvolver ações de empoderamento com mulheres infectadas pelo HPV em acompanhamento no serviço especializado. Neste contexto levou-se em consideração a demanda vinda de quem vive o processo patológico, afim de nortear ações voltadas à educação em saúde para minimizar os efeitos maléficos que o vírus pode acarretar na vida das portadoras. Dessa forma, através da demanda trazida pelo público alvo de pesquisa, será construído um material educativo -cartilha informativa- contendo a elucidação dos principais questionamentos sobre os aspectos relacionados à infecção por HPV, atendendo a demanda daquelas que a vivenciam, dentro da perspectiva da educação popular em saúde. Assume-se desta forma as experiências e relatos das participantes no estudo como fonte de conhecimento e de ações transformadoras da realidade dessas. Desenvolvimento: A pesquisa terá como aporte teórico os fundamentos da filosofia freireana, permitindo que a educação ocorra em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e verdadeiramente humana, estimulando de forma eficaz o autocuidado (FREIRE, 1988). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Abordagens qualitativas em pesquisa são aquelas capazes de

incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. O estudo foi realizado no serviço especializado de município de Dourados/MS para atendimento as mulheres. O local de obtenção dos dados iniciais foi a atenção secundária do município, na Clínica da Mulher Enfermeira Anamaria Carneiro, anteriormente denominado de Centro de Atendimento à Mulher (CAM), caracterizado como um centro de especialidades em nível de atenção ambulatorial de média e alta complexidade. Os sujeitos foram mulheres com diagnóstico de infecção pelo HPV. A amostra foi definida por conveniência, isto ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. O fechamento amostral será definido por saturação. A saturação é um tipo conceitual utilizado em relatórios de averiguações qualitativas em diversas áreas da saúde e educação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Incluíram-se no estudo mulheres com diagnóstico de HPV e alterações pré-invasivas do colo do útero, ou seja, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de graus II e III em acompanhamento no serviço especializado e que sejam residentes no município de Dourados. Foram excluídas mulheres com idade menor de 18 anos, mulheres indígenas, com neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grau I e aquelas que residem em outro município que não aquele onde será realizada a pesquisa, tendo em vista que

o serviço especializado é referência para o atendimento de toda a região. O estudo teve início com o levantamento dos sujeitos através do livro de registros e consulta aos prontuários para selecionar as participantes em potencial, após foi realizado contato com essas mulheres de variadas formas por telefone, pessoalmente, entre outras. Posteriormente realizou-se entrevistas gravadas com as selecionadas para conhecer algumas de suas características sócio demográficas, fatores gineco reprodutivos e dados referentes ao conhecimento, diagnóstico e acompanhamento do HPV. O método utilizado para análise dos dados foi o da interpretação dos sentidos, o qual procura interpretar o contexto, as razões e as lógicas individuais e sociais baseando-se nas entrevistas realizadas e em princípios hermenêutico-dialéticos. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de estágios, projetos, pesquisas, extensões e trabalhos - CEPET da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e atendeu aos preceitos Éticos de acordo com a Resolução N° 466/12. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, via Plataforma Brasil e teve aprovação sob o número do parecer 912.450. O produto final desta pesquisa será uma cartilha educativa que terá como tema central a infecção pelo HPV, abordando as principais questões trazidas pelas participantes. Esse tipo de material educativo possuem um formato semelhante a livros e são consideradas uma forma de alcance, de modo organizado, para que o público alvo se aproprie do conhecimento à que esta propõe. É um material distribuído gratuitamente, que pode atingir várias pessoas e camadas da sociedade, sendo considerada de suma importância no processo educativo. Resultados: Na proposição da construção desse material haverá a participação e o envolvimento das mulheres englobando todas as questões que

as próprias consideram como prioridade, abordando as categorias emergidas das entrevistas. Algumas delas são: conhecimentos sobre o HPV; diagnóstico do vírus; acompanhamento; enfrentamento e significados de ter a patologia. Apreende-se que uma atividade educativa eficaz envolve o segmento interessado, buscando orientá-lo dentro do espaço ofertado, para empoderá-los, garantir elucidação sobre a patologia e também promovendo o autocuidado efetivo. O intuito é que este material não fique restrito apenas a mulheres com HPV, mas, que esteja e seja acessível a todas aquelas pessoas que se interessarem pelo tema. Além das questões levantadas pelas participantes do estudo, a cartilha terá o embasamento científico em manuais do Ministério da Saúde e em estudos já realizados sobre essa temática e em outros materiais pertinentes. Sendo assim, esta se constituirá em uma proposta para difundir, em uma linguagem didática, o conhecimento sobre a infecção por HPV, atingindo um número significativo de mulheres, que em alguns casos, não tem um entendimento sobre o que é esta patologia. Considerações finais: Espera-se que após a finalização e distribuição da cartilha informativa, essa possa ser utilizada em todos os processos educacionais que envolvam a temática sobre HPV, primordialmente aqueles voltados à população em geral. Fornecerá ainda base para nortear ações e tornar as pacientes mais ativas e participativas em seu tratamento, bem como fará com que elas desenvolvam ações de empoderamento com relação à continuidade do seguimento. Os resultados poderão ser utilizados também pelos profissionais atuantes, primordialmente em Estratégia de Saúde da Família, mas, também por outros para prosseguir o acompanhamento de suas usuárias. Ajudará também a reconhecerem a importância das ações do Enfermeiro para a prevenção, tratamento e controle do HPV.

A FORÇA DOS AGENTES EDUCADORES EM DIREITOS HUMANOS: UMA NOVA TECNOLOGIA SOCIAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Thiago Brunelli Silva, Ana Alice Freire, Carmen Santana Albuquerque, Magali Baptista, Anderson da Silva Rosa, Luciana de Carvalho, Erika Vovchenko

Palavras-chave: Moradores de Rua, Extensão Universitária, Educação Popular

INTRODUÇÃO: O tema população em situação de rua é um propulsor de debates entre acadêmicos, trabalhadores da rede, poder público e sociedade civil. A partir de debates, reivindicações e mobilização social, por meio do Decreto 7.053/09, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua que tem como princípios: igualdade, equidade, respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Entre as diretrizes estabelecidas na Política Nacional para a População em situação de Rua esta a Implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos trabalhadores para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional. Neste sentido, o Projeto A Cor da Rua, teve como premissa o envolvimento e participação de representantes dos diversos grupos sociais para o planejamento, estruturação e realização das ações que possibilitem efetivamente a construção de respeito, autonomia e garantia de direitos. Evidências científicas demonstram a

dificuldade de se fornecer respostas simples e imediatas às demandas levantadas por esta população. Deve-se frisar que outro obstáculo não provém da criação de novas políticas públicas à situação de rua, mas sim, a garantia de estratégias que permitam suas implementações. O Projeto de Extensão Universitária A Cor da Rua prevê a promoção de ações educativas voltadas para a população em situação de rua, não caracterizadas pela perpetuação do assistencialismo ou pela culpabilização da pessoa por sua própria realidade. Em sua essência, O A Cor da Rua preza a valorização da produção e disseminação do conhecimento em Direitos Humanos através da participação popular, tendo em vista que todos os seus participantes são atores e atrizes sociais capazes de assegurar os direitos dessa população e transformar a realidade em que estão inseridos. O projeto de extensão propõe como estratégias de implementação das políticas públicas para a população em situação de rua: a inclusão de pessoas em situação de rua nos processos formativos e na produção de conhecimento sobre atenção psicossocial à população em situação de rua; formar pessoas que estão ou estiveram em situação de rua para que atuem como Agentes Educadores em Direitos Humanos no território; produzir e disseminar conhecimento sobre a população em situação de rua; promover a educação em direitos humanos através do debate de temas pertinentes ao universo da população em situação de rua. Através desses objetivos, o projeto realiza: Seminários com temáticas pertinentes à população em situação de rua; Promove a construção coletiva de um livro com a temática: “Estratégia e práticas do cuidado integral e promoção dos Direitos Humanos na situação de rua”; Oficinas em Direitos Humanos e Autocuidado com a população em situação de rua no Viaduto do Glicério, região central de São Paulo, Brasil. As atividades desenvolvidas permitem que

todos os envolvidos participem, aprendam e ajam de modo cooperativo e democrático para atingirem objetivos comuns. O presente trabalho tem como objetivo apresentar esta nova tecnologia social: a formação do Agente Educador em Direitos Humanos (AEDH). Trata-se de um processo de formação criado para aproximar a população em situação de rua dos atores sociais responsáveis pelo seu cuidado dos responsáveis pela implementação da política e daqueles que podem contribuir com a produção de conhecimento sobre o tema. OBJETIVO: Este trabalho tem como objeto descrever o processo de formação dos Agentes Educadores em Direitos Humanos e que compõem a equipe do Projeto de Extensão Universitária, A Cor da Rua, integrante do Programa de Extensão Universitária Com-Unidade da Universidade Federal de São Paulo. METODOLOGIA: A capacitação dos Agentes Educadores em Direitos Humanos foi realizada com base na pedagogia de Paulo Freire. Esta se procede em três etapas, conforme a pedagogia freireana: a primeira etapa se inicia com a investigação dos temas relevantes a partir das realidades e experiências dos Agentes Educadores em Direitos Humanos, com o objetivo de discussão e aprofundamento; a segunda etapa refere-se à categorização dos temas pertinentes e à problematização dos temas propostos, com a participação de facilitadores membros do A Cor da Rua, tendo em vista o conhecimento compartilhado; a terceira etapa dá-se pela construção de materiais informativos em direitos humanos e pela realização de intervenções em equipamentos ligados à população em situação de rua, visando alcançar os objetivos do Projeto A Cor da Rua. Foram realizadas 12 oficinas de capacitação aos Agentes Educadores, com os temas: Saúde, Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Direitos Humanos, Redes de atenção à saúde e assistência, Território

de abrangência, educação popular, entre outros. Nestes ambientes, foi produzido um mapa de abrangência das ações do projeto, folders voltados à população em situação de rua com a divulgação do projeto, informações sobre Direitos Humanos e sobre o funcionamento dos serviços de saúde e assistência social. O Projeto conta com integrantes da graduação, pós-graduação, técnicos de nível superior (enfermagem, medicina e psicologia) e a equipe de 3 Agentes Educadores de Direitos Humanos, sendo estas pessoas que estiveram e/ou estejam em situação de rua: uma representante da população LGBTQTT, uma representante das mulheres e um representante dos homens que estão em situação de rua. Todos os participantes do projeto constroem desde a concepção ao desenvolvimento das intervenções. RESULTADOS: Os Agentes Educadores de Direitos Humanos atuam nas realizações de: oficinas em Direitos Humanos e autocuidado; articulações entre as ações do projeto e o seu território; capacitações da equipe do projeto; mobilização da população em situação de rua, de forma que estas ocupem os espaços de participação social e de representatividade; participação em eventos que discutam a temática da rua; produção de conhecimento sobre a situação de rua. O projeto ainda conta com os Agentes Educadores em Direitos Humanos como seus representantes em seminários e grupos de pesquisa sobre a situação de rua. Todas as atividades são realizadas de maneira participativa, sem imposições, de forma a se construir conjuntamente o conhecimento em Direitos Humanos e Saúde, ao invés da aplicabilidade simplória de estratégias que foram concebidas para a população em situação de rua, mas sem o seu envolvimento prévio. Na avaliação dos estudantes de graduação, a extensão é a comunicação entre a Universidade e a sociedade, trazendo uma experiência de

grande significado para os graduandos, dando a oportunidade de contato com a população em situação de rua como parceira direta das ações desenvolvidas pelo projeto. Para os Agentes Educadores em Direitos Humanos e para a população em situação de rua, as ações do projeto são momentos de compartilhar conhecimento e experiências, de aprendizagem sobre Direitos Humanos, de valorização pessoal e, conseqüentemente de transformação social. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A participação ativa dos educadores agentes de direitos humanos representa uma inovação na área dos direitos humanos, assim como uma nova possibilidade em tecnologia social para inserção das pessoas em situação de rua. A figura do Agente Educador de Direitos Humanos é uma estratégia de implantação da política para pop rua. Partindo de sua experiência de vida nas ruas, o agente torna viável a construção de estratégias de promoção dos direitos humanos da população em situação de rua, tanto pela problematização e conscientização dos seus pares, como pela sua efetivação através de ações que promovem os direitos humanos.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS FORTALECIDA PELAS REDES SOCIAIS DA INTERNET

Paula Chagas Bortolon, Monique Miranda, Sarah Rubia Batista, Rita de Cássia Machado da Rocha, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: redes sociais, internet, participação popular, controle social,

APRESENTAÇÃO: Solidariedade e resgate de autonomia são algumas das palavras que podem descrever o que se vê e vive, relacionado a saúde, em redes sociais online. Nestes ambientes, cidadãos trocam experiências sobre suas questões de saúde, o que traz uma reflexão sobre

a lógica médica dominante, fortemente caracterizada por práticas autoritárias, ainda centradas na doença e não nos indivíduos e na coletividade. Considerando a necessidade de fortalecer os direitos da população no tocante à participação social no SUS e a importância de ampliar a informação e a reflexão das pessoas sobre questões de saúde a partir de seus próprios olhares sobre um problema, este trabalho busca discutir como a internet e, mais precisamente, as redes sociais na Internet, podem vir a ser espaços de empoderamento político da população para a saúde. METODOLOGIA: Para responder ao proposto, foi realizada uma revisão aleatória da literatura que tratasse dos temas: internet, web 2.0, redes sociais, controle social e participação social no SUS, políticas de saúde. Concomitantemente, foram exploradas redes sociais da internet, como blogs e grupos do Facebook, a fim de verificar experiências práticas que dialogassem com os achados teóricos, conforme apresentados a seguir. Apesar do desenvolvimento tecnológico e das tentativas de construção de modelos de participação popular para a saúde, os paradigmas da prática ainda recaem sobre estratégias que atinjam determinados objetivos, definidos por um dos polos da relação, como os gestores, os pesquisadores, os profissionais de saúde. Isto ocorre em função do tipo de abordagem adotada, fortemente marcada pela fala central especializada, autorizada por quem tem o poder de dizer e de interpelar os atores sociais e que procura ditar os modos como os cidadãos adoecem, morrem e cuidam da saúde. Assim, as políticas de saúde constantemente tornam-se verticalizadas e hospitalocêntrica e, apesar dos pensamentos e atitudes contra hegemônicos, não incorporam de fato a participação da população nas discussões sobre saúde. A saúde, para tentar superar este padrão, deveria ser

entendida como uma dimensão da vida, como um bem maior individual e coletivo, conceitualmente construído e defendido por pessoas da comunidade, considerando seus contextos, suas experiências e o seu ponto de vista. Toda esta lógica é passível de questionamento quando pensamos em gente conectada no ambiente online, através de redes sociais virtuais. RESULTADOS: Na internet, as redes sociais ganham potência e uma nova dinâmica, uma vez que a possibilidade de conexão aumenta, fazendo com que os vínculos sociais se mantenham vivos e possam ser ativados muito facilmente, independente da distância física, geográfica ou cultural entre as pessoas. Assim, as práticas tornam-se distribuídas, coletivas, colaborativas e emergentes, bem diferentes do modo como estávamos acostumados. Mas, não raramente, observa-se que as instituições da área da saúde, apesar de possuírem perfis na web e manifestarem em seu discurso a importância da horizontalidade na relação com os usuários e trabalhadores, demonstram, na prática, que ainda há uma lacuna no que tange ao aproveitamento da internet em toda a sua potencialidade, que de fato poderia trazer um novo panorama na informação e participação efetiva dos usuários no cotidiano da atenção à saúde e nos processos políticos de construção do SUS. Uma rápida análise de perfis de blogs e páginas do Facebook de unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), selecionadas aleatoriamente em meados de julho de 2015, corrobora esta afirmação: o teor dos posts, no Facebook e nos blogs, era, basicamente, sobre eventos e atividades das unidades básica e da SMS-Rio, além de algumas informações sobre saúde e questões de articulação e reivindicação de entidades de trabalhadores da saúde. Do mesmo modo, os blogs tinham poucos e antigos posts, sem nenhum comentário de pessoas da

comunidade. Isto mostra que a utilização das redes sociais da internet por instituições de saúde ainda não entendem estes espaços como locais de colaboração entre cidadãos e profissionais de saúde, não sendo pensados como estímulos a interação com a população e permitir que suas questões sejam pautadas a partir de seus próprios saberes. Por outro lado, não é difícil achar na internet redes de cidadãos, especialistas e não especialistas, engajados em causas da saúde com ações que se mostram efetivas no enfrentamento de problemas ou, ao menos, no reconhecimento de uma causa e apoio pelo compartilhamento de vivências. O que acontece é que a internet inverte e supera a lógica atualmente predominante ao ampliar a possibilidade de participação popular, impulsionando práticas colaborativas e criando mecanismos de inteligência coletiva, que é justamente a inteligência distribuída por toda parte, assim entendida, uma vez que ninguém sabe tudo mas juntos sabe-se alguma coisa. As comunidades virtuais aparecem justamente como o ambiente no qual as pessoas se unem pela afinidade de interesses, conhecimentos e projetos em um processo mútuo de cooperação e troca. Neste cenário, as realidades são construídas como processos emergentes, de cima para baixo, por meio de processos de sincronização que trazem consigo a validação social. Os processos de emergência na internet ocorrem quando componentes simples, como pessoas comuns, se unem para desenvolver um grau de inteligência superior, por meio de ações baseadas em regras simples que são capazes de gerar estruturas complexas. Um exemplo disto é o intenso ativismo que a internet propiciou a partir da formação de vários grupos online em defesa do parto natural e humanizado no Brasil. Estas redes funcionam não só como espaços de informação, ajuda e apoio, majoritariamente entre mulheres, como também são um canal de articulação entre

gestantes e profissionais de saúde, parteiras e doulas. Além, é claro, de serem um local para organização de manifestações e de controle social na formulação de políticas públicas em torno da humanização do pré-natal e do parto. As redes sociais da internet potencializam a possibilidade da população enfrentar seus problemas e questões de saúde, produzindo conhecimento coletivamente. Uma parte aprende com a outra e ambas podem ser beneficiadas com isso (população e técnicos). Por isso, estes ambientes aparecem como espaços de empoderamento político, uma vez que ali as pessoas podem questionar-se sobre o modelo biomédico da medicina, a medicalização da vida, o reconhecimento da sabedoria popular, a saúde como um ato de cuidado, a participação e o controle social e refletir sobre o complexo da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para as instituições de saúde, gestores e profissionais, fica a reflexão sobre a necessidade de incorporar as novas tecnologias da internet, aproveitando-se todos os seus recursos e, principalmente, incorporando sua lógica, que tudo tem a ver com integralidade, universalidade, descentralização e participação. Ademais, para aproximar a população do sistema de saúde é necessário criar novos hábitos culturais, que encurtem as distâncias de saberes e permitam a construção coletiva de conhecimento em saúde.

ABORTO NA ADOLESCÊNCIA EM CASO DE GRAVIDEZ INDESEJADA: EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

Caren de Lima Teixeira, Daphne Cristin Lewis da Silva

Palavras-chave: Aborto, Saúde, Educação

Apresentação: Um tema como o do aborto sempre foi alvo de bastante polêmica e conflitos de ideias na sociedade brasileira.

Ele nos leva a discutir sobre reprodução, gravidez indesejada, pobreza e violência, assuntos muito questionados e debatidos quando ligados a esta temática. E essa discussão é muito relevante, visto que hoje este assunto ainda é um tabu e alvo de muitas críticas e questionamentos que ocasionam a criminalização do aborto sob qualquer circunstância, mesmo que já exista permissão específica para a sua realização. Entendendo a relevância do tema, propomos a construção do projeto de intervenção “Aborto na adolescência em caso de gravidez indesejada: educação e conscientização”, que encaixa no eixo 4 do congresso é uma tentativa de aproximação da população criminalizada pela realização do aborto, da população desinformada quanto aos riscos da sua realização ilegal e inadequada e quanto aos seus direitos; salvaguardando os critérios legais para o acesso à realização do aborto legal. Como proposta, o projeto contará com uma equipe composta de Assistentes Sociais, Pedagogos, Advogados e Psicólogos, deste modo, pretende-se contemplar as principais áreas da qual se demanda uma intervenção social para orientação, conscientização e educação em direitos humanos e acesso à saúde. O Serviço Social, trabalha na perspectiva da “defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2006). Respeitando opiniões, preocupa-se em ampliar a escuta e construir vínculos com a demanda do serviço. Desenvolvimento do trabalho O projeto dedicará atenção à população feminina de 13 a 20 anos, residentes na comunidade Rocinha no Rio de Janeiro – Brasil, economicamente desfavorecida, sob os riscos do aborto e os critérios para a autorização do mesmo em caso de gravidez indesejada. As atividades implementadas no projeto

estão pautadas na criação de um ambiente de trabalho participativo e construtivo, com foco na interdisciplinaridade e na inclusão do usuário nas políticas públicas executadas dentro do Sistema Único de Saúde, bem como em outras esferas públicas de execução de políticas e acesso a direitos. A partir das ações coletivas, (grupo) contemplar-se-á o aprofundamento de questões ligadas à condição de saúde dos usuários e a possibilidade de através de rodas de conversas, de trocar experiências entre pessoas que vivenciam a mesma realidade, desmistificar os mitos e trabalhar preconceitos. Neste sentido, as estratégias utilizadas pelo Serviço Social, reforçam ou possibilitam ações interligadas e complementares que caminham para efetivação o direito social à saúde e reconhecem o usuário atendido como sujeito de direitos. Contudo, assim como o serviço social terá uma grande responsabilidade nesse projeto, a colaboração do pedagogo também será de grande valia nas instituições de ensino. O pedagogo ocupa um amplo espaço na organização do trabalho pedagógico na escola, sendo um articulador no processo de formação cultural que se dá no interior da escola. Sua presença, é fundamental na organização das práticas pedagógicas e conseqüentemente na efetivação das propostas. É o mediador no processo ensino-aprendizagem, de forma a garantir a consistência das ações pedagógicas. Desta forma, o pedagogo como profissional capacitado e capaz de ensinar e mobilizar as diferentes áreas do conhecimento para fazer educação com qualidade e responsabilizar-se pelo pleno desenvolvimento das potencialidades do educando, estará preparado para lidar com criatividade e flexibilidade com problemas relacionados às questões decorrentes da diversidade cultural que caracterizam nossa sociedade. O quadro no qual trabalharemos é de

jovens que estão vivendo uma sexualidade sem instrução suficiente para tratar das adversidades da vida sexual, o papel do educador, neste caso, é fornecer elementos que ampliem essa bagagem. Este trabalho será para a conscientização da população para com seus direitos enquanto seres pertencentes a uma sociedade dominada por uma cultura e classes hegemônicas. Pesquisas apontam que nos últimos anos, especificamente em 2005, que mais de um milhão de mulheres induziram o aborto e dentro deste número aproximadamente 7% das mulheres eram adolescentes. Diante de tal fato, é necessário alertar a população dos riscos que um aborto ilegal pode ter e das implicações legais para com a justiça brasileira que criminaliza tal ato. Através do debate a respeito da trajetória histórica do aborto no Brasil, da política e cultura de um modo geral poderão refletir à luz da concepção de cultura como potencializadora da consciência crítica e como um forte aparelho contra-hegemônico e efetivamente trabalhar sobre essa realidade social no sentido de dar informações sobre direitos e combater violações mostrando à população os limites e possibilidades no acesso ao aborto legalizado. Resultados e/ou impactos: O projeto encontra-se em fase de construção e implementação, pois pretendemos executá-lo em coerência com as demandas reais do local de trabalho, sendo assim, não há até o momento dados conclusivos sobre os resultados obtidos. No entanto, já idealizamos o método avaliativo bem como indicadores de avaliação do projeto. Em relação à equipe técnica, tanto para o desenvolvimento da autoavaliação, quanto para a avaliação feita pelo coordenador, se constituirá critérios importantes ao conhecimento das políticas públicas e legislação, instrumentos e técnicas de intervenção, compromisso ético com o usuário atendido, capacidade propositiva, iniciativa, capacidade de

articulação teoria X realidade. Em relação à avaliação do processo de trabalho, o técnico será estimulado a avaliar se os objetivos do trabalho estão sendo atingidos ou não, o atendimento às principais demandas, quais as possibilidades e limites do processo de intervenção e como as ações se relacionam à política de saúde. No método avaliativo, usaremos a construção de diário de campo como instrumento de memória, relato e sistematização da prática profissional, lista de presença, reuniões com a equipe do projeto onde buscamos a troca de experiências do cotidiano do atendimento aos usuários, participações dos grupos, além também de instrumentos comuns de estatística (prontuários e livro de ocorrência) e formulários avaliativos. Considerações finais: Por meio deste projeto poderemos contribuir para a construção da concepção de cidadão com direitos e deveres, mas de forma mais acessível para o entendimento da população que muitas vezes sequer tem acesso ou conhecimento sobre direitos básicos garantidos constitucionalmente. Através da intervenção do projeto no sentido até de assessorar representantes comunitários, funcionários da saúde e entidades públicas ligadas ao atendimento ao público (postos de saúde, fórum, escolas, etc.) ou entidades privadas enquanto propagadores tanto de informação quanto de encaminhamentos para o acesso a políticas públicas e direitos sociais. Fortaleceremos a noção de cidadão com direito à vida, à liberdade, de votar e ser votado (sem prejuízo de sua autonomia enquanto cidadão), à saúde, trabalho justo, à educação, à previdência, à igualdade de direitos. E contribuir para a construção do cidadão “pleno em seus direitos, com a participação consciente e responsável do indivíduo na sociedade e zelando para que seus direitos não sejam violados”. (MPF, 2011).

ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICO (PMM)

Douglas Valletta Luz, Simione Fátima Cesar Silva

Palavras-chave: Participação social, Mais Médicos, Conselho Nacional de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde, Sistema Único de Saúde, Médicos

APRESENTAÇÃO: O trabalho apresenta levantamento sobre a participação social na modelagem do PMM. O objetivo foi de compreender se houve e, em caso positivo, que impacto teve a participação social, por meio dos espaços institucionais previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS): o Conselho Nacional de Saúde, instância permanente de controle social, e as Conferências Nacionais de Saúde, que ocorrem periodicamente. Para efeito analítico, o processo de modelagem foi dividido em três estágios, baseados na classificação proposta por Rodrigues (2010, p. 46-52): i. Formação da agenda: a questão a ser enfrentada adquire status de problema público. Esse é um problema para entrar na agenda de governo? ii. Formulação: desenho de ações que sejam aceitáveis e pertinentes para lidar com determinado problema. Como lidar com o problema público que o governo irá enfrentar? iii. Chancela: apoio político e social à proposta de política pública que será implementada. O enfrentamento proposto pelo governo tem apoio? Para efeito da mensuração do impacto da possível participação, foram consideradas três gradações: i. Alto impacto: grande participação, com contribuição efetiva ao estágio em análise. ii. Médio impacto: participação parcial, com contribuição em parte ao estágio em análise. iii. Baixo impacto: pouca participação, praticamente sem contribuição ao estágio em análise. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A pesquisa foi realizada conforme tipologia

proposta por Vergara (2011), que divide os tipos de pesquisa quanto a fins e quanto a meios. Quanto aos fins, é exploratória e analítica. Quanto aos meios, trata-se de pesquisa bibliográfica, amparada em documentos disponíveis pelo Conselho e Conferências de Saúde entre janeiro/2011 e agosto/2013, demarcando o início da primeira gestão do Governo Dilma e um mês após a edição da Medida Provisória que instituiu o PMM. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Atenção Básica e Provimento de Médicos A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Básica (AB) é a ordenadora da atenção à saúde, devendo ser descentralizada e capilarizada. A Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida em 1994, reordena o modelo de atenção, com foco no território e na promoção da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) não preconiza uma densidade ideal de médico/habitante, porém o Ministério da Saúde (MS) adotou como padrão a densidade de 2,7 médicos/mil habitantes. A OMS, contudo, mantém a meta de que a proporção de médicos na AB ultrapasse 40% do total da força de trabalho médico (ALESSIO: 2015). Segundo o MS, em 2012 o Brasil tinha 1,8 médicos/mil habitantes e de 2003 a 2011, o número de postos de emprego formal criados para médicos foi de 147 mil contra 93 mil formados (déficit de 54 mil). A dificuldade de contratação e manutenção de médicos para a AB foi apresentada continuamente como demanda prioritária pelos Secretários Municipais de Saúde e Prefeitos. Entre 1994 e 2014 a cobertura populacional pela ESF passou de 5% de para 60%, porém os novos postos de trabalho para médicos, não foram preenchidos. No final de 2013, as solicitações de gestores municipais por médicos chegaram a mais de 14 mil. **3.2. Ações anteriores** O Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), anteriores ao

SUS, propuseram a interiorização da saúde. Em 1993, foi instituído o Programa de Interiorização do SUS (PISUS), interiorizando médico e equipe mínima e teve duração de 11 meses. Em 2001, foi criado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), interiorizando médicos e enfermeiros que durou até 2004 e teve 4,7 mil médicos inscritos, mas apenas 469 foram para municípios. Em 2011, foi criado o Programa de Valorização do Profissional da AB (Provab), para o provimento de médicos, enfermeiros e dentistas no interior e periferias de grandes cidades, que entre 2012/2013, alocou mais de 4 mil médicos. **3.3. O Programa Mais Médico (PMM)** Em julho/2013, o Governo Federal lançou o PMM, com ações de curto, médio e longo prazo para melhorar o provimento de médicos nas regiões de maior dificuldade: interior, periferia e áreas remotas. Envolve o provimento imediato de médicos em equipes da ESF; reformulação do ensino médico e residências médicas; instituição do estágio prático de graduação obrigatório no SUS e de pelo menos um ano obrigatório de residência em Medicina de Família e Comunidade antes de continuidade em outras residências; bem como a expansão dos cursos de medicina e de residência para o interior e áreas até então sem cursos de medicina. **Participação Social no SUS:** A participação social na saúde foi uma das principais inovações introduzidas pela Constituição Federal/88. Essa inovação foi incrementada pela Lei 8.142/1990, que incluiu a participação dos usuários na gestão do SUS, estendendo a participação à formulação e ao controle da execução da política de saúde (SILVA: 2011), por meio de dois instrumentos: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nas três instâncias de gestão federativa. O Conselho Nacional de Saúde representou um dispositivo fundamental na resolução dos conflitos decorrentes da implementação do SUS,

contribuindo para as negociações de questões que extrapolam as competências de seus gestores. As Conferências de Saúde devem acontecer a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde [...], convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde” (BRASIL. Lei 8.142/1990). **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** A análise dos resultados da pesquisa, com base nas três gradações propostas, demonstra que houve participação social na modelagem do PMM por meio dos instrumentos de participação de âmbito nacional previstos pelo SUS. **Formação da agenda:** nesse estágio, a participação social teve alto impacto, na medida em que os temas enfrentados pelo PMM foram pautados continuamente. **Formulação:** nesse estágio, a participação social havida nas instâncias nacionais de participação social teve baixo impacto, na medida em que o processo de formulação do PMM não foi aberto à discussão e deliberação. **Chancela:** nesse estágio, a participação social teve alto impacto, na medida em que houve apoio imediato ao lançamento do PMM, inclusive com publicação e Resolução pelo Conselho Nacional e recomendações para sua implementação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho permitiu verificar que houve participação na modelagem do PMM por meio da atuação da sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Essa participação, contudo, não foi uniforme. A análise da pesquisa documental demonstrou que ela teve alto impacto para a formação da agenda e para sua chancela. Contudo, o impacto foi baixo no período de formulação propriamente dito. A análise documental demonstrou que, mesmo sem vinculação da participação social à marca do PMM, houve, sim, discussões, moções

de apoio, recomendações, resoluções e relatórios diretamente relacionados às pautas e questões primordiais que representam o arcabouço técnico e legal e que são propostas como objetivos a serem alcançados pelo Programa. Finalmente, é importante mencionar que, após o lançamento do PMM, em seu estágio de “chancela”, houve audiências públicas no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal, nas quais o Programa foi debatido pela sociedade e membros dos Poderes Legislativo e Judiciário. Em outubro/2013, houve a principal chancela ao Programa, com a sanção da Lei que instituiu o Programa, que posteriormente também teve sua constitucionalidade atestada pelo Poder Judiciário.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE (RE) POVOAMENTO DO ESPAÇO PÚBLICO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E NA ITÁLIA

Gabriel Calazans Baptista, Brigida Lilia Marta, Cristian Fabiano Guimarães, Alessandra Xavier Bueno, Frederico Viana Machado, Ardigó Martino, Maria Augusta Nicoli, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: participação social em saúde, cooperação internacional, atenção primária

A pesquisa aqui apresentada está sendo desenvolvida em cooperação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, a Universidade de Bologna e a Agenzia Sociale e Sanitaria da Região Emilia-Romagna. Estas são instituições que compõem o Laboratório Ítalo Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, um dispositivo criado em 2014 que agrega diferentes universidades e instituições entre

Itália e Brasil, com o objetivo de promover atividades de pesquisa, formação e troca de experiências no campo da Saúde Coletiva e da Atenção Primária em Saúde, visando a inovação e o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde de ambos os países. Existe uma aproximação histórica entre Itália e Brasil e uma influência recíproca na estruturação de sistemas de saúde públicos e universais baseados na Atenção Primária em Saúde, nos quais a participação é uma das diretrizes fundamentais, assim como a responsabilidade de defender os princípios teóricos da equidade, universalidade, participação, nas práticas e na formação dos profissionais de saúde. Atualmente estamos vivendo no espaço da globalização e de fortes transformações das necessidades de saúde, tais como o aumento das desigualdades, da vulnerabilidade social e das condições crônicas. Estes processos revelam nitidamente os limites de uma abordagem técnica e setorializada, focada no cuidado hospitalar, e chamam para uma transformação da nossa abordagem em quanto gestores, profissionais e pesquisadores, seja do ponto de vista teórico que das metodologias e das ferramentas de trabalho. Coerentemente com esta visão, são vários os autores e as referências internacionais que apontam como fundamental a promoção de práticas que estimulem a participação social no planejamento e na formulação de novas estratégias de cuidado. Considerando o cenário e o período histórico descritos, tanto na Itália como no Brasil, é particularmente importante valorizar os espaços de participação no campo da saúde, bem como adquirir novas formas de análise e compreensão interdisciplinares em torno desta questão, por meio da estruturação de redes locais e internacionais que permitam a troca de experiências e de práticas, e a construção de novas ferramentas de ação. Tais elementos são úteis para desencadear

processos de transformação de longo prazo, que possam oportunizar a criação de novas ideias que constituam arranjos organizacionais entre serviços de saúde de ambos os países. Em ambos os países existe o desafio de promover uma abordagem baseada no levantamento de problemas de saúde junto com a comunidade, potenciando espaços de participação e de construção compartilhada com todos os setores da comunidade, valorizando os territórios, os recursos formais e informais da população e o trabalho intersetorial. Partindo de tais considerações o objetivo desta pesquisa é identificar e analisar experiências e práticas locais de participação nos serviços sociais e de saúde no Brasil e na Itália, capazes de fazer avançar o princípio da integralidade nas políticas públicas no âmbito da atenção primária em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo Esta investigação é desenvolvida em articulação com os serviços de saúde de atenção primária tanto no Brasil quanto na Itália. A abordagem de referência é a das redes multilocais e multi-situadas, ou seja, o desenvolvimento de atividades que possam fortalecer a conexão entre diferentes atores institucionais ao nível local, tais como gestores, profissionais, comunidade, pesquisadores, em relação a análise de questões de interesse comum e transversal (cooperação multi-situada). Por outro lado, estruturar redes internacionais que envolvam os territórios locais dos dois países (cooperação multilocal) a fim de conectar as boas práticas e as estratégias desenvolvidas a nível local/regional e readaptá-las nos próprios contextos de referência. A metodologia utilizada é a da pesquisa-intervenção, ou seja, o desenvolvimento de atividades a partir da imersão nos serviços e das necessidades concretas dos profissionais e da comunidade, através de ações que envolvam horizontalmente os sujeitos a

partir de suas experiências, de seus recursos e das questões por eles identificadas como relevantes. A pesquisa é sempre acompanhada por atividades de formação e de intervenção para a transformação das práticas. A partir da imersão nos serviços, pretende-se, junto com os trabalhadores, produzir conhecimento e analisar os processos de participação em saúde, através da metodologia da pesquisa intervenção e de um modelo composto por várias etapas, entre as quais à análise de casos; a reflexão sobre como tais situações atravessam diferentes contextos sociais; e por fim a projeção de novos círculos de participação e intervenção. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. O projeto encontra-se na primeira fase, sendo previstos quatro anos de pesquisa, divididos em três etapas principais: Construção de uma “gramática conceitual” e uma estratégia metodológica comum (ano 1). Neste primeiro momento, por meio das experiências dos parceiros da pesquisa e da revisão da literatura internacional e nacional de referência, esta sendo construído um quadro teórico-conceitual comum entre Brasil e Itália, propicie a articulação entre as diferentes compreensões sobre as práticas de participação. Da mesma forma, esta sendo elaborada uma metodologia que permita analisar de forma comparada o contexto italiano e o brasileiro em relação aos arranjos de participação social em saúde, com particular atenção sobre o efeito da participação nos processos de assistência, de gestão, de participação e de formação nos contextos estudados. A segunda etapa consiste na imersão nos serviços sócio-sanitários e desenvolvimento de práticas inovadoras (anos 2 e 3); e terceiro momento consiste na análise de dados e elaboração de Relatório de Pesquisa (ano 4). São objetivos específicos do projeto: - Promover aproximação entre os territórios

através da construção de quadro teórico-conceitual comum; - Promover a construção de redes entre profissionais, acadêmicos e comunidade, no Brasil e Itália; - Identificar territórios, experiências e campos de análise; - Construir uma metodologia de análise e avaliação conjunta das experiências de participação nos dois contextos; - Analisar e avaliar as experiências de participação nos territórios identificados; - Investigar práticas que contribuam para qualificar os processos de gestão participativa e a governança pública sócio-sanitária. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Busca-se entender que elementos podem facilitar a participação, tendo em vista a construção de um espaço público não-individual, que sirva como mecanismo de aproximação das políticas sócio-sanitárias e de produção da integralidade do cuidado através do acompanhamento das respostas locais dos serviços e da comunidade, contribuindo para a mudança do modelo de atenção à saúde, com foco na atenção primária em saúde.

AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO SUS

Danielli Pin Tonoli, Marina Eulália Vieira do Nascimento, Fabiana Turino, Francis Sodré, Maristela Dalbello-Araújo

Palavras-chave: Controle Social, Participa o Social, Organiza o Social

A crise fiscal do Estado teve seu início nos anos 1970 no cenário mundial, porém foi somente na década de 80 que se firmou na América Latina, principalmente no Brasil. A medida de enfrentamento proposta foi a Reforma do Estado que foi idealizada através do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRE) criado pelo Ministério da Administra o Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1995. Com a reforma gerencial o Estado reduz sua fun o   execu o de

serviços, passando, dessa forma, a restringir-se a um regulador de serviços.   possível afirmar que a Reforma do Estado serviu para transferir ao setor privado as suas fun es sociais, destinando-as ao mercado. Com o neoliberalismo, a política social tomou o rumo da privatiza o, da focaliza o, da seletividade e da descentraliza o. A saúde foi aberta para o mercado, processo conhecido como o “Desmonte da Saúde Pública”. A partir da descentraliza o das políticas sociais, a responsabilidade de gerir foi transferida para o âmbito privado, o que expandiu ainda mais após a formula o do “Programa de Publiciza o”. Assim, como consequência temos a flexibiliza o dos contratos de trabalho, e também o desmonte da gestão única do SUS. De posse de um Estado menor, reduzido de suas responsabilidades diretas com os serviços sociais, exercendo o papel de regulador, ele passa a subsidiar as entidades sem fins lucrativos, assim como as empresas públicas não-estatais, representados pelas Organiza es Sociais. Na saúde pública interessou-nos sua implanta o das Organiza es Sociais de Saúde por meio da Lei n  9.637/98, e dessa forma foram criadas as entidades privadas sem fins lucrativos que tem com o Estado um contrato de gestão e passam a ser responsáveis pelas atividades não-exclusivas do Estado. A saúde pública foi um dos principais alvos desse modelo de gestão. Nesse aspecto, as Organiza es Sociais de Saúde (OSS) nos chamou aten o em fun o de ser um tema recente no Estado do Espírito Santo, sem muitas pesquisas concluídas. As OSS chegaram tardiamente no estado, em compara o ao nível nacional, mas não perdeu sua relevância por isso. Tendo um processo de expansão intenso. Em cinco anos das OSSs, três hospitais estaduais estão sendo gerenciados por essa forma de administra o privada. No primeiro momento do estudo, escolhemos estudar como as organiza es sociais foram

debatidas pelo conselho estadual de saúde (CES), pelo fato dos CES serem espaços deliberativos e de fundamental importância para o SUS. Ao tentarmos fazer a busca por produ es científicas que contemplassem a temática do trabalho nos deparamos com a inexistência de livros sobre este tema. E ao procurarmos por teses e disserta es no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Disserta es – BDTD notamos que existem poucas teses e disserta es que abordavam a referida temática. A partir de uma perspectiva qualitativa, analisamos as atas com a finalidade de encontrarmos como aconteceu a implanta o das OSSs no Espírito Santo, e como foram aprovadas as formas de gestão dessas institui es no CES. Definimos que começaríamos pelo ano de 2009, pois foi o primeiro ano de implanta o das OSSs no Espírito Santo. No entanto, ao procurarmos no site do CES/ES as atas de 2009 não estavam disponibilizadas. Por este motivo, o corte temporal que escolhemos para começar a análise das atas foi de 2010 a 2015, referente   gestão completa do governo liderado por Renato Casagrande (PSB) e o início do governo de Paulo Hartung (PSDB). Para direcionar o trabalho de pesquisa nas atas, utilizamos um roteiro guia para auxiliar a leitura desses documentos, esse nos norteou na leitura e na coleta de dados. A partir de então procuramos durante a leitura identificar: os nomes das OSS’s qualificadas no estado, a palavra organiza o social de saúde (no plural, no singular e na sigla), e os nomes dos três hospitais gerenciados por OSS’s. Analisamos também como as OSSs aparecem nas reuniões: como ponto de pauta, inclusão ou informe. Qual seria o contexto que aparecem: se são nas reuniões ordinárias ou extraordinárias, por qual conselheiro foi proposto, se houve vota o/delibera o, se houve questionamento ou discordância, se o presidente do CES/ES fez alguma interven o. Partindo para a análise dos

dados coletados nas atas, percebemos que de 2010 a 2012 o CES/ES se mostrou pouco combativo e questionador, além de adotar uma postura conivente com a secretaria de saúde. Diversas reuniões não tinham quórum, as atas eram pouco descritivas e não traziam muitas informa es sobre as reuniões. Nota-se, também, que o fato do Presidente do CES/ES ser o secretário de saúde do estado talvez tenha inibido um enfrentamento maior por parte dos conselheiros. Em muitos momentos o presidente do CES/ES aparentou defender/representar apenas a governo do estado, inclusive com seus discursos a favor da gestão privada. Mostrou-se favorável e até mesmo defendeu o modelo de gestão por Organiza es Sociais. Destacamos que os conselheiros representantes dos funcionários são os primeiros a questionarem sobre as OSSs, talvez pelo fato dos profissionais lidarem diretamente com a gestão das OSSs. Tardiamente os conselheiros representantes dos usuários também trouxeram uma série de questionamentos a respeito dos contratos de gestão das entidades, principalmente do Hospital Dr. Jayme dos Santos Neves. Acreditamos que os questionamentos não tenham surgido anteriormente, pelo fato dos usuários não conhecerem sobre o assunto. O tema OSSs nunca apareceu como ponto de pauta nas atas, por diversas vezes somente como inclusão ou informe. Os hospitais gerenciados por OSSs aparecem apenas três vezes como ponto de pauta, dentro de um período de cinco anos em que as OSSs já estavam no Estado. Em diversas reuniões os conselheiros solicitaram que fosse discutido o contrato de gestão dessas empresas, mas não foram acatados. Fizeram perguntas relevantes, mas não foram atendidos. O fato da contrata o das OSSs não ter sido discutida e deliberada no CES/ES   inconstitucional, uma vez que   assegurada por lei que o controle social

tenha participação direta na política de saúde pública. No entanto, observamos que mesmo com muitos questionamentos, alguns assuntos foram aprovados, ou tinham apenas uma abstenção. Diante da leitura, as OSSs parecem ser privilegiadas pela SESA, uma vez que mesmo com vários cortes em hospitais filantrópicos elas não eram afetadas. Notamos que os conselheiros desconfiam de um possível favorecimento em relação a essas organizações pela SESA. Outro ponto que pudemos observar foi o processo de sucateamento dos hospitais públicos que parece estar ligado intimamente com o aparecimento das organizações, pois o governo deixa o hospital ser esvaído para em seguida entregá-lo a gestão das OSSs. Mas antes de entregá-lo, produz uma reforma do hospital transformando-o numa grande estrutura. Este é um fenômeno que se repete em quase todos os hospitais geridos pelas OSSs no ES. Os conselheiros não têm acesso aos hospitais gerenciados pelas OSSs, e que muitas vezes até o próprio conselho gestor da OSS é excluído de processos relevantes. Vimos que os conselheiros buscam certa autonomia e tentam efetivar e fazer com que seja reconhecida a participação no controle social dentro do SUS, como é garantido por lei. Ressaltamos que as pesquisas sobre os Conselhos Estaduais de Saúde e sobre Organizações Sociais de Saúde, ainda precisam de mais estudos e investigações que apontem como funciona o processo de trabalho na relação público-privado na gestão do Estado, entre outras temáticas quando enfrentadas para assegurar a participação social no SUS.

AS PESSOAS COM ALBINISMO E A PETIÇÃO PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA – APOSTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À LUZ DE UM DISPOSITIVO NORMATIVO

Nereida Lúcia Palko dos Santos, Mirian Dias Miguel Alves, Dayane Brichi de Moraes, Tatiana Oliveira Moreira, Ana Lúcia Abrahão da Silva

Palavras-chave: albinismo, Política Pública, controle social, cuidado à saúde

A invisibilidade e o não reconhecimento público das pessoas com albinismo no Brasil afeta a produção da vida e do cuidado em saúde de diferentes formas em diferentes intensidades. Na saúde, os efeitos comumente decorrem de ausência de projetos singulares e compartilhados de cuidado, da carência de fluxos e arranjos para o cuidado desde o nascimento como ocorre com as pessoas com deficiência, ou de outro jeito, diferença. Entre os riscos físicos há o câncer de pele, comumente precoce. Intersetorialmente, a educação com as questões inerentes à visão subnormal e a inclusão social e escolar, e seus efeitos na formação e no mercado de trabalho impactam nas vidas das pessoas; ademais, há efeitos na seguridade social e nas questões de prevenção e promoção da saúde que se relacionam aos altos custos dos protetores solares, lentes filtrantes para os raios UVA e UVB, e para a aquisição de recursos óticos e não óticos. Diante do exposto, foram objetivos descrever e discutir o movimento de pessoas com albinismo do Brasil para o encaminhamento da petição pública para a Instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Albinismo PROJETO DE LEI N.º 7.762-A, DE 2014 (Do Senado Federal) (7). A ideia da petição tomou corpo em setembro de 2012 no II ENCONTRO ESTADUAL DAS PESSOAS COM ALBINISMO - “Os Reflexos na Deficiência na Saúde e na Qualidade de vida das Pessoas Atingidas” - Bahia nas discussões nas plenárias e no levantamento das necessidades e demandas dos participantes. Desde então, a direção da APALBA – Associação Brasileira das

Pessoas com Albinismo da Bahia, o Grupo de Pessoas com Albinismo que se organizou no Rio de Janeiro vinculado ao Projeto de Extensão Universitária “As pessoas com albinismo e o direito à saúde: visibilidade e reconhecimento público – a enfermagem no contexto interdisciplinar da construção da carta de demandas do controle social” - UFRJ organizado em janeiro de 2013 como efeito do encontro de Salvador, e as pessoas com albinismo do Brasil e seus familiares organizaram-se presencialmente, por meio virtual a partir da comunidade “Albinos do Meu Brasil e do Mundo” na rede social e/ ou por correio eletrônico para o que culminou em agosto de 2015 na petição pública em tela. Neste movimento, há uma aposta do grupo nos dispositivos normativos como impulsionadores possíveis de produção do cuidado e do acesso e garantia de direitos, nem sempre presentes na vida de pessoas que vivem situações do entre, entre o normal e o diferente; entre a visão e a cegueira; entre a vida possível e a vida como está. Em abril de 2015, aproximadamente trinta pessoas com albinismo e seus familiares trabalharam por meio eletrônico no corpo do texto da petição. Após algumas rodadas por um mês, o texto final da petição foi formulado revelando dimensões políticas, sociais, econômicas e de direitos. Ao término deste período, a petição foi inserida na “Avaaz”, uma comunidade de mobilização “online”. Após a inserção no sistema, por aproximadamente dois meses, foram realizadas as assinaturas, e em agosto de 2015, a petição foi entregue na Bahia ao deputado relator para seu encaminhamento e tramitação do PL nº 7.762. No período descrito, foi realizada uma organização virtual dos envolvidos na elaboração da petição que levou a 1413 assinaturas até o início de agosto de 2015, assinada por pessoas com albinismo, seus familiares e simpatizantes deste movimento, relativos ou não ao grupo de pessoas com albinismo. O trabalho em tela trata de uma análise

preliminar de âmbito qualitativo documental que utiliza as informações quantitativas com procedimentos estatísticos descritivos simples, de forma a subsidiar a análise da primeira. Esse traz para o campo de análise, os registros em diários de campo e da narrativa e experiência dos pesquisadores-participantes do estudo, vinculados à pesquisa “CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE” no subprojeto “ANÁLISE MICROVETORIAL DE DISPOSITIVOS NORMATIVOS E LEGAIS RELACIONADAS AO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA” aprovado pelo Parecer nº 876.415 de 18/11/2014 do CEP da UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA / UVA. Esta é uma análise preliminar na qual nos debruçamos após uma construção realizada a muitas mãos, com muitos desejos e apostas investidas. Entre essas, está envolvida uma certa perspectiva de visibilidade e reconhecimento público das pessoas com albinismo no Brasil, com a ideia de produzir impactos positivos nas suas vidas e de seus familiares, entre estas, o acesso a bens e serviços de forma ampla e irrestrita às pessoas com albinismo. Uma aposta na perspectiva que um dispositivo normativo possa contribuir à promoção do acesso, influenciando na qualificação de profissionais de saúde e dos caminhos a serem percorridos na busca da efetivação da integralidade. As assinaturas foram originadas a partir da divulgação nas redes de contatos das pessoas envolvidas, “boca a boca”, em contatos virtuais de mensagem instantânea, mensagens eletrônicas, espaços familiares e profissionais, entre outros. Além da divulgação, foram estabelecidas sistemáticas de contato, informação e divulgação por meio de dispositivos eletrônicos de trocas de mensagens instantâneas nas redes sociais com listas de checagem e codificações para até quatro tentativas. Das 1413 assinaturas em agosto de 2015, 329 (23,28%) foram

de pessoas com albinismo ou familiares destas, membros da comunidade virtual “Albinos do meu Brasil e do Mundo”, ou seja, das pessoas que sabemos com albinismo. Das 621 pessoas contatadas, 292 (20,6%), mesmo as que foram contatadas até quatro vezes, não foram signatárias. O estado com o maior quantitativo dos 329 subscreventes foi São Paulo com 105 (7,4%) assinaturas, seguido pela Bahia com 42 (3%) assinaturas e Rio de Janeiro com 41 (2,9%) assinaturas. Para além da localização, região ou população desses estados, destacamos que eles possuem atividades da APALBA na Bahia, do Grupo de Pessoas com Albinismo no Rio de Janeiro e de Atenção à saúde na Santa Casa de Misericórdia no Programa Pró-Albino, grupo esse com forte articulação virtual com pessoas de destaque midiático, por exemplo, a Família Cavalli (família com três filhos com albinismo precursores nas redes sociais de grupos de pessoas com albinismo) e Roberto Biscaro, o primeiro autor de autobiografia sobre a vida de uma pessoa com albinismo. Dos 329 participantes, 49 (15%) são pais ou mães de crianças e adolescentes com albinismo, 3,4% do total (1413) de assinaturas, uma perspectiva de apostas e possibilidades para crianças e jovens em tempos e matrizes para a produção de vida com singularidades distintas das atuais, para as gerações futuras. Nos chama a atenção a percepção da produção de narrativas cotidianas que conformam demandas e necessidades, e paradoxalmente, ao articularem-se para uma mobilização social como produtores de direitos, não dialogam com a adesão, com movimento e mobilização nesta que, entre outras dimensões, perfaz uma luta por reconhecimento público e visibilidade social deste grupo populacional. Neste sentido, elaboramos alguns pressupostos a serem investigados e analisados futuramente. Esta análise preliminar possibilita leituras acerca dos movimentos que as pessoas com

albinismo estão produzindo no Brasil, das apostas em dispositivos normativos como ferramentas à superação de diferenças e desigualdades, e nesta lógica, da produção do cuidado; e ainda, dos sentidos e matrizes que operam neste cenário na produção de suas vidas, resistência, subversão e aquiescência a regimes e matrizes discursivas que vigoram na sociedade e Estado.

CENÁRIOS DE PRODUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS HOMENS NO BRASIL

Ana Paula Azevedo Hemmi, Tatiana Vargas de Faria Baptista

Palavras-chave: Saúde do Homem, Política de Saúde, Participação Social

APRESENTAÇÃO: Desde os anos 2000, é possível perceber diversos países debatendo a Saúde do Homem, no que se refere à assistência ao homem, aos aspectos de morbimortalidade da população masculina, assim como políticas destinadas a esse público. No Brasil, a política destinada aos homens foi lançada, em 2009 pelo Ministério da Saúde, e encontra-se documentada no texto “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Segundo a PNAISH, sua construção contou com a participação de profissionais da saúde, gestores, sociedade civil e acadêmicos. O objetivo deste estudo é analisar a construção da Política de Saúde do Homem no Brasil tendo como questão principal como e quem participou da construção dessa política. Partimos, inicialmente, do pressuposto que política é um processo complexo e condicionado historicamente, por isso sua análise pode ser orientada por diversas opções teóricas. Partimos de duas perspectivas para chegarmos à análise proposta, uma se refere à análise de política utilizada por Ball e seus colaboradores,

como um método de se pensar políticas, que nos oferece elementos importantes para analisarmos a construção da política de saúde dos homens no Brasil. Os autores consideram que há diferentes contextos em que há produção de texto e formulação de uma política. Porém, os diferentes contextos não são estanques, mas se interpenetram uns nos outros. Aqui, assumiremos a posição de que a política acontece, simultaneamente ou não, em diversos lugares, inclusive na prática de profissionais ou mesmo por movimentos sociais. Além desses autores, e como uma segunda perspectiva para análise, consideramos alguns conceitos, tais como agentes sociais, campo e espaço social formulados por Pierre Bourdieu. Os dados preliminares da pesquisa revelam como diferentes contextos com seus respectivos participantes têm conduzido essa política no país. Foram analisados três contextos para a análise da construção da Política de Saúde dos Homens no Brasil. Um se refere ao contexto do governo brasileiro no que tange ao setor saúde no momento correspondente à formulação da política para homens no Brasil. O segundo contexto refere-se ao âmbito legislativo, com a identificação de como a política em questão foi ou está sendo abordada no Congresso Nacional. E o terceiro contexto refere-se ao debate acadêmico, com o objetivo de identificarmos como o tema e a política tem sido abordada na literatura científica. Em relação ao contexto do governo brasileiro, a política de saúde dos homens foi formulada durante o segundo mandato do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, compreendido no período de 2007 a 2010, tendo como Ministro da Saúde José Gomes Temporão, que permaneceu neste cargo no período de março de 2007 a dezembro de 2010. É possível caracterizar o Governo Lula como atento ao desenvolvimento da economia, ao mesmo tempo em que priorizou o aspecto social e político. Outro aspecto deste Governo se

refere à ampliação dos canais e mecanismos de diálogo social, representando, dessa forma, uma valorização à dimensão democrática. Ainda que as demandas a grupos específicos tenham sido abordadas no Governo Lula, não se pode dizer que o projeto de saúde pública como um todo tenha sido prioridade nesse período. Em relação aos projetos de Lei propostos pelo Poder Legislativo, considerando o contexto legislativo, é possível identificar, em pesquisa ao site do Senado Federal, que há vinte e uma (21) propostas que possuem relação com o Tema “Saúde do Homem”. Mas, ao lermos as ementas das propostas, é possível perceber que ligado à expressão “Saúde do Homem”, conforme a definição dos Descritores em Ciências da Saúde, há somente treze (13) projetos representando 62%, aproximadamente, dos projetos apresentados. Desse total, dois (2) se relacionam à política de saúde do homem; dois (2) ao estabelecimento de um dia ou uma semana dedicados à saúde masculina; dois (2) se relacionam ao combate ao câncer de próstata; quatro (4) se referem ao planejamento familiar; os demais encontram-se relacionados a temas específicos como realização de exames mamográficos, controle de zoonoses no meio urbano e proteção a trabalhadores de biotérios. E em relação ao contexto acadêmico, foram realizadas revisões em três Bases de Dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus e Web of Science. Ao analisarmos como têm evoluído as publicações a respeito do tema “Saúde do Homem”, tanto em âmbito nacional quanto internacional, percebemos que houve uma estabilidade nas publicações por um período de dez anos (entre os anos 1998 e 2008). Em 2009, há um crescimento do número de publicações sobre o tema tanto em âmbito nacional quanto internacional. É possível perceber que antes de 2008, as publicações aconteceram de maneira

tímida, crescendo substancialmente neste ano até 2014. Se analisarmos os temas de publicações, podemos perceber que o início da discussão, no meio acadêmico sobre política para homens no Brasil, ocorre a partir da publicação da PNAISH em 2009, ganhando maior expressividade em 2012. Em 2013 e 2014, percebe-se que o número de publicações mantiveram-se estáveis. Podemos comparar como a publicação em torno de aspectos de morbimortalidade, relação de gênero e assistência ao homem nos serviços de saúde têm ganhado maior destaque no meio acadêmico se comparados aos aspectos ligados à políticas para homens. E se destacarmos qual o aspecto relacionado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) ou ao Programa ou Política para Homens, no caso de estudos de outros países, podemos perceber que há a seguinte relação: três (3) artigos referentes à avaliação de política; oito (8) sobre formulação; vinte (20) sobre implementação; oito (8) sobre reflexão sobre políticas para homens e quatro (4) artigos sobre proposições. A partir da análise dos três contextos, é possível ter uma visualização dos possíveis participantes na construção dessa política, pertencentes a diversos campos. Essa abordagem tem sido muito importante para compreendermos como uma política não se restringe somente a um âmbito para que se efetive. Há diferentes discursos sendo construídos em torno do tema Saúde do Homem e proferidos por diferentes agentes sociais que, por sua vez, ocupam diferentes campos. Acreditamos que a partir desses agentes, compreenderemos como ocorreu a participação dos diferentes agentes para que essa política fosse construída. A partir disso, acreditamos ter elementos para pensarmos como as políticas de saúde no nosso país estão sendo elaboradas.

CONHECIMENTO DE JOVENS-ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO ACERCA DO HIV/AIDS

Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares, Luciana Pinto Oliveira, Catarina Martins Ferreira, Renata da Silva Corrêa, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Eliã Pinheiro Botelho, Bruno Diego Lima Ribeiro

Palavras-chave: Conhecimento de Jovens-adolescentes, Ensino Médio, HIV/AIDS

Apresentação: A Síndrome da Doença Imunologicamente Adquirida (AIDS) é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que promove perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, o favorecimento de infecções oportunistas, e nesse contexto vale destacar região Norte pelo seu alto índice. (Fauci, 2003). O Estado do Pará é o quinto lugar na região em taxa de detecção do HIV e o décimo quarto em termos de unidades federativas, ocupando o terceiro lugar na taxa de mortalidade a nível nacional, sendo que Belém é a oitava capital brasileira com maior taxa de detecção do HIV em todo o país. Entretanto, o maior destaque é em decorrência da rápida elevação do número de casos: em 2003 a taxa de detecção estava em 10 casos (x100mil habitantes), mas 9 anos depois, em 2012, essa taxa é de 26 casos (x100mil habitantes) (Brasil, 2013) Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento dos alunos do nível Médio, da Escola Estadual Dr. Justo Chermont (EEJCh) concernente à transmissão/prevenção, epidemiologia e tratamento do HIV/AIDS; Método do Estudo: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo alunos voluntários do ensino médio da EEJCh, localizada no município de Belém. Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo questões fechadas dados sócio demográfico

(idade, situação civil, orientação sexual, escolaridade dos pais, números de parceiros sexuais e renda familiar) sobre comportamento de risco (uso constante de preservativos, sobre o conhecimento do uso do preservativo masculino e feminino, além da frequência de testagem para o HIV). As questões visando avaliar o conhecimento sobre o HIV foram divididas em três tópicos: 1) transmissão/prevenção, 2) epidemiologia e 3) tratamento para o HIV/AIDS. Resultados e/ou impactos: Participaram da pesquisa 123 jovens adolescentes do ensino médio, sendo 86 do sexo masculino (49.71%) e 87 do sexo feminino (50.28%), com idade entre 15 e 21 anos. 48 alunos cursavam a primeira (1^a) série do ensino médio, 31 alunos a segunda (2^a) série e 44 alunos a terceira (3^a) série do ensino médio. A análise dos dados sócio demográficos dos alunos da EEJCh mostrou que 87.05% dos alunos eram solteiros e 6.36% casados. 87.95% dos alunos disseram serem heterossexuais, 5.54% homossexual e 5.38% bissexual. Em relação ao número de parceiros sexuais no último ano não foi observado diferença significativa entre os gêneros feminino e masculino, onde as alunas tiveram em média 1.62 parceiros sexuais enquanto os alunos 1.82 parceiras. No que se refere à escolaridade das mães dos alunos, 17.97% dos alunos disseram que as mães possuíam o primeiro (1^o) grau incompleto, 12.91% o 1^o grau completo, 10.16% o segundo (2^o) grau incompleto, 10.97% o 2^o grau completo, 21.21% o terceiro (3^o) grau completo e 8.80% com pós-graduação completa. Em relação à escolaridade dos pais 25.63% dos alunos disseram que os pais possuíam o 1^o grau incompleto, 10.36% o 1^o grau completo, 7.19% o segundo grau incompleto, 12.53% o 2^o Grau Completo, 8.01% o 3^o grau incompleto, 18.12% o 3^o grau completo, 10.89% possuíam pós-graduação incompleta e 5.1% a pós-graduação completa. Na renda salarial familiar, 34.23%

dos alunos disseram ter uma renda inferior a 1 salário mínimo, 48.42% entre 1 a 3 salários mínimos, 11.87% de 3 a 5 salários mínimos e 4.72% de 5 a 10 salários mínimos. A partir da análise dos dados pode-se afirmar que o maior percentual de estudantes fazem parte da classe média baixa, sendo que seus pais apresentam 3^o grau incompleto ou completo. Em relação ao uso de preservativo foi observado que os alunos do 2^o ano são o que mais utilizam seguidos pelos do 3^o ano e 1^o ano, sendo que possuem conhecimento sobre o uso da camisinha masculina, entretanto obtiveram-se baixos índices em relação ao uso da camisinha feminina. Nossos resultados mostram que dos alunos da 1^a série 41,91% fazem o uso constante de preservativo, 58.18% dizem saber usar o preservativo masculino e 32.82% sabem usar o preservativo feminino. Já na 2^a série 40% dos alunos fazem uso constante do preservativo, 56.25% sabem usar o preservativo masculino e 15.83% sabem usar o preservativo feminino. Para a 3^a série os resultados não foram diferentes, onde 47.5% dos alunos fazem uso constante do preservativo, 61.25% dizem saber usar o preservativo masculino e 28.33% sabem usar o preservativo feminino. Quanto ao teste para o HIV, somente 4% dos alunos da 1^a série já realizaram o teste para o HIV, sendo o percentual não muito diferente para a 2^a e 3^a série, 6,25% e 4,16%, respectivamente. Quando analisado o questionário de conhecimento do HIV, no tópico de Transmissão/Prevenção não foi observada nenhuma diferença estatística significativa para a média de porcentagem de acertos para os alunos da 1^a e da 2^a série entre os gêneros masculino e feminino, respectivamente: 1^a série: 38.81% versus (vs) 42.56%, p=0.52; 2^a série: 53.85% vs. 56.82%, p=0.69. Todavia, na 3^a série os alunos tiveram uma porcentagem média de acertos superior à obtida pelas alunas: 62.73% vs. 51.52%, p=0.02. Os alunos

também apresentaram uma evolução de conhecimento de prevenção/transmissão do HIV maior que o das alunas, onde os alunos na 1^a série apresentaram uma média de acerto de 38.81% os do 3^o ano de 62.72%, enquanto as alunas do 1^o ano apresentaram uma média de porcentagem de acertos de 42.56% de acertos e de 51.51% no 3^o. Os alunos do primeiro ano possuíam um conhecimento menor do que o das alunas (epidemiologia: 19.23% vs 40.22% $p=0.02$; Tratamento: 40.38% vs 56.81% $p=0.15$), sem nenhuma diferença entre os gêneros para o 2^a e 3^a séries. Todavia, o nível de conhecimento epidemiológico manteve-se constante entre os níveis escolares, enquanto o nível de conhecimento para o tratamento do HIV mostra uma evolução crescente. Considerações Finais: Pode-se afirmar que os alunos possuem uma falha no conhecimento ao que tange epidemiologia, algo que deve ser reforçado pela comunidade escolar, e pelos profissionais de saúde, além de dificuldades com relação à transmissão e prevenção que é o principal responsável pelo aumento dos índices da doença no grupo de adolescente, e é importante meio para combater a doença na sociedade. Diante disso conclui-se que se necessita de educação em saúde com alunos, principalmente ao que tange transmissão e prevenção, utilizando-se de tecnologias educativas para o repasse de informação para atrair a atenção dos estudantes e tornar o repasse de informação mais dinâmico e que resulte em alteração da atual realidade. Contudo, o profissional de saúde deve inserir-se nessa perspectiva e nesse ambiente para promover promoção em saúde para a população em questão, aliando-se com os professores e outros que fazem parte do ambiente escolar.

CONSELHOS DE SAÚDE E APONTAMENTOS PARA AÇÕES EFETIVAS

Bruna Ceruti Quintanilha, Sara Gonçalves Luiz, Maristela Dalbello-Araujo

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a instituição da Participação Social neste país, possui mais de duas décadas. O processo de construção da participação ainda se depara com muitos desafios, sobretudo no âmbito dos Conselhos de Saúde. São obstáculos que colocam em evidência a legitimidade do funcionamento desses espaços e sinalizam para a necessidade de discussão e análise do cotidiano das práticas dos atores. A política de saúde brasileira vem passando por um peculiar dilema: tem avanços admiráveis em algumas áreas e apresenta limitações importantes em outras. Uma das facetas desse dilema pode ser percebida nos mecanismos instituídos de participação social, que ora se mostram efetivos e ora se apresentam ineficazes. Pudemos perceber, a partir de revisão da literatura, que a maior parte das pesquisas dão enfoque às dificuldades e problemas na gestão e funcionamento dos conselhos de saúde. Neste sentido, destacam-se os boicotes das formas autoritárias e tradicionais de gestão; os desafios do modelo de gerencial da saúde; as dificuldades do desenho institucional e organizacional desses colegiados; a falta de legitimidade da representação; a insipiência da transparência e publicização das ações empreendidas nesses locais; a desinformação dos atores sociais envolvidos no processo e, por fim, a assimetria das relações de força e poder. Percebemos esses reveses como obstáculos que sinalizam para questões macro e micropolíticas, sociais, econômicas e culturais, que atravessam a participação continuamente no âmbito da política de saúde brasileira. Entraves típicos do processo sócio-histórico-econômico

brasileiro. Contudo, notamos também, que existem ações de cunho propositivo advindas dos conselhos de saúde. Desse modo, apesar de todas as dificuldades elencadas em diversos estudos, notamos que, ainda assim, os conselheiros conseguem atuar dentro da proposta da participação social. Nesse aspecto, vale ressaltar que há pouco material científico sobre os avanços e conquistas obtidas pelos conselhos, por isso, julgamos essencial citar o Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa em Saúde, instituído em 2005, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSASEMS). Pois a revisão dos resultados desse prêmio pode contribuir nessa discussão. Visto que a iniciativa, conseguiu evidenciar, premiar e estimular diversas experiências exitosas de gestão participativa em todo Brasil. Dentre as iniciativas premiadas, que exemplificam trabalhos efetivados em conselhos de saúde, citamos o avanço no campo educação permanente, que representa uma possibilidade de ampliação da vocalização dos conselheiros em relação às necessidades e desejos da população em relação à política de saúde, avançando rumo a deliberações mais conscientes por parte desses atores. Nota-se, também, um significativo aumento da fiscalização sobre as decisões tomadas nas plenárias, na tentativa de avaliar se essas deliberações estão sendo ou não encaminhadas pelo Executivo e pelas Conferências de Saúde. Outro aspecto ressaltado é a crescente diversidade de movimentos sociais organizados ligados a usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços; que vem se fazendo representar nos conselhos e contribuindo para que as deliberações dessas instâncias reflitam cada vez mais as necessidades de saúde dos distintos atores e grupos sociais organizados. Destacamos,

por fim, a multiplicação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e sua importância. Visto que são instâncias responsáveis por exercer a participação com maior proximidade da comunidade. Vale ressaltar que o processo de mobilização popular também vem se desenvolvendo por meio de outros caminhos de comunicação entre o cidadão e o governo, tais como: educação popular, capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, entre outros. Todos esses convergem em espaços de diálogo, capazes de ampliar a participação e a interlocução entre trabalhadores, gestores e movimentos populares. Nesse sentido, muitos conselhos têm operado positivamente, como espaço de conflitos, de resistência e de tensões. Desta maneira, esses espaços coletivos podem transformar-se em instrumentos privilegiados na busca da efetivação dos direitos e no rompimento das tradicionais formas de gestão, possibilitando ampliação dos espaços de decisões, além de impulsionar a legitimidade de esferas públicas democráticas. Ademais, os conselhos podem tornar-se capacitadores dos sujeitos sociais, qualificando os processos participativos de interlocução ético-política com o Estado. A partir dessa ideia, reafirma-se a importância de desempenhar a função de conselheiro de saúde, compreendendo que as potências empreendidas por estes sujeitos podem direcionar de modo positivo os rumos do SUS. Ao nos depararmos com as dificuldades enfrentadas pelos conselhos, mas também como as possibilidades de ações destes, passamos a nos questionar: Como está a atuação propositiva dos conselheiros frente aos desafios da participação social nos conselhos de saúde? Que mecanismos, dispositivos ou potencialidades estão sendo produzidos nesses espaços? A partir disso, nos propusemos analisar a atuação propositiva dos conselheiros de saúde frente aos desafios da participação social

no âmbito dos conselhos municipal e locais de saúde do município de Vitória – ES. A pesquisa se fundamenta na abordagem qualitativa. Para alcançar o objetivo proposto, observamos de modo sistemático a atuação dos conselheiros de saúde no cotidiano de suas práticas, para tanto, participamos como ‘ouvintes’ das plenárias dos conselhos selecionados para o estudo. Temos, então, como cenário deste estudo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Locais de Saúde (CLS) do município de Vitória/ES. Este município é dividido em seis Regiões de saúde, assim, elegemos, via sorteio, um CLS de cada região para realizar a observação. Realizamos também análise das atas dos conselhos, com intuito de saber como cada ponto da ata tem sido encaminhado. As observações foram registradas em diário de campo. Destacamos, aqui, a atuação dos conselheiros nos CLS do município estudado. Notamos que nestes espaços há maior protagonismo por parte dos representantes dos usuários, garantindo, assim, maior legitimidade deste segmento. Estes atores têm levado para as reuniões dos CLS as demandas da comunidade, fiscalizado e opinando em relação às melhorias necessárias na organização dos serviços. Alguns se autorreferem como ‘multiplicadores’, ‘informantes-chave’ das ações, decisões e desafios vivenciados pela Unidade de Saúde para a comunidade e vice-versa. Podemos afirmar que no município de Vitória-ES, os Conselhos Locais têm representado grande potência no que concerne à efetivação da participação social. Isto porque, os cidadãos tomaram estes locais como espaços para a construção do SUS. Contudo, ainda é necessário avançar na organização e operacionalização destes, visto que a assiduidade dos conselheiros eleitos nessas instâncias ainda é incipiente. Isto ocorre em virtude do horário das reuniões desses colegiados, que muitas

vezes coincidirem com o horário de trabalho dos conselheiros. Outro ponto que merece destaque é a falta de ações de educação permanente, que foram apontadas pelos conselheiros como um aspecto importante para a ocorrência de maior interlocução entre as ações dos CLS e do CMS, bem como, para que as deliberações das plenárias sejam homologadas pelos gestores.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS: ANÁLISE A PARTIR DO OLHAR COMUNITÁRIO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Leonardo Sales Lima, Naira Ane Albuquerque Viana, Naiane Patricia Carvalho

Palavras-chave: Controle Social, Conselho Local de Saúde, Comunidade,

Esta pesquisa trata da visão da comunidade diante da atuação de um Conselho Local de Saúde (CLS). Os CLS são órgãos permanentes, deliberativos e normativos do SUS que têm por competência possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade sobre a política de saúde, e estão presentes nas instituições de saúde pública do nosso país. Assim, os objetivos dessa pesquisa foram investigar o conhecimento da população acerca do CLS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Teresina/PI, possibilitando descrever como a população percebe o Conselho Local de Saúde adstrito ao seu território social; conhecer o que a população entende por Participação Social e compreender quais as dificuldades do acesso aos serviços de saúde por parte da população. Foi realizado um estudo de campo de natureza exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida com moradores de um bairro da cidade de Teresina-PI residentes na área adstrita à UBS onde se formou um CLS.

Foram coletadas as opiniões dos moradores a partir da aplicação de um instrumento elaborado específica e unicamente para este fim, o qual abordou o perfil do participante, seus conceitos sobre controle social e suas impressões acerca da atuação do Conselho Local de Saúde. Utilizou-se da entrevista semi-estruturada aberta. É importante frisar que os Conselhos de Saúde são as instâncias por meio da qual se exerce o controle social em saúde. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (art. 1o, §2o, da Lei no 8.142/90). Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são vinculados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e estão presentes nos locais em que há Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios brasileiros. Nessa linha de pensamento, infere-se a necessidade de criação de CLS como órgãos de controle social, nas áreas adstritas às Unidades Básicas de Saúde. O CLS deve ser composto de 50% por representantes da comunidade (usuários), 25% por representantes dos trabalhadores de saúde e 25% por representantes da administração e prestadores de serviço/ terceirizados das respectivas UBS. As atribuições do CLS incluem garantir, dentre outras questões, o funcionamento adequado das UBS, elaboração de propostas e programas que atendam às necessidades da população no setor da saúde, convocação de assembleias e promoção de debates em torno de problemas que afetam a comunidade, encaminhamento de reivindicações ao CMS, acompanhamento das aplicações dos

recursos orçamentários constantes no Plano Municipal de Saúde destinado a consolidação dos sistemas locais de saúde e, finalmente, a desenvolver junto às comunidades as noções básicas de Saúde. O CLS possibilita a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelo SUS em âmbito local, de forma igualitária e com ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde e vida da população. Como resultados obtidos na pesquisa pode-se afirmar que poucos sujeitos souberam falar sobre a existência do Conselho Local de Saúde de seu bairro e sua função, além de reclamações sobre as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Esse foi o tópico em que os entrevistados se sentiram mais a vontade, pois tinham propriedade do que falavam. A grande maioria das respostas aponta a marcação de consultas como a principal dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Alguns entrevistados apontaram como possíveis soluções para minimizar essa dificuldade, a contratação de mais funcionários e o aumento na quantidade de fichas para as consultas. O que se percebe é que essa população sofre com o acesso a rede de saúde devido a poucas vagas oferecidas, e principalmente disponíveis, pois há uma grande demanda de pessoas que precisam de atendimento e pouca oferta. Outra questão observada na pesquisa trata-se da participação social, onde se percebeu que a participação social ainda está em construção, pois muitos não sabiam do que se tratava. A dificuldade no acesso à saúde está fortemente associada à marcação de consultas médicas. Supõe-se que o desequilíbrio entre a grande demanda de usuários do SUS e a pequena equipe da UBS pode provocar atrasos nas marcações de consultas, como foi percebido através da análise. Esta dificuldade, como pode ser observada, é a única reclamação da população por ser um grande problema

de acesso na atenção básica, se tornando dessa forma um desafio de melhoria para o SUS. Diante do estudo pode-se observar que há falta de informação por parte da população quanto à existência de um conselho local de saúde em seu bairro, bem como o direito a participação popular. Enfatiza-se que poucas pessoas entrevistadas tem conhecimento do CLS, porém desconhece sua função, havendo, portanto a necessidade de orientar a população sobre a existência deles e esclarecer o papel do conselho, devendo ainda sugerir que participassem das reuniões, pois este espaço é destinado para dar voz à população na tomada de decisões sobre as ações de saúde do seu bairro. Cabe afirmar que é importante não apenas alertar sobre o CLS, mas também criar possibilidades efetivas para que a população participe da construção do Controle Social no SUS, interferindo na gestão pública e buscando mudanças na melhoria do acesso aos serviços de saúde. Uma ação voltada ao controle social que poderia ser aderida trata-se de convidar a população a participar das reuniões com o conselho, com divulgação das datas das reuniões, e até mesmo aproveitar os encontros proporcionados pela UBS para incentivar os moradores a dar opiniões/sugestões/reclamações para que sejam mais participativos, proporcionando um espaço de reflexão da participação social na saúde. Temos claro que este estudo pesquisou o Controle Social no SUS sob a visão da comunidade diante de um Conselho Local de Saúde e pode concluir que há um desconhecimento por parte da população sobre as atividades e funcionamento do Conselho, tendo como consequência a dificuldade no acesso ao Conselho por não conhecer os conselheiros, e ainda, a fraca participação dos usuários do serviço junto ao CLS do seu bairro, por outro lado, acreditamos que algumas ações podem ser colocadas em prática para o fortalecimento

do controle social na atenção básica. Porém, é necessário ainda frisar que este estudo é inicial e aponta alguns caminhos e percebe-se a necessidade de ampliar as pesquisas e provocar ações concretas de educação permanente em saúde para o Controle Social no SUS.

CONTROLE SOCIAL E O MOVIMENTO ESTUDANTIL DE MEDICINA

Roberta Silva de Paola, Mayara Secco Torres da Silva, Monique França da Silva, Allan Brum de Oliveira, Vinicius de Jesus Rodrigues Neves

APRESENTAÇÃO: O conceito do controle social foi concebido com a ideia de participação da sociedade desde as formulações de políticas até acompanhamento de suas execuções, e desde então, cresce a importância da participação social no campo da saúde. Sua origem está intimamente ligada ao Movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 70 e, de forma mais concreta, à 8a. Conferência Nacional de Saúde, em cujo relatório final a participação da população na gestão do SUS e o controle social foram inseridos com destaque dentro de uma concepção global do modelo de atenção à saúde. Entretanto a resistência a essa proposta já foi manifestada oficialmente a partir do veto por parte do então presidente da república, a todos os dispositivos originalmente previstos na chamada lei orgânica do SUS que diziam respeito a essa possibilidade. Surgiu daí a necessidade de uma ampla mobilização de setores sociais e políticos que tiveram como produto a elaboração de uma nova lei, essa sim aprovada e sancionada, surge então à lei 8.142/90 que se refere diretamente à participação da comunidade no SUS. É importante salientar que poucas leis tenham alicerces tão sólidos e legítimos em

um movimento social construído há mais de uma década, tal qual o Movimento de Reforma Sanitária, constituído por pessoas e grupos organizados voltados para a crítica do modelo dominante de atenção à saúde tradicionalmente autoritário e excludente. O próprio movimento é a primeira expressão real da importância dessa participação social na construção do SUS e pactuava que o “controle social” e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal, equânime e igualitário à saúde. A discussão da saúde sempre foi um campo privilegiado para problematização da estrutura da sociedade entre os estudantes de Medicina e assim, criada em 1986, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) teve importante protagonismo no processo de formulação e construção do SUS, junto ao Movimento de Reforma Sanitária e assim traz estatutariamente a defesa do Sistema Único de Saúde e utiliza-se do mecanismo de controle social para garantir essa luta. Apesar de representar avanço significativo no que tange a conquista de direitos sociais no Brasil, o SUS enfrenta, desde sua origem, considerável dificuldade em ser concretizado. A defesa do SUS, de seus princípios e a disputa contra a mercantilização da saúde continuou mobilizando o movimento estudantil da medicina e se mantendo enquanto bandeira da DENEM. Enquanto executiva, a DENEM entende que o grande diferencial que poderia alterar essa correlação de forças e estabelecer novos paradigmas que permitiriam ao SUS uma implantação de acordo com os seus princípios, seria uma participação da comunidade qualificada, politizada e organizada. **OBJETIVOS:** A atuação frente ao controle social, entendendo suas atuais limitações, vem para escancarar e pautar que a saúde no Brasil está a cada dia mais distante do projeto original da reforma sanitária, sendo para o movimento

estudantil de medicina (MEM) importante articular nesse processo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Dentre os elementos estruturantes do SUS, o controle social é um dos mais desafiantes e a DENEM, busca construir a atuação estudantil em diversas instâncias de participação social. Isso é materializado através da construção da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, da ocupação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como da discussão de políticas de saúde em encontros estudantis. Dessa forma, possibilita-se a produção de documentos para divulgação e, sobretudo, instrumentaliza a atuação das Coordenações Regionais da DENEM, que empodera estudantes de medicina para a luta pela construção do SUS e pela garantia da saúde enquanto direito fundamental de todo cidadão. **RESULTADOS:** As Conferências e Conselhos de Saúde são, hoje, espaços para o exercício do controle social e são vítimas de um forte processo de perda de autonomia e de independência, cujo retrato mais recente foi à última Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no início de dezembro de 2011 e que foi comprometida pela impossibilidade de um debate mais qualificado sobre os temas e teve o seu final manchado pela autoritária e equivocada proposta governamental. Observa-se ainda o Conselho Nacional de Saúde funcionando como peça decorativa no cenário político do SUS no país. O desrespeito às suas decisões e a impunidade dentro do controle social é algo latente, tal qual aconteceu com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que foi rejeitada pela última Conferência de Saúde, mas continua hoje em todos os hospitais universitários. Além disso, vemos a cooptação destes espaços e isso faz com que participação da comunidade no SUS enfrente um dos seus mais difíceis momentos, havendo necessidade de uma grande articulação nacional. Assim, a DENEM assume papel central na

organização do MEM enquanto atuante no controle social do SUS, envolvendo Centros e Diretórios Acadêmicos de todo o país. Esse processo acontece em convergência com outros movimentos sociais, considerando a necessidade de união de pautas na perspectiva de superação das atuais limitações do controle social. **CONCLUSÃO OU HIPÓTESES:** A DENEM traz como defesa um SUS como um sistema universal e equânime, que promova e garanta a saúde em todos os seus aspectos e edificado sobre a determinação social do processo saúde-doença e a partir de uma atenção primária marcada pela importância da atuação multiprofissional e com um financiamento que deve ser adequado às suas necessidades. As defesas supracitadas são ambiciosas e no Brasil hoje representam grandes desafios. É urgente se colocar a defesa desse sistema e contra qualquer forma de privatização e ou mercantilização da saúde. Sem dúvidas, o controle social é grande diferencial para alterar e estabelecer mudanças em nosso sistema de saúde cada dia mais espoliado. Assim, entendendo a limitação do controle social, materializado através dos Conselhos e Conferências de saúde, e também a importância de se colocar diante deles, a DENEM busca somar na luta em defesa de um SUS público, gratuito, estatal e de qualidade, entendendo que essa defesa não se pauta apenas na luta institucional, mas principalmente na luta diária.

CONTROLE SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA EM SOCIEDADES INDÍGENAS

Breno Pedercini de Castro

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas, Controle Social, Saúde mental

O presente trabalho discute a saúde mental e o controle social nas sociedades

indígenas, a partir da premente necessidade de participação política dos povos indígenas na organização e funcionamento de seu Subsistema de Atenção/SUS. Especificamente na atenção aos processos de alcoolização, episódios de suicídios, transtornos psiquiátricos, violências e/ou homicídios, os quais são referenciados na literatura e em documentos do Ministério da Saúde (Brasil 2002, 2007) como fenômenos de saúde mental. O controle social é um modo democrático de participação na saúde, que possibilitaria o protagonismo indígena nessas situações. Reivindicando a atenção diferenciada que prevê o reconhecimento e respeito à diferença étnica e diversidade cultural dos povos indígenas após a Constituição de 1988. A criação do Subsistema, em 1999, está inserida no âmbito da promulgação da Carta Magna que estabelece um novo tipo de relação entre o Estado e os povos indígenas, interrompendo o regime de tutela estabelecido até o séc. XX. Nesse cenário, a atenção à saúde mental, amparada no direito diferenciado pressupõe o envolvimento dos indígenas, desde a reflexão sobre a concepção de saúde mental até a elaboração de estratégias e itinerários terapêuticos para lidar com a questão. Souza Lima (2014) aponta, todavia, que a lógica do regime tutelar ainda se faz presente na forma como as políticas indigenistas e de saúde são reconstruídas e operadas mesmo após 1988. Direcionando a atuação dos diferentes atores que lidam com os povos indígenas, como os profissionais da saúde, e reforçando uma conjuntura de minimização de participação dos indígenas nas políticas diferenciadas. Esse fato aponta para desafios na formação e atuação em saúde nas sociedades indígenas, além de impedimentos no exercício do controle social pelos povos. Questionável, portanto, de que forma o controle social poderia ser de fato praticado no cenário da saúde

mental e como os profissionais de saúde e antropólogos poderiam contribuir nesse cenário. Essa problematização emergiu de vivências de grande efeito pessoal/profissional junto aos indígenas, como a Assembleia AtyGuasu dos Povos Indígenas (realizada em 2014 na Universidade Federal de Minas Gerais), na qual a reivindicação pelo direito diferenciado à saúde; a percepção do protagonismo indígena durante o evento e o grande número de relatos de casos de saúde mental entre os povos despertaram diversos questionamentos em torno da noção de atenção à saúde mental indígena e sua relação com o controle social. A participação recente na edição 2015/2 do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios Realizados no SUS) no estado do Amazonas também foi outra oportunidade de grande importância, pelo conhecimento de alguns serviços que compõe o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como o Pólo-Base e visita à comunidade indígena, além do contato com os povos indígenas e profissionais de saúde atuantes. As inquietações provocadas por esses encontros conduziram à literatura para o entendimento da noção de atenção diferenciada na saúde mental e sua relação com o controle social, efetuando, para tanto, levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo para o aprofundamento teórico nessas questões. A partir da Grande Assembleia AtyGuasu e do Projeto VER-SUS Amazonas, experiências de profícuo contato com os indígenas, percebe-se a crescente implicação no estudo da saúde mental indígena e o controle social, explorando os vários intercâmbios possíveis nesse tema de investigação que está presente em diferentes disciplinas como a antropologia, sociologia, saúde pública/saúde coletiva, psicologia, história, entre outras áreas das ciências da saúde, sociais e humanas, fato que aponta para a interdisciplinaridade desse campo. Por sua vez as leituras dos materiais levantados, em

periódicos das ciências da saúde, sociais e humanas, além de documentos ministeriais, lançam luz sobre essas vivências. Luciano (2006), antropólogo indígena, fala sobre a indissociabilidade de fatores socioantropológicos nas concepções de saúde e doença indígenas, os quais apontam para uma perspectiva global, embasada na dinâmica das relações sociais e com a natureza, na cosmologia, organização social e no exercício de poder nas sociedades indígenas. A doença não poderia, portanto, ser analisada a partir de uma perspectiva individual e biomédica restrita, mas referenciada a esse conjunto amplo de elementos. A atenção diferenciada, prevista no artigo 19-F da Lei 9.836 (Brasil, 1999), vai ao encontro de vários elementos apontados pelo antropólogo como intervenientes no processo de saúde e doença, ao prever que o Subsistema deve considerar suas especificidades culturais, mas também elementos como a demarcação de terras, habitação e nutrição para a atenção à saúde. Assim como a atenção diferenciada se traduziria em um componente sensível à diversidade cultural na atenção à saúde mental, o controle social também seria um recurso promissor de participação dos povos indígenas no processo de construção dessa atenção. Profissionais de saúde e antropólogos podem atuar conjuntamente na compreensão dos casos de saúde mental como fenômenos socioculturais específicos, operando o diálogo interdisciplinar tão necessário nesse campo (OLIVEIRA, 2004b). Esses atores podem também se articular aos indígenas no processo de construção de modelos de atenção para lidar com essas situações, embasados nos recursos existentes na própria comunidade. O Agente Indígena de Saúde (AIS) é outro ator que pode contribuir para essa construção coletiva, uma vez que estabelece o intercâmbio entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde (PONTES,

STAUFFER, GARNELO, 2012). Por fim, outras figuras tradicionais precisam ser convocadas na implementação das políticas de saúde, no sentido que Oliveira (2004a) afirma, em relação à importância de integrantes como as lideranças tradicionais, os xamãs, rezadores, as parteiras, além de outros atores que ocupam funções de controle social. Souza Lima (2014), todavia, aponta a permanência da lógica do regime tutelar na condução das políticas públicas diferenciadas, indicativo que orienta nosso olhar de forma aprofundada para o cenário atual da gestão e das práticas no Subsistema. Os atores que lá atuam podem – recorrentemente – não se darem conta de quão impregnadas ainda estão suas ações. Pela lógica da tutela que se supunha superada após 1988, prejudicando o exercício do controle social e a prática da atenção diferenciada. Nesse sentido, Teixeira (2013) aponta também que, mesmo que a implantação do Subsistema estivesse pautada na atenção diferenciada, não existe de fato um modelo de controle social diferenciado na saúde indígena. A relação estabelecida entre o Estado e os povos indígenas teria caráter distinto daquela firmada com a sociedade envolvente, notadamente pela ressonância do processo histórico e político do regime tutelar, de modo que suas representações não ocorrem da mesma forma. Acreditando na pertinência e relevância social de pesquisas na saúde coletiva sobre o tema, dado a conjuntura política, sanitária e socioeconômica das sociedades indígenas, além do extenso número de referências que afirmam a necessidade de reflexão e elaboração de estratégias de atuação pelos indígenas, profissionais de saúde e antropólogos nos processos de saúde mental. Em tempos de Conferência Nacional de Saúde, estudos nesse campo tornam-se emergentes, uma vez que a 15^a edição em 2015 põe em foco justamente o processo de inclusão dos excluídos no sistema de saúde, com a indicação

dos povos indígenas como uma dessas populações. Este trabalho pretende trazer contribuições iniciais e apontar horizontes de estudo sobre a necessária participação política dos indígenas nas situações de saúde mental. Os profissionais de saúde e os antropólogos são atores fundamentais nesse cenário, contribuindo para a prática do controle social e a construção da atenção diferenciada junto aos povos.

CONTROLE SOCIAL: PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Tamina de Lima Alves, Sheila de Andrade Souza, Daniela Sousa Oliveira, Magno Conceição das Mercês, Jaine Karenny da Silva

Palavras-chave: Controle Social, Usuários, SUS

APRESENTAÇÃO: A reforma no Sistema de Saúde Brasileiro ocorreu devido a participação em massa da população, na busca dos seus direitos durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. O direito a saúde foi inserido na Constituição Federal de 1998, no artigo 196 por meio do qual ficou instituído que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Elenca-se ainda a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, tornou-se uma ferramenta poderosa do controle social. Sabe-se que a participação popular é primordial, para avaliar e auxiliar na implementação de políticas que visem a melhoria das questões de saúde no país. Tal prática pode ser exercida por meio dos conselhos e conferências de saúde que, por sua vez, são ferramentas que avaliam as propostas governamentais, o seu desempenho e trata-se de um mecanismo de controle social. Diante disso, o objetivo do estudo foi investigar de que forma os usuários do serviço, visualizam o SUS e se

exercem a participação popular e o controle social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo seccional, exploratório de cunho quantitativo, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Guanambi-BA localizado no interior do sudoeste baiano. A UBS foi escolhida por meio de sorteio e obteve-se o número amostral de 256 usuários através do programa BIOESTAT, considerando a população de usuários cadastrados na unidade. Critérios de elegibilidade: homens e mulheres com idade superior ou igual há 18 anos, que fossem cadastrados na unidade e que se mostraram dispostos a responder ao questionário, após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário, construído pelas autoras, com 13 questões estruturadas, composto por dois blocos, sendo que o primeiro apresenta uma abordagem sociodemográfica e o segundo possui questões sobre o SUS. A coleta iniciou-se no dia 16 de dezembro de 2014 e estendeu-se até o dia 05 de fevereiro de 2015. Nesse período, foram realizadas visitas na UBS, onde os usuários do serviço eram abordados, após a explicação da finalidade da pesquisa e assinatura do TCLE, os participantes responderam ao questionário sem interferência da pesquisadora. Após o período de coleta, foi realizada a análise quantitativa e tabulação dos dados por meio do programa Epi Info versão 7.1.5 de 2014. Esta pesquisa atende às determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o número de parecer: 810.143 e CAAE 32805714.5.0000.0057. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Ao se caracterizar a população estudada, observou-se um elevado número de mulheres 76,2% (n=195) que buscam o serviço de saúde, o que evidencia uma relação de gênero. Isto demonstra que as

mulheres são as principais usuárias da UBS. A maioria dos indivíduos recebe até 1 (um) salário mínimo 32,4% (n=83) e parte declarou não possuir renda 5,8% (n=15). Tais dados trazem um retrato da população atendida pela unidade, que em sua parcela é carente. Em contrapartida, uma grande fração dos avaliados possuem ensino médio completo e incompleto 40,6% (n=104), o que permite descrever que mesmo em situação de vulnerabilidade social, os mesmos possuem acesso à educação. Quando questionados quanto ao significado da sigla SUS cerca de 52,7% (n=135) acertaram o significado, enquanto que 47,3% (121) não souberam defini-la. Na tentativa de traçar um perfil sobre o uso dos serviços, observou-se que 89,1% (n=228) são usuários exclusivos dos serviços públicos. Quanto a satisfação em relação ao serviço de saúde, obteve-se a maioria de percepções negativas, sendo que 44,9% (n=115) escolheram a opção regular e 11,7% (n=30) classificaram como péssimo. Isso pode refletir o descontentamento do usuário com a prestação de alguns serviços. Foi questionado onde os participantes faziam suas reclamações sobre as problemáticas vividas na atenção à saúde e evidenciou-se que apenas 2,7% (n=07) relatam os problemas na ouvidoria do município em estudo. Este fato evidencia o desconhecimento da população sobre o local adequado poder usufruir seu direito de reclamar por melhoria na qualidade dos serviços. No tocante a participação popular evidenciou-se que 27,3% (n=70) acreditam que esta ocorre quando eles assistem palestras na UBS; 42,6% (n=109) disseram que ela acontece quando as pessoas conhecem os problemas e se envolvem com as questões da saúde e 30,1% (n=77) não sabem o que é a participação social. Observa-se que há uma carência de informações precisas sobre a temática. Foi abordado se o cidadão tem o direito de questionar os serviços. Quanto a resolução dos problemas visualizou-se que 78,9% (n=202) acreditam

no poder de questionamento do cidadão e 21,2% (n=54) afirmam que não possuem esse direito. Evidencia-se que alguns indivíduos não desconhecem seu papel social e os seus direitos, o que pode favorecer a resolução de alguns entraves no SUS. Quando questionados sobre quem deve exercer a fiscalização dos serviços através do Controle social, obteve-se o seguinte resultado: 45,3% (n=116) afirmaram que é papel do governo; 41,8% (n=107) disseram ser papel da população e 12,9% (n=33) não souberam responder. Isso reflete a necessidade de esclarecer ao cidadão os mecanismos que ele dispõe para contribuir na formação de políticas públicas de saúde. No que se refere ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) 4,7% (n=12) disseram que participam deste, enquanto 79,7% (n=204) não participam e 15,6% (40) não souberam afirmar. O CMS é a ferramenta ideal para fomentar a construção de políticas municipais de saúde que favoreçam a melhoria da saúde das pessoas e para tanto deve haver a participação popular em massa ou por meio de seus representantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com base nos dados obtidos é possível inferir que o conhecimento do controle social e da participação popular no SUS, pela população estudada ainda é reduzido, apesar da divulgação das reuniões do CMS da cidade em estudo, através dos meios de comunicação. Tal fato acaba por corroborar na carência de informações que a população recebe, e esta, reflete diretamente no desconhecimento que a grande maioria apresenta sobre onde ir buscar resoluções para os problemas que enfrentam no âmbito da saúde. Sugere-se que seja instituído um conselho local de saúde, e que sejam traçadas estratégias para que os usuários tenham participação ativa nesse processo. Há de se considerar, que esta pesquisa também possui algumas limitações que são inerentes ao estudo transversal e escassez de estudos desta natureza.

DIALOGICIDADE PARA ELABORAÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO DE CUIDADO PARA FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL: ORIENTAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

Simara de Sousa Elias, Ednéia Albino Cerchiari, João Baptista de Almeida

Palavras-chave: educação popular, famílias, transtorno mental

Apresentação: Em conformidade com o cenário da Reforma Psiquiátrica que impulsionou um processo de mudança da reformulação do modelo assistencial com a participação de profissionais, comunidade e familiares no cuidado em Saúde Mental, surge a necessidade de ações interventivas para uma melhor eficácia do papel da família no contexto do cuidado/tratamento, que agora também é realizado no domicílio, em consonância com os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico como os Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde e leitos em Hospital Geral. Para tanto é preciso que profissionais de saúde escutem e dialoguem com a família do paciente com Transtorno Mental no que diz respeito às dificuldades enfrentadas por estas famílias no acolhimento do paciente pós-alta hospitalar, momento em que a família possa relatar como se sente diante da responsabilidade de zelar pelo corpo sensível do outro e, ainda, expor suas expectativas em relação ao cuidado em saúde mental. A Educação em Saúde proporciona tal aproximação por meio da promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação das pessoas envolvidas. Ao trazeremos essa estratégia como metodologia de relacionamento e de abordagem interpessoal para o cotidiano do cuidado, entendemos que contribuimos para a construção do Sistema Único de Saúde e para o êxito da Reforma Psiquiátrica. Nessa

perspectiva, elaboramos um Guia Prático de Cuidados, que está sendo apresentado como resultado desse estudo, oriundo do significado da voz de membro da família e que serve de “modelo” para outras famílias que vivenciam a mesma experiência do cuidado diário em domicílio. Os objetivos propostos no estudo foram de conhecer a perspectiva da família em relação ao Transtorno Mental do ente familiar com internação no Hospital Universitário do interior do Mato Grosso do Sul, que subsidiou a elaboração de um Guia Prático de Cuidado para familiares de pacientes com transtorno mental: orientações e esclarecimentos; pensar a família como protagonista do cuidado em saúde mental; compreender a percepção da família em relação ao cuidado do paciente com Transtorno Mental e incentivar serviços de Saúde Mental a adotarem modelos e práticas que favoreçam a inclusão da família durante todas as fases do tratamento. Método do estudo: seguimos os três passos metodológicos do processo de Educação Popular: Investigação temática; Tematização e Problematização, no diálogo com as famílias dos pacientes portadores de Transtorno Mental. A investigação temática foi realizada por meio do diálogo, onde descobrimos em cada familiar o que já sabia em relação ao diagnóstico, tratamento e cuidado, partindo do que sabia, para conhecer melhor o que sabia e conhecer mais do que sabia. Na etapa da Tematização analisamos o diálogo, buscamos o significado das palavras e temas gerados, o qual nos mostrou que o homem só apreende o que é significativo para ele e na Problematização assumindo os problemas assinalados pelo grupo familiar, elaboramos o Guia Prático de Cuidados que de significado à voz de cada familiar e que sirva de “modelo” para outras famílias que vivenciam a mesmas experiências no cotidiano do cuidado, portanto, admitindo-se, metodologicamente, na perspectiva da Educação Popular freireana, a visão

solidária e libertadora do conhecimento. Foram definidos, como sujeitos da pesquisa, as famílias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter familiar internado na enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário com diagnóstico de Transtorno Mental no período de agosto a outubro de 2014; residirem no município que a pesquisa foi realizada; ter idade igual ou maior que 18 anos e já terem vivenciado o processo de internação de seus entes. O cenário de estudo foi a enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário. Uma questão disparou o diálogo, sendo ela: Qual(s) a(s) dificuldade(s) enfrentada(s) pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar? Após a transcrição e análise das entrevistas, adotamos nove categorias com enfoque em aspectos do cotidiano familiar e do cuidado, que contribuíram para a elaboração do Guia Prático, sendo elas: uso e administração da medicação; inserção do paciente na dinâmica da família; inserção da família na dinâmica do paciente; identificação do cuidador; entretenimento; repouso; espiritualidade; nutrição e afetividade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e pela Comissão de Ética em Pesquisa, Ensino e Extensão do Hospital Universitário. Resultados: Os relatos apresentados neste estudo apontam desafios vivenciados, principalmente, pelas pessoas responsáveis pelo cuidado do paciente com transtorno mental no espaço doméstico, no que diz respeito à compreensão do significado de Transtorno Mental; entendimento de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar (definição, origem, sintomatologia e tratamento); aspectos procedimentais (uso da medicação, convívio familiar, entretenimento, autocuidado, como agir frente a conflitos e tensões na família, acolhimento do paciente no domicílio do cuidado, inserção da família na vida do ente

adoecido, definição de cuidador e substituto, insônia, religiosidade, excesso ou falta de apetite, aquisição de Benefício Assistencial); falta de conhecimento sobre o tratamento (Centro de Atenção Psicossocial e sua relevância, situações em que a internação deve ocorrer, como internar, realização de visita pela família em ambiente hospitalar e Rede de Atenção Psicossocial em Dourados/MS). Considerações finais: Este estudo possibilitou conhecermos a perspectiva da família em relação ao Transtorno Mental do ente familiar hospitalizado. Pela fragilidade do entendimento sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico também evidenciados, vimos a necessidade dos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico cumprirem efetivamente seu papel, mediante a inclusão da família nesses espaços de cuidado oriundos da Reforma Psiquiátrica, dirigindo-lhes a atenção para escuta das suas dificuldades e dúvidas em relação ao acolhimento em domicílio do paciente com transtorno mental após o período de internação. Para esse fim, sugerimos a adoção da metodologia inspirada no paradigma da Educação Popular no campo dos cuidados em saúde como possibilidade de propiciar uma relação de troca de saberes entre os grupos familiares, na esfera popular, e os agentes de saúde, da comunidade científica, fato que ocorreu no presente estudo, subsidiando a elaboração do Guia Prático de Cuidado para familiares de pacientes com Transtorno Mental: orientações e esclarecimentos. Quando o transtorno mental é compreendido pela família e, conseqüentemente, a expectativa em relação ao paciente é reduzida, torna-se mais fácil, para os familiares, terem experiências exitosas em relação ao cuidado. Porém, não há como negar o impacto gerado na família em razão do adoecimento psíquico de um de seus membros; o estresse e o cansaço são perceptíveis. A partir do que foi discutido, acredita-se que, com a prática

de Educação em Saúde, a família se sente preparada para receber seu familiar em casa e segura quanto à disponibilidade do serviço em oferecer escuta e auxílio na resolução de problemas que venham a ocorrer.

ESTUDO DO CONSELHO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE ECONÔMICO INTEGRANTE DA RIDE-DF

Thayna Karoline Sousa Silva, Danylo Santos Silva Vilaça, Mariana Sodário Cruz

Palavras-chave: Políticas de Controle Social, Sistema Único de Saúde, Sistemas de Informação em Saúde

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O papel da comunidade no controle social da saúde vem sendo fortalecido no decorrer dos anos e é concretizado através dos Conselhos de Saúde. Esta instância trata da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Segundo a Resolução nº 453/2012, os conselhos são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde, que podem ser avaliados através de um sistema de informação. O SIACS – Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde foi desenvolvido com o propósito de acompanhar os conselhos de todo o Brasil. O objetivo do presente estudo foi buscar descrever a estrutura, composição e funcionamento dos conselhos de saúde integrantes da RIDE-DF (Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno), compará-los quanto às suas especificidades e realizar um estudo de caso em um município de médio porte que compõe esta região, a fim de melhor compreender os desafios e avanços da efetivação do Controle Social. **MÉTODO:** Estudo descritivo, de caráter transversal e qualiquantitativo. O universo do estudo foi composto por 19 Conselhos Municipais

Saúde componentes da RIDE-DF e o Conselho Distrital do Distrito Federal. A análise qualitativa deu-se através de observação participante, e através do estudo das atas do ano de 2013 e 2014 do Conselho Municipal de uma cidade de Médio Porte integrante da RIDE-DF. A observação consiste na atenta aplicação de sentidos a um objeto para dele adquirir sucinto conhecimento. O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS tem como uns dos objetivos dar visibilidade e transparência aos Conselhos de Saúde, existentes quase que em sua totalidade de municípios brasileiros, facilitar a comunicação e, conseqüentemente, gerar a troca de informações entre estes. O estudo consistiu no levantamento, sistematização e análise de dados secundários, disponíveis no SIACS, referentes aos seguintes aspectos: instalações físicas, composição dos conselhos, presença de regimento, instrumento de criação, frequência das reuniões, segmento, sexo e faixa etária dos presidentes, capacitação de conselheiros, adequação à Resolução nº 333/CNS (até o momento da efetivação do SIACS, a Resolução nº 453/CNS, hoje vigente, ainda não havia sido promulgada). O município de pequeno porte localizado no estado de Goiás possuiu uma população estimada de 182.526 em 2014. O município tem uma história recente: começou a crescer às margens de um lixão devido à exploração 2010. Os lotes eram baixo valor o que facilitava sua aquisição por parte da população. A cidade constituiu-se de forma desordenada, desta forma, a população cresceu descontroladamente. O local está a 285 quilômetros da capital do estado e é considerado entorno do Distrito Federal. O projeto foi apresentado ao Conselho de Saúde do município e devidamente aprovado pelos membros. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (médias, porcentagens e medianas) para os dados quantitativos, com a utilização do

software EPI INFO, versão 3.5. Para a análise de dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo. O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois não utiliza como métodos a realização de entrevistas ou procedimentos diretos com seres humanos. **RESULTADOS:** O SIACS permitiu a visualização do panorama estrutural dos Conselhos de Saúde da RIDE-DF. Observou-se que os ocupantes dos cargos de presidente e secretário, em sua maioria (63,2%) são do sexo masculino. Construiu-se macro categorias para delinear quais são as entidades de usuários que compuseram os Conselhos de Saúde da RIDE-DF, sendo as mais encontradas: sindicatos, associação de trabalhadores e entidades patronais, associação de moradores e entidades religiosas. No estudo de caso, observou-se que o presidente do Conselho foi do segmento usuário e apresentou em sua atuação um caráter propositivo. Quanto aos outros conselheiros, possuíam majoritariamente uma postura de concordância. A proposição é uma maneira de participação do cidadão no seu mundo. Soma-se à ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade e nos governos. Participar com ideias, avalia-las e apropriar-se delas, bem como buscar saídas individuais e coletivas. Quanto às observações participantes: a primeira durou em torno de 2 horas. As discussões eram subjetivas, algumas não eram discutidas em profundidade. Os pontos de pauta eram descritos de forma objetiva. Os assuntos deliberativos tais como a parceria público-privada não foram muito questionados, apenas descritos e aprovados. Houve divergência na entrega das atas. Os presentes, em poucos momentos questionavam os assuntos expostos pelo presidente, raras exceções exerciam o papel de representantes questionadores. Na segunda observação participante discutiu-se um ponto de pauta relacionado à reclamação de um usuário

sobre o atendimento que não o foi ofertado, logo alguns membros questionaram afirmando que conheciam o médico e sabiam que ele não faria isto, tomamos como base essa discussão para analisarmos premissas relativas à impessoalidade e escuta qualificada. Na análise das atas, constatou-se que apresentaram, em média, 4.5 parágrafos. As discussões abordavam aprovações de projetos, questões orçamentárias, normativas e processos de trabalho, além de denúncias feitas por usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde é um avanço para o Controle Social no Brasil. Esta ferramenta é extremamente importante para a análise de dados que podem ser instrumentos de avaliação do funcionamento dos Conselhos de Saúde, tanto dos municipais quanto dos estaduais e do distrital. É válido ressaltar que o SIACS é um mecanismo inovador que surgiu para fortalecer o Controle Social no Brasil, desta forma, deve ser constantemente avaliado e reestruturado. Alguns dados a serem preenchidos como, por exemplo, os eixos discutidos em reuniões dos Conselhos são generalizados, pode haver um viés na hora do preenchimento destes elementos ali expostos. Este estudo possibilitou a ampliação da compreensão sobre a construção do Controle Social e como ele é distinto em cada esfera populacional. Há muito que questionar na atuação do Controle Social dentro das regiões de Saúde, tomando como base a representatividade eleita para compor a mesa diretora destes órgãos. É preciso repensar no modelo de atuação do Conselho de Saúde do município de médio porte estudado, e buscar mecanismos que possam contribuir para uma abertura maior ao usuário, afim de que efetue seu papel de forma mais crítica dentro dessas instâncias de deliberação, principalmente quanto ao acesso aos dados públicos. Faz-se preponderante

também, analisar os perfis de atuação de usuários e trabalhadores, bem como suas especificidades, para superação do modelo de concordância encontrado.

EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO PRÁTICO SAÚDE DA COMUNIDADE I E O PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: PRÁTICAS CORPORAIS, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ACUIDADE VISUAL E SITUAÇÃO VACINAL

Bruna Costa Santos, Elton Hiroyuki Ytamura Moriya, Joaquim Dias da Mota Longo, Ana Rita Barbieri, Rafael Garanhani, Lucas de Castro Castelluccio

Palavras-chave: programa saúde na escola, atividade física, alimentação saudável, teste de snellen

APRESENTAÇÃO: O estágio de Saúde da Comunidade I tem como um dos seus objetivos aproximar o acadêmico da prática clínica e da população. Tendo em vista isso, um dos exercícios para esse fim é a melhora de um indicador de saúde, da Unidade Básica de Saúde, onde o acadêmico passa o vigente estágio. Dos indicadores a serem melhorados foi escolhido o indicador do Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que, a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento

de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre Saúde e Educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Esse ano a campanha do PSE teve como tema: As práticas corporais, a atividade física e a alimentação saudável e adequada. Seguindo esse tema solicitamos permissão ao pais para realizar atividades na Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira. Foram realizados medidas antropométricas, questionamentos sobre práticas corporais e hábitos alimentares, verificação do estado vacinal pelo sistema eletrônico da Secretaria de Saúde de Campo Grande e teste de acuidade visual (teste de Snellen) dos alunos de 2º e 3º ano do ensino médio. O total de alunos trabalhados foi de 212. RESULTADOS: Avaliação antropométrica: A maioria dos adolescentes avaliados (122) estava com o IMC dentro da faixa de normalidade (18,5 < IMC < 25), representando 57.54% da amostra. 18.86% dos jovens possuíam IMC > 25 e < 30, faixa essa considerada como sobrepeso. 10.84% foram considerados subnutridos (17 < IMC < 18,5). 4.71% foram considerados obesos grau I (30 < IMC < 35). 3.30% estavam na faixa de magreza moderada. 2.83% estavam da faixa de magreza grave. 1.41% possuíam IMC entre 35 e 40, exclusivamente, sendo considerados obesos grau II. Por fim, 0.47% da amostra foi considerada obesa grau III. IMC Número absoluto Percentual < 16 (magreza grave) 6 2.83% 16 a < 17 (magreza moderada) 7 3.30% 17 a < 18,5 (subnutrição) 23 10.84% 18,5 a < 25 (saudável) 122 57.54% 25 a < 30 (sobrepeso) 40 18.86% 30 a < 35 (obesidade grau I) 10 4.71% 35 a < 40 (obesidade grau II) 3 1.41% > 40 (obesidade grau III) 1 0.47% Tabela 1. Atividade Física: Dos 212 alunos, 84 responderam que praticam atividade

física regularmente e 125 responderam que são sedentários ou não praticam atividade física de modo regular. Em porcentagem, isso representa que apenas 39,62% dos alunos são ativos e 58,96% são sedentários. Se analisarmos esse dado juntamente com o IMC, o grupo que percentualmente tem mais indivíduos ativos fisicamente foi o de obesidade grau III, com 100%. Em seguida vem os com IMC mostrando obesidade grau I, com 60%. Os alunos com sobrepeso estão em terceiro lugar, com 57.5% de alunos ativos. Já o grupo que percentualmente menos pratica atividade física de modo regular é o com magreza moderada, com 14,28%, seguido dos com magreza grave, com 16,66% e por fim os com IMC na faixa considerada saudável, com 35,24%. Dentre os subnutridos, 47,82% praticam atividade física regular e dentre os obesos grau II, 33,33%. IMC Número absoluto Ativos fisicamente Sedentários Percentual de ativos < 16 (magreza grave) 6 1 5 16,66% 16 a < 17 (magreza moderada) 7 1 6 14,28% 17 a < 18,5 (subnutrição) 23 11 12 47,82% 18,5 a < 25 (saudável) 122 43 79 35,24% 25 a < 30 (sobrepeso) 40 23 17 57,50% 30 a < 35 (obesidade grau I) 10 6 4 60,00% 35 a < 40 (obesidade grau II) 3 1 2 33,33% > 40 (obesidade grau III) 1 1 0 100,00% Total: 212 87 125 39,62% Tabela 2. Acuidade Visual: Dos 212 alunos, 39 tiveram o teste de Snellen alterado. Destes, 31 foram encaminhados à consulta com oftalmologista. Os 8 restantes não foram encaminhados pois já tinham consulta oftalmológica agendada ou estavam aguardando a confecção de um novo óculos. Foram considerados com teste de Snellen normal 173 alunos. Teste de Snellen Número Encaminhados Alterado 39 31 Normal 173 0 Total: 212 31 Tabela 3. Verificação da Situação Vacinal: Apenas 29,71% dos alunos avaliados estavam com as vacinas em dia. 38,20% possuíam vacinas atrasadas e 32,07% dos alunos não tinham

registro de sua situação vacinal no sistema eletrônico da Secretaria de Saúde de Campo Grande. Hábitos Alimentares: Foi constatado que a maioria dos alunos não possui uma preferência alimentar em específico. Os demais, citaram principalmente carnes vermelhas e doces como os alimentos preferidos. Já entre os alimentos odiados, foram citados principalmente alimentos de origem vegetal (jiló, saladas e verduras em geral). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo não mostrou associação entre obesidade e estilo de vida sedentário. Essa é uma limitação dos estudos transversais, o que levanta a possibilidade da metodologia empregada para detectar as categorias de sobrepeso, medidas pelo IMC, ter apresentado um viés de aferição. O estudo indica participação dos fatores biológicos, comportamentais e culturais na determinação do sedentarismo. Ocorre a interferência dos meios de comunicação, principalmente os visuais, no dia a dia do adolescente, que não contribuem com a adesão a um comportamento físico ativo. O número de alunos com teste de acuidade visual alterado e estado vacinal irregular foi além do esperado pelos pesquisadores. Isso demonstra falha no acompanhamento desses alunos por parte da escola, pais e/ou responsáveis e da própria rede de atenção básica. Sendo necessário maior atenção por parte dos educadores, das equipes de saúde da família e dos gestores. O presente estudo pode ser facilmente aplicável em outros locais, devido ao seu baixo custo e metodologia simples. Assim, outros estudos podem fornecer dados sobre os adolescentes brasileiros de todo o País.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DO USUÁRIO

Carmem Tiéle Vale Garcia, Elisangela da Silva Almeida, Daiane de Aquino Silva,

Roberta de Vargas Zanini, Lana Carneiro Almeida

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, PCATool

A Atenção Primária à Saúde é considerada a mais eficaz estratégia para melhorar a situação de saúde populacional. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, criada em 1994, tem como objetivo a reorganização do modelo assistencial de saúde, passando a ser prioridade na reestruturação da Atenção Básica no país por sua capacidade de oferecer atenção integral individual e coletiva através de ações que promovam, mantenham e protejam a saúde da população. A Atenção Primária à Saúde vem sendo determinada operacionalmente por quatro indicadores essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além de outros três indicadores denominados derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural, que elevam seu poder de interação com a comunidade e com o indivíduo. O indicador integralidade é composto por outros dois componentes: serviços disponíveis e serviços prestados. Nas últimas duas décadas, a preocupação com a qualidade dos serviços vem determinando as discussões sobre o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde por se tratar de uma questão decisiva para gestores e por ser um processo gradual que abrange diversos aspectos. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço de saúde prestado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto ao indicador integralidade, em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, na percepção dos usuários. Esta pesquisa faz parte de um estudo transversal maior intitulado “Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário”. Foram incluídos indivíduos de 20 anos de idade ou mais, cadastrados nas

ESF do município, que utilizaram o serviço nos doze meses anteriores à entrevista, residentes na zona urbana. Indivíduos que apresentaram incapacidades que os impossibilitassem de responder ao questionário foram excluídos da pesquisa. Foi utilizado um questionário que incluiu questões sobre identificação, características sociodemográficas e de saúde dos usuários; o PCATool-Brasil Adulto versão reduzida; e questões do Critério de Classificação Econômica Brasil. A qualidade do serviço de saúde foi avaliada por meio de respostas em escala tipo Likert, a partir das quais foram construídos escores de APS com intervalos de 1-4. Para definição de significância estatística, utilizou-se o valor de $p < 0,05$. Como ponto de corte foi utilizado o valor de 6,66, que é o valor mínimo adotado no PCATool indicativo de qualidade. O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA, Parecer n.º 954.173. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista, ao final da qual, todos os participantes receberam um retorno com os 10 Passos para uma Alimentação Saudável. Em todas as etapas do estudo foi garantido o cumprimento das exigências que constam na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Entre os 370 participantes da primeira etapa do estudo, prevaleceram indivíduos do sexo feminino (80,0%), da faixa etária de 40 a 59 anos (41,8%) e, com escolaridade de 0 a 4 anos de estudo (40,2%). A maior parte dos entrevistados (50,8%) pertencia à classe C de classificação econômica e 67,0% referiram não ser beneficiários do Programa Bolsa-Família. Os resultados observados no perfil da amostra são semelhantes aos encontrados em outros estudos que analisaram o serviço de saúde 3-4, confirmando o fato de as mulheres utilizarem mais os serviços de saúde do

que os homens, e também ratifica a maior utilização pela faixa etária adulta, sugerindo que pessoas do sexo feminino e aqueles que ainda não chegaram à senilidade podem ter um maior zelo com relação à saúde. O percentual elevado de usuários com baixo índice de escolaridade e menor classificação econômica foi também evidenciado em outros estudos 5, 6, 7 que observaram a predominância desta população na utilização do serviço público de saúde. Nenhuma das variáveis independentes apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho, indicando que, na amostra estudada, a qualidade dos quesitos que compõem o atributo integralidade independem de sexo, idade, escolaridade, classe econômica e ser beneficiário ou não do Programa Bolsa-Família. No entanto, observou-se que nenhum dos escores resultantes das respostas dos participantes, nas categorias das variáveis independentes, alcançou o ponto de corte de 6,66. Ao apresentar valores médios de escore inferiores aquele considerando indicativo de qualidade, em todas as variáveis analisadas, fica evidente que o serviço apresenta falhas na disponibilidade e prestação de serviços, através de orientações e aconselhamentos preventivos e promotores da saúde, além de apontar para uma prática assistencial individualizada e não direcionada à família como um todo ou mesmo à comunidade que atende. Estudos conduzidos no Brasil utilizando o PCATool 8,9, também revelam esta tendência centrada na cura e reabilitação e não no caráter biopsicossocial que a ESF deve ter enquanto orientada à Atenção Primária à Saúde. Deste modo, o serviço pode ser considerado ineficaz como provedor de atenção integradora de cuidados na atenção à saúde dos usuários, visto que a reorientação da atenção primária deve requerer o reconhecimento da pessoa como um todo, seu modo de vida, situação social, econômica e familiar, considerando assim todos os fatores que levam ao adoecimento

da população e não só o fator biológico. Os resultados desta pesquisa evidenciam que o serviço atualmente prestado está ainda fortemente orientado ao processo curativo e não à prevenção dos agravos e manutenção da saúde, como preconiza a atual Política Nacional de Atenção Básica. Uma melhor organização e aperfeiçoamento são necessários para resolver as principais falhas observadas no serviço, através de ferramentas que possibilitem uma maior participação popular tanto no controle, quanto na gestão para que se alcance a tão almejada qualidade.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA COMO PRÁTICA DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

Márcia Cavalcante Vinhas Lucas, Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

Palavras-chave: intervenção comunitária, participação, inclusão

INTRODUÇÃO: O Projeto Fortalecimento de Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: conhecer e intervir, desenvolvido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, articula extensão, pesquisa e inovação social, e se constituiu em uma intervenção comunitária (IC) cujo objetivo é desenvolver metodologias para reduzir vulnerabilidades às DST/HIV/Aids em grupos sociais na comunidade de Mãe Luiza, Natal/RN. Em seu componente de pesquisa, desenvolveu o estudo Produção de práticas e saberes em uma intervenção comunitária para prevenção de DST/Aids entre adolescentes e jovens em uma comunidade popular. Este resumo refere-se a uma revisão bibliográfica sobre IC, que compôs parte do estudo visando responder à pergunta “O que é intervenção comunitária?”. Para melhor compreender seus sentidos,

definições, conceitos e aplicações a partir do levantamento da produção divulgada para delinear certo estado da arte sobre IC. **MATERIAIS E MÉTODO:** Trata-se de revisão bibliográfica realizada entre os meses de maio e julho de 2012, como parte do desenvolvimento do protocolo de pesquisa Cartografia de uma intervenção comunitária para prevenção das DST/HIV/Aids. A pesquisa bibliográfica envolveu a busca por documentos produzidos entre 1990 e 2012, a partir da expressão: “intervenção comunitária”: no portal da Biblioteca Virtual em saúde (BVS); no sistema de pesquisa do Google Acadêmico; nos sites virtuais de revistas científicas ou universidades; e no banco de dados de publicações periódicas da “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES”. Foram incluídas também algumas referências selecionadas anteriormente à pesquisa bibliográfica. Ao final da revisão 34 trabalhos foram selecionados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO I – Aproximações conceituais, princípios e perspectivas da IC** Gonzales (3) conceitua IC como interferência que pode afetar os interesses de outros, para o bem e para o mal, apontando que a intervenção é técnica e política, realiza-se em um contexto histórico e particular, tomando contornos de forças sociais específicas. De acordo com alguns autores (4-7), intervenções são iniciativas deliberadas para introduzir modificações em realidades sociais, o que significa alguma forma de legitimação concedida ao agente de intervenção. Segundo a perspectiva ecológica (3, 8, 9), a mudança em um dos componentes do ecossistema levaria a mudanças em outros componentes, em uma interação dinâmica e ao longo do tempo. Na perspectiva sistêmica (10-13), a IC permite que membros da comunidade desenvolvam seus próprios mecanismos de apoio, tornando dispensável a intervenção e determinando sua continuidade ou não. Em uma perspectiva

abrangente (14), a coordenação entre profissionais e comunidade aparece como solução viável para mudança social positiva, embora os contextos de intervenção não sejam uniformes, logo, os resultados podem ser diversificados, com efeitos desejados ou indesejados (15). O cuidado pode ser tomado como fundamento da IC (11), com reconhecimento e acolhimento do outro, respeito pelas suas fragilidades e valorização das suas potencialidades. Nessa perspectiva são princípios da IC a centralidade nos coletivos, na participação, nas relações igualitárias, no desenvolvimento humano, no trabalho desde a base, na integralidade, multidisciplinaridade e na promoção da integração social, com vistas a sua emancipação numa perspectiva construtivista (16-18). IC responde ainda aos princípios da Animação Cultural e Desenvolvimento Comunitário, promovendo pessoas no âmbito global do território, na perspectiva do multiculturalismo, entendido como acolhimento da diversidade de grupos culturais e superação de uma concepção elitista da cultura como consumo (19–21). II - Abordagens metodológicas de intervenção comunitária Para Correia (22), a IC é uma filosofia metodológica para implementação de “uma diversidade de metodologias interativas, experienciais, dinâmicas e que permite compartilhar para então aprender” (22 p. 4). No entanto, para González (3) a diversidade de concepções é um dos perigos que envolvem a eficácia da IC. Amâncio (23) aponta duas formas de intervenção: a convencional: tutorial, passiva onde a unidade de intervenção é a comunidade não diferenciada; e a participativa: educacional, ativa e através da identificação de grupos com interesses comuns, tal como o Modelo de Preparação Comunitária, que permite prever a efetividade e o êxito das intervenções tendo como foco o contexto comunitário, mapeando a organização de grupos, liderança e clima comunitário

(14, 24). Sanchez (6) e Peres e Freitas (16) apresentam propostas metodológicas para IC composta de fases integradas que vão desde diagnóstico participativo, avaliação das características e necessidades da comunidade; desenho e planejamento da intervenção; avaliação inicial e final; execução e implementação; e disseminação dos resultados; numa perspectiva integral, dinâmica e inter-relacionada. Essas metodologias são bastante semelhantes à da Animação Comunitária (22), que usa o território como espaço educativo. A comunicação é destacada (25) como ferramenta importante para apoiar os processos de mudança social através da educação e formação de comunidade. Em uma experiência chilena com homens homossexuais (26), a mobilização comunitária teve como norte a promoção e o exercício dos direitos dos cidadãos, visando a autonomia para gerenciar e reduzir o risco individual ao HIV. Matos (4) apresenta alguns tipos de IC: o científico-técnico-funcionalista que privilegia a competência técnica dos agentes e soluções universalmente aplicáveis; o assistencial-prestacionista, onde instituições tornam público o seu envolvimento com a causa social, reforçando sua imprescindibilidade social e seu poder; e a intervenção cidadã, que articula ação e reflexão, respostas de ordem prática, política, ética e cultural, onde sujeitos são portadores de direitos (4). III - Experiências no campo da saúde: Grande parte dos trabalhos são da área da Psicologia e toma como base os marcos da Psicologia Comunitária (3, 6, 7, 15, 28), com objetivo de tornar os serviços ou organizações mais eficazes e menos produtores de estigmas, destacando tipo de abordagem realizada pelos profissionais, suas expectativas, vivência do tempo e que linguagem utilizadas influem na dinâmica e nos resultados da intervenção (11). Alguns trabalhos tomam a Atenção Primária

em Saúde como locus privilegiado para realização de IC (29 e 30), e há um estudo de caso de intervenção junto à juventude (31) que demonstra como uma IC em pequena escala sobre determinantes sociais compartilhados funciona na prática. Alguns dos trabalhos utilizados nesta revisão (18, 26, 32, 33, 34, 35 e 36) foram desenvolvidos tendo como tema central as DST/HIV/Aids e abordam prevenção, redução de vulnerabilidades e garantia de direitos, envolvendo populações de risco acrescido como profissionais do sexo e usuários de drogas. Um dos estudos (33) aponta o fato que, embora as vulnerabilidades permaneçam, a prevenção pode tornar-se parte da cultura local. A sobrecarga dos profissionais de saúde é apresentada como limite importante para sustentabilidade da IC (35). Conclusões e perspectivas: A leitura e análise dos artigos selecionados mostraram uma diversidade de abordagens e modelos de intervenção comunitária. Consideramos importante a necessidade de estabelecer um diálogo aberto e produtivo entre as diferentes perspectivas metodológicas, a fim de delimitar as potencialidades e limitações de cada proposta de intervenção diante de distintos contextos - territoriais, culturais, políticos e econômicos - em cada comunidade. Espera-se que essa revisão possa contribuir na compreensão da IC como prática teórica, que utiliza ações e estratégias de produção do cuidado em saúde que envolvem os sujeitos integrantes da comunidade e externos a ela, estabelecendo-se como uma ferramenta potencial nos modos de produção de saúde.

O CONTROLE SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: CONTROLE DA SOCIEDADE OU PELA SOCIEDADE?

Michele Rocha A.Kadri

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde, Aids, Participação comunitária, Organizações não-governamentais

Apresentação: A Sociologia utiliza o conceito de Controle Social no sentido coercitivo para descrever uma forma de poder do empresariado ou do Estado sobre as massas. Em significado precisamente oposto, a Constituição Brasileira de 1988 utiliza o mesmo termo com sentido democrático de assegurar a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Tal entendimento estendeu-se também no campo da saúde, instituindo-se o Controle Social como um dos pilares do SUS (Brasil, 1990). O exercício dessa participação se dá na formulação, fiscalização e também na implementação de recursos da saúde (financeiro, humano, equipamentos) de forma que eles atendam aos interesses da coletividade. O estudo pretendeu analisar esses três componentes do controle social na política de saúde do Amazonas. Para isso, tomamos como unidade de análise a Política de controle de HIV/Aids ao longo da história da epidemia no Estado, desde o primeiro caso em 1986 até 2012, momento de importante mudança nas diretrizes nacionais do Programa. Analisando os dados epidemiológicos da doença no Amazonas, verificou-se que diferentemente do que ocorre no nível nacional, a epidemia no estado não está controlada/ estabilizada. Para citar apenas alguns dados no momento da pesquisa, o Amazonas apresentava a 3^a maior incidência (30,9% por 100.000 hab) do país – levantando a suspeita de falha na prevenção; era ainda o 4^o estado em coeficiente de mortalidade (8,0% por 100.000 hab) – podendo ser indício de falha na cobertura do tratamento e; ocupava a 3^a posição no ranking nacional com taxa de 8,1% (por 100.000 hab) de incidência em menores de cinco 5 anos – resultado

de falha na prevenção vertical (Brasil, 2012a). Essa situação parece indicar que as estratégias que vem sendo adotadas pelas autoridades de saúde locais não estão respondendo eficientemente no controle da epidemia. Neste sentido a mobilização social encabeçada por grupos populacionais mais vulneráveis à epidemia (LGBT, trabalhadores do sexo, HSH, usuários drogas injetáveis, PVHA, etc.) seriam importantes atores operando na cobrança do poder público para uma resposta mais assertiva do problema, como aconteceu em outros lugares do país, principalmente no início da epidemia. Método: Considerando que o Conselho de Saúde é a instância máxima de deliberação das decisões de saúde no estado e espaço assegurado para exercício pleno da democracia, utilizamos a análise documental das atas da reunião do CES entre 1993 e 2012, com objetivo de analisar a qualidade da discussão sobre o tema e, portanto, nível de atenção com que a epidemia vinha sendo tratada no estado. Outra estratégia foi realização de entrevistas com ativistas das Organizações da Sociedade Civil – OSC – lideranças sociais de movimentos contra Aids para compreender como eles percebiam o controle social de suas instituições na construção do Programa Estadual DST/Aids. A análise deteve-se exclusivamente na reflexão de que as lideranças das OSC fazem de suas contribuições institucionais e coletivas ao longo da história da epidemia no Estado, sem utilização de qualquer outro método de mensuração e avaliação de processo ou impacto de resultados. Resultados: A partir da análise das atas de reunião do CES constatou-se que: 1) A Aids raramente foi colocada como um problema relevante, mesmo apresentando uma incidência crescente a questão não era apresentada/discutida consistentemente neste fórum; 2) Fraca participação das OSC neste colegiado, diferentemente de outras organizações

que sempre traziam suas demandas para discussão, conseguindo ganhos importantes na melhoria da resposta governamental (ex. movimento dos hansenianos, doentes renais, deficientes físicos...); 3) Falta de priorização política sobre o tema, como já apontado por Benzaken et al. (1998). A partir das entrevistas com os líderes das OSC identificou-se 3 momentos da mobilização social: 1986 a 2002 – organização dos primeiros grupos, marcado por dificuldades financeiras e forte preconceito social, embora entendido também como intensa mobilização coletiva para garantir acesso ao tratamento; 2003 a 2005 – início do financiamento de projetos das OSC pelo poder público, com estabelecimento da Política de Incentivo, na qual as coordenações estaduais e municipais receberiam recursos Fundo a Fundo mas também deveriam assegurar uma contrapartida. Para isso deveriam elaborar seus Planos Anuais de Ações e Metas – PAM com a participação da sociedade civil e aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 2012b). Em um primeiro momento, a possibilidade de financiamento contribuiu para fortalecimento organizacional dessas instituições que passaram tanto a intensificar a luta pelos seus direitos (fiscalização) quanto a realizar ações principalmente de prevenção junto do seu público alvo (implementação). Momento de parceria. 2006 em diante – com a possibilidade de financiamento, houve um aumento de OSC legalizadas, o que acabou gerando disputas internas entre as lideranças, que passaram a concorrer pelos mesmos fundos. Algumas delas acabaram por abandonar suas missões institucionais para responder a editais do governo. Essa condição de “PAM-dependência” funcionou como “cala a boca”, nas palavras das próprias lideranças, para a sociedade civil, enfraquecendo o controle social. Desde então, a mobilização social foi marcada pela despolitização do

discurso, fragmentação das ações e perda de identidade do movimento social de luta contra Aids no Amazonas (Kadri & Schweickardt, 2015). A respeito do controle social, embora as OSC tenham um discurso afiado sobre o tema, não lhes parece sensível os mecanismos políticos para seu exercício. O Programa de Aids no Amazonas pareceu girar em torno da Coordenação Estadual, sendo que grande parte das ações inclusive do movimento social eram ditadas pelas orientações de editais de financiamento. Considerações: A experiência do Programa de Aids no Amazonas, demonstra claramente como uma política de saúde pode ser um potente instrumento indutor da resposta social. Por um lado, pode contribuir para estruturação organizacional dos movimentos sociais, que são importantes mediadores entre as ações de saúde e o público-alvo dessas ações, estabelecendo uma parceria com poder público (controle pela sociedade). No entanto ao definir as diretrizes dos editais, o poder público orientou para onde as iniciativas sociais deveriam seguir, de acordo com agenda do governo, não necessariamente convergente com agenda dos grupos vulneráveis, o que acirra disputas internas e fragiliza politicamente o movimento social (controle da sociedade). A partir de 2013, em parte como resultado do reconhecimento dessas distorções, o Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde sinalizou mudanças na forma de financiamento/ parceria com as OSC. No nível local, as Organizações mostraram-se apreensivas com tal possibilidade, confirmando que a continuidade de suas ações (e até de existência) eram orientadas pela possibilidade ou não de financiamento público. A pesquisa apresenta dois desdobramentos possíveis: prosseguir acompanhando os resultados dessa mudança na história das OSC e; mensurar com instrumentos próprios para monitoria

de ações e avaliação de efetividade do trabalho que vem sendo realizado tanto pelo governo quanto pelas Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento da AIDS no Amazonas. Ações públicas são potentes catalisadores para impulsionar o controle social nas políticas de saúde, todavia é necessário considerar possível viés dessas ações, especialmente se essa indução for feita a partir de incentivos financeiros.

PANORAMA DO CONTROLE SOCIAL NA RIDE-DF: O CASO DA CEILÂNDIA

Danylo Santos Silva Vilaça, Mariana Sodário Cruz, Thayna Karoline Sousa Silva

Palavras-chave: Controle Social, Participação Social, Região de Saúde,

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: Controle Social em Saúde é tido como uma ferramenta de gestão do SUS que institucionaliza a participação social em saúde, regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. Nesse contexto, é compreendida como a sociedade intervindo nas ações do Estado. Atualmente, as Conferências e os Conselhos de Saúde configuram-se como a maneira de legitimar o Controle Social, sendo que a este último cabe o caráter deliberativo e permanente. O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS aponta que Conselhos de Saúde existem quase que na totalidade de Municípios Brasileiros. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE-DF possui ao todo 23 Municípios e, por conseguinte, 23 Conselhos de Saúde. O objetivo do estudo foi descrever a composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde integrantes da RIDE-DF e realizar o estudo de caso do Conselho de Saúde da Região Administrativa mais populosa do DF, a saber: Ceilândia. **MÉTODO DO ESTUDO:** Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter

qualiquantitativo. O estudo ramificou-se em duas etapas, sendo que a primeira consistiu-se no levantamento, sistematização e análise de dados secundários, disponíveis no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva. A segunda etapa, deu-se através da análise qualitativa que apoiou-se na observação participante e das análises das atas do ano de 2014 do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia – CRSC a partir da análise de conteúdo, especificamente a análise temática. A coleta dos dados qualiquantitativos deu-se no período entre novembro de 2014 a abril de 2015. O estudo dispensou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não utilizou seres humanos, somente dados consolidados do SIACS e de documentos do CRSC. **RESULTADOS:** Observou-se que: as reuniões ordinárias dos Conselhos da RIDE-DF ocorrem 94,7% mensalmente, os outros 5,3% correspondem aos encontros quinzenais. No que se refere à estrutura física, o estudo aponta que 57,9% dos conselhos possuem sede própria e o dado repete-se quando se refere à capacitação de conselheiros. Embora no SIACS houvesse o questionamento de adequação frente à Resolução nº 333/CNS, tinha-se como referência para este estudo, a normativa mais atualizada, a saber: Resolução nº 453/CNS. O SIACS ramifica o cadastro em sua plataforma em cinco grandes blocos e dentre eles, o bloco “Presidente e Secretário”. Nesse sentido, tem-se que, 31,8% dos Conselhos de Saúde possuem presidentes do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino corresponde a 15,8% e 52,6% não informaram. Outro dado relevante é o de que apenas 5,3% dos usuários ocupam o cargo de presidente. Observou-se que 100% dos Conselhos da RIDE-DF atendem a paridade representativa elencada na Resolução 453/2012 do CNS. A

análise quantitativa revelou ainda que o segmento usuário ocupou apenas 5,3% do cargo de presidente dos conselhos, enquanto que o segmento gestor e trabalhador ocuparam 21,1% e 52,6% não responderam. A partir das definições elencadas na referida resolução e também elaboração própria do grupo de pesquisa, criou-se 13 categorias para a descrição da representatividade de usuários, a saber: Entidades Congregadas de Sindicatos, Associação de Trabalhadores e Entidades Patronais (23%), Associação de Moradores (18%), Entidades Religiosas (15,6%), Movimentos Sociais e Populares Organizados (11,5%), Associação de Portadores de Necessidades Especiais e de Patologias (7,4%), Entidades Comerciais (5,7%), Organizações de Assistência Social e de Defesa dos Direitos Sociais (4,1%), Entidades de Aposentados, Idosos e Pensionistas (3,3%), Entidades de Defesa do Consumidor (3,3%), Organizações Não Governamentais – ONG (2,5%), Associação Recreativa e de Lazer (2,5%), Meios de Comunicação (1,6%), Comunidade Científica e Instituições Educacionais (1,6%). No que se refere ao estudo de caso, analisou-se sete atas com média de cinco páginas do CRSC do ano de 2014. Estabeleceu-se cinco núcleos temáticos formados a partir dos assuntos mais debatidos nesse período, em ordem de registro, constituindo: Ampliação e Qualidade de Serviços de Saúde, Mobilização Social, Fortalecimento do Controle Social, Absenteísmo, Elaboração Documental. No que tange aos perfis de participação, ao analisar os documentos que registram as reuniões ordinárias e extraordinárias, utilizou-se dos termos verbais descritos em ata para caracterizar os perfis de participação dos conselheiros de saúde do referido conselho, sendo eles: explicou, para formar o perfil explicativo; concordou, para representar o perfil de concordância e sugeriu para simular o perfil sugestivo.

Utilizando-se de estatística descritiva, resulta-se que o segmento usuário, que representa 50% da composição do CRSC, teve porcentagem de participação de 71,43% nas reuniões aqui analisadas, enquanto que no segmento dos trabalhadores da saúde e dos gestores estiveram presentes 67,83% e 78,57%, respectivamente. No total, a média de participação nas reuniões dos três segmentos foi de 73,21%, demonstrando o caráter permanente dessa instância e fazendo valer o preconizado nas normativas que o regem. Após a análise das atas, registra-se ainda que, dentre as duas reuniões que não ocorreram por falta de quórum, o segmento trabalhador quando não esteve com participação zerada, matinha o menor número de membros presentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que é preciso instrumentalizar a representação dos usuários, objetivando efetivar a sua capacidade de liderança nestas instâncias e prepara-los para o debate que deve ocorrer de maneira horizontal com os demais segmentos do conselho. Analisou-se 19 dos 23 municípios da RIDE-DF. A RIDE-DF é uma região para efeitos de articulação entre os Estados de Minas Gerais, Goiás mais o Distrito Federal, destaca-se que os municípios do Estado de Minas Gerais integrante desta (Buritis e Unaí) até o momento da coleta e análise não possuíam cadastro efetivado no SIACS. Ressalta-se que, o Conselho Nacional de Saúde, em ano de Conferência Nacional de Saúde, propõe através de resolução normativa que a atualização dos dados junto ao SIACS seja feita por cada Conselho Municipal/Regional de Saúde, até o mês de abril. Objetivando contar com o máximo de dados possíveis para análise, até o referido mês do ano de 2015, o grupo de pesquisa atentou-se a essa orientação do Conselho Nacional de Saúde e manteve banco de dados em aberto até que esse prazo fosse

cumprido, contudo, alguns Conselhos de Saúde permaneceram sem cadastro efetivados e dentre eles, os dois únicos Conselhos de Saúde de municípios do Estado de Minas Gerais. Este estudo demonstra que o segmento trabalhador da saúde da RIDE-DF que mais ocupa assento nos Conselhos de Saúde são os Agentes Comunitários da Saúde. Dos 19 municípios analisados, 15 possuem médio-elevado porte econômico, fazendo-se desconstruir o imaginário de que os municípios que entornam o Distrito Federal são dependentes economicamente deste. O SIACS demonstrou-se aliado importante para a primeira etapa do estudo, fornecendo dados concretos para análise. Contudo, existem algumas considerações a serem pontuadas sobre esse sistema de informação na tentativa de aprimorá-lo, a saber: O SIACS ainda questiona a adequação à Resolução nº 333/CNS visto que existe uma resolução atualizada, sendo ela, a Resolução nº 453/CNS, sugere-se que o sistema acompanhe essa atualização normativa. No que se refere ao CRSC, observa-se uma frequente necessidade de democratizar a participação dos usuários do SUS nas reuniões ordinárias, como também nos demais espaços de Controle Social em Saúde da região, fazendo surgir, através da análise de conteúdo, duas categorias proximais, sendo elas a Mobilização Social e o Fortalecimento do Controle Social. Nota-se, ainda, uma preocupação ainda mais emergente no que se refere à oferta e acesso a serviços de saúde da região, demandas trazidas por ambos segmentos representativos do CRSC.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL: UMA ANÁLISE DOS EIXOS DA 12^o, 13^o, 14^o CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, DOCUMENTO ORIENTADOR E DIÁRIO OFICIAL DA 15^o

Daniela Lacerda Santos, Clarice Soares Soares, Eliane da Cruz, Isabel Prado, Jaina B Bastos

Palavras-chave: Controlesocial, Conferências de Saúde, Participação da Comunidade

APRESENTAÇÃO: A Constituição Federal de 1988 ao estabelecer o Sistema Único de Saúde com suas diretrizes e princípios, definiu a Participação da Comunidade como um destes princípios, fundamentando assim o processo de democratização vivido pelo país e também visando uma maior participação e controle social no regimento do acesso aos serviços de saúde. Em 1990, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 definiram as Conferências e Conselhos de Saúde como espaços deliberativos e cenários institucionalizados, onde a participação e o controle social pudessem ser exercidos em sua totalidade. **METODOLOGIA:** As conferências são realizadas a cada quatro anos, com representações de vários componentes da sociedade que avaliam a situação de saúde e recomendam políticas específicas. Este trabalho propôs, através de uma análise documental, pesquisar o eixo temático da Participação da Comunidade e Controle Social nos relatórios das três últimas Conferências Nacionais de Saúde (12^o, 13^o, 14^o CNS) e o Diário Oficial (DO) da 15^o. A análise realizada atentou em observar as principais questões acerca da participação e controle social, como elas perpassaram pelas três conferências, se dialogaram entre si, e quais políticas ou estratégias em saúde que poderiam ser cotejadas, nos períodos contemporâneos às conferências, com os propósitos estabelecidos nestes relatórios. **RESULTADOS:** No primeiro relatório analisado, da 12^o CNS o tema sobre participação aparece no eixo VI, sob o título de Controle Social e Gestão Participativa e possui alguns tópicos relevantes como: o fortalecimento dos conselhos de saúde;

a educação popular em saúde com capacitação de lideranças locais com relação aos direitos de cidadania, como orientação sexual, raça e etnia; o estabelecimento de que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências deliberativas dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo o controle social; a proposta da criação de uma Secretaria Nacional do Índio, sendo que em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESI/2010); a definição e implementação de uma Política Nacional de Ouvidorias do SUS, que posteriormente foi corroborada com Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa SUS/ 2007) e a ampliação do debate interinstitucional sobre o SUS, munido em 2006 com o Pacto pela Saúde. Já no relatório da 13^o CNS, a participação apresenta-se no eixo temático III, com o título de Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano, com os principais tópicos abordados como: a divulgação da Carta de Direito dos Usuários da Saúde, do Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha; o apoio e incentivo a participação social no movimento de reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial; o estabelecimento de mecanismos de supervisão e controle de agrotóxicos pelos Conselhos de Saúde, Meio Ambiente, Segurança Alimentar e Nutricional. A investigação do relatório da 13^o permitiu observar e antecipar a análise de que o eixo temático referente à participação da comunidade e controle social não dialogou com os demais eixos dos relatórios da 12^o e 14^o CNS, assim como os tópicos constituintes do DO da 15^o CNS. O relatório da última conferência analisada, a 14^o CNS, nomeia os eixos temáticos de diretrizes e o tema estudado neste trabalho, está expresso na Diretriz 2, com o título de Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático e de Governo no

SUS, trazendo como itens consideráveis: a implementação de Conselhos Regionais e o fortalecimento Conselhos Estaduais de Saúde, legitimando os Conselhos de Saúde como espaços estratégicos de gestão participativa, reforçando a necessidade de fortalecer o seu papel como espaço de controle social; o fortalecimento da gestão participativa nas três esferas de governo, retomando a proposta da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa/Participa SUS, que havia sido enfatizada no relatório da 12^o CNS; a implementação da saúde, tanto com a capacitação dos líderes de movimentos sociais como dos conselheiros de saúde, proposta que também dialoga com o relatório da 12^o CNS; o reforço e ampliação das Ouvidorias do SUS também perpassam entre os relatórios da 12^o e 14^o CNS. Esta conferência, que foi realizada no mesmo ano que o Decreto nº 7508/11 foi promulgado - com o objetivo de regulamentar a Lei 8.080/90 - versa em seu relatório a importância do cumprimento das recomendações do decreto referentes à atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde e entes federados na organização da rede de saúde. E também quanto à organização da rede de saúde, este relatório aborda a necessidade de que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite garantam o cumprimento das propostas nas conferências municipais, estaduais e nacional e que estas comissões não substituam os papéis que devem ser desempenhados pelas conferências, tal como esclarecido no relatório da 12^o CNS. Por fim, a análise do DO da 15^o CNS descortina itens que ainda repercutem a necessidade de fortalecer estes espaços como cenários de participação deliberativa e democrática, ampliando a representação, organização e formato das deliberações para aprovar prioridades para os próximos quatro anos; relata a ocorrência do total de 5.597 conferências previamente realizadas,

o que representa um resgate destes espaços de gestão; aponta desafios como o ambiente político-social, sendo risco aos pilares do Estado de Direito e risco para os avanços políticos e sociais já conquistados, retoma o debate do fortalecimento de políticas específicas de minorias, já abordados no relatório da 12^o CNS e solicita propostas para garantir a efetividade das resoluções das conferências; aumentar o respeito ao seu caráter deliberativo e aumentar suas representações; sendo que estas lacunas ainda persistem e dificultam a moção de maior controle social e participação da comunidade na consolidação do SUS.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: UM ESTUDO DA COMISSÃO VER-SUS LAGARTO-SE

Tássio Cunha Paes da Costa, Maíra Barreto dos Reis, Sabrina Weiny da Silva, Damares de Jesus Almeida, Kalil Luno Cardoso Silva, Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: Participação popular, Controle Social, Ver-SUS

Tássio Cunha Paes da Costa(1); Maíra Barreto dos Reis(2); Sabrina Weiny da Silva(3); Damares de Jesus Almeida(4); Kalil Luno Cardoso Silva(5); Rogério Andrade dos Santos(6) 1Acadêmico do curso de terapia ocupacional – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: tassio.cunha@hotmail.com; 2 Acadêmica do curso de enfermagem – Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto – E-mail: may-b@hotmail.com; 3 Acadêmica do curso de Medicina – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: sweiny@yahoo.com.br; 4 Acadêmica do Curso de Nutrição – Universidade Federal de Sergipe, Campus São Cristóvão – E-mail: Damaresalmeida94@hotmail.com; 5 Acadêmico do Curso de Nutrição – Universidade Federal de Sergipe,

Campus Lagarto – E-mail: kalil_musical@hotmail.com; 6 Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: Agape900@hotmail.com APRESENTAÇÃO: O objetivo deste projeto de pesquisa é confrontarmos a teoria e a prática no que se diz a participação popular e o controle social, para isso, utilizamos como base de pesquisa inicial o caderno de textos do Ver-SUS (1^a Edição, 2013). Desenvolvimento do trabalho: Este projeto de pesquisa tem uma iniciativa de ex: “versusianos” que se reuniram inicialmente em uma roda de conversa para compartilhar suas respectivas vivências e as experiências obtidas no Encontro Regional da Rede Unida, Nordeste II, a partir de então surge o desejo comum de construção de um Ver-SUS. Para prosseguir o andamento da construção ficou decidido que em cada reunião ia-se ler, estudar e compartilhar as ideias advindas do caderno de textos do Ver-SUS (1^a Edição, 2013). Durante a construção, vislumbramos a possibilidade de “colocar no papel” aquilo que lá era debatido e compartilhamos com todas as ideias que surgiam. Começo-se então a elaborar o projeto de pesquisa, dividimos em forma de tripé os pontos-chaves a serem estudados, que foram: Gestão, Participação Popular e Controle Social e Ensino em Saúde. Aqui então será apresentado a participação popular e o controle social como ponto principal a ser discutido. Ambos são termos que não conseguem ser bem entendidos na teoria e que em sua prática é gerado um “desencontro” prejudicial à sociedade. Essa dificuldade muitas das vezes é o reflexo de um processo que foi iniciado em um curto período de tempo (Comparando com outros países), ao falar nisso, remetemos ao ano em que foi criada uma nova constituição no Brasil (1990) e com ela, veio a regulamentação e consolidação das Leis orgânicas da saúde de nº 8080/90 e nº 8.142/90 que estabelecem diretrizes (universalidade, integralidade,

equidade, descentralização e participação popular) e normas que conduzem ao novo sistema de saúde direcionando a sua organicidade e critérios de repasse para os estados e municípios, disciplinando o controle social. A participação popular tem grande atuação e o poder no processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução em todos os níveis de governo, ela vem a ocorrer através das conferências de saúde, dos conselhos de saúde e dos conselhos de gestores das unidades. Vale frisar que, no período “pré-criação” do SUS, o país passava por um longo regime ditatorial em que todo poder e tudo que fosse feito emanava de um único centro. Sendo assim, tínhamos uma população “submissa” ao estado e com o real enfraquecimento de tal regime e o fortalecimento do povo foram necessárias então mudanças e melhorias, que foram colocadas pela própria população. No contexto da saúde vemos que as leis que regem o sistema é fruto de luta do povo a partir de debates, reuniões e de espaços de diálogo, onde, tomamos como referência a V Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em cinco de agosto de 1975 em Brasília. Com a regulamentação de tais leis o Brasil muda completamente o seu “jeito” de fazer e falar sobre saúde, agora com o SUS temos um conceito de coletividade, sendo necessário um novo olhar sobre as ações, serviços e práticas e essa nova forma de observar a saúde passa diretamente e fundamentalmente pela participação social. Porém, ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade. Culminando então numa confusão teórico-prática do que é a participação popular e o controle social. Para “combater” tais atitudes foi criado o Pacto pela Saúde, que representa mudanças significativas para a execução do SUS. Tem

como objetivos a tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, assim como a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde e a qualificação da gestão, além de todo reconhecimento da autonomia dos entes federados. Assim como os objetivos, o pacto tem desafios, estes que são: Promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população. Além dos desafios se tem princípios; respeito às diferenças locais; a diversidade como constitutiva do processo de pactuação e não exceção para modelos pré-definidos; reforço da organização das regiões de saúde; qualificação do acesso da população à atenção integral à saúde; redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação; instituição de mecanismos de gestão e planejamento regional, com base nas necessidades de saúde da população; fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social; valorização da macrofunção de cooperação técnica entre os gestores; proposição de um financiamento tripartite; com estimulação de critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. O pacto possui 3 dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão. O Pacto em defesa do SUS funciona com o intuito de discutir nos conselhos municipal e estadual as estratégias para implantação das ações respectivas no estado, além de qualificar e assegurar o SUS como política pública, também com garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema, além da aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas, repolitização da Saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, promoção da Cidadania como

estratégia de mobilização social, divulgação da Carta de Direitos dos Usuários do SUS. RESULTADO: É perceptível que diariamente o SUS recebe investidas que buscam ao máximo derrubar tal sistema, sabendo disto utilizam-se do povo, que é a razão deste existir para tentar acabar com o tal e promover um modelo privatizado. A partir do momento que eu retiro a sociedade tanto da construção quando da regulamentação são geradas brechas em que os que são contrários ao SUS se infiltram buscando um enfraquecimento e póstuma derrubada do sistema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento deste projeto de pesquisa permite fazer um comparativo e uma reflexão sobre a teoria em relação a prática, quando falamos em participação popular e controle social e as forças pró-SUS e anti-SUS, podendo então buscar soluções de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: OS AVANÇOS NA POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE

Binô Maurá Zwetsch

Palavras-chave: população em situação de rua, instituições participativas, políticas públicas, participação social, controle social, saúde da população em situação de rua

Este trabalho apresenta a sistematização dos resultados de levantamentos realizados entre 2013 e 2014 com representantes de comitês municipais e estaduais de acompanhamento e monitoramento das políticas para população em situação de rua no Brasil. Os levantamentos foram desenvolvidos por meio da aplicação de questionários junto a um representante do poder público e um da sociedade civil de cada comitê, a partir de trabalho realizado pelos autores junto à Secretaria de Direitos

Humanos da Presidência da República. Com base na análise desse material, apresentamos uma reflexão sobre as dinâmicas de funcionamento, dificuldades e conquistas registradas pelos referidos comitês, abordagem que se insere no âmbito da discussão teórico-metodológica acerca da efetividade de instituições participativas, de modo amplo, e no controle social das políticas públicas como da política pública da saúde, em específico. Com a assinatura do Decreto Presidencial nº 7.053/09, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua e instituído seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua). Essa iniciativa impulsionou a criação de comitês locais, chamados Comitês Pop Pua, que vêm se consolidando em municípios e estados e que incorporam a participação da sociedade civil. Até dezembro de 2014, havia 24 comitês legalmente criados, mas nem todos efetivamente implantados. O levantamento apontou que o desenho institucional, o estágio das discussões e as dinâmicas de participação são muito diversos. No tocante à avaliação da efetividade dos comitês, discutimos sobre as potencialidades, problemas e limitações intrínsecos às dinâmicas internas do processo participativo (fatores endógenos) e sobre aspectos relacionados à estrutura da administração pública e às convicções políticas dos gestores (fatores exógenos). Como ponto forte das discussões do CIAMP-Rua destacamos as demandas relacionadas à política pública da saúde que resultaram no fortalecimento do Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua (Portaria MS/GM nº 3305, de 24 de dezembro de 2004), na elaboração de seu Plano Operativo, na implantação dos Consultórios na Rua (Portaria MS/GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011), na conquista de eleger como conselheira no Conselho Nacional de Saúde Maria Lucia

Santos Pereira do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e na Campanha do Ministério da Saúde de agosto de 2015 com o foco na saúde da referida população intitulada “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a população em situação de rua. Faz bem para o Brasil”. Nesses seis anos da Política Nacional para a População em Situação de Rua o governo federal fortaleceu a participação social como método para gestão de políticas públicas, inclusive na indução dos outros entes federados, e dentre as políticas públicas, a saúde obteve avanços importantes diante da análise dos levantamentos de 2013 e 2014 realizados pela autora e pelo autor.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO PLANO DE MELHORIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Malena Gadelha Cavalcante, Elizabeth de Francesco Daher, Ana Cláudia de Brito Passos

Palavras-chave: PARTICIPAÇÃO SOCIAL, AIDS, PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A não adesão dos soropositivos envolve fatores psicossociais, socioeconômicos, regime terapêutico, relações profissional-paciente, paciente-profissional-família-meio social, estigma da doença, negação ou renúncia da enfermidade, falha virológica, risco potencial de evolução para a AIDS acrescida de complicações e redução da sobrevivência do paciente. Considerando a necessidade de conhecer melhor esta problemática e os sujeitos que a envolvem, buscando suprimir particularidades individuais e características comuns coletivas relacionadas aos cuidados farmacêuticos facultados a pessoas vivendo com HIV/AIDS foi proposto a todos os participantes implicados neste processo

uma construção de um Plano Operativo (PO) como atividade pedagógica e didática, realizando uma análise situacional dos problemas a fim de criar ações e mudanças de condutas para suavizar ou solucionar as dificuldades existentes. O cuidado farmacêutico envolve educação e promoção à saúde, educação continuada, promoção do uso racional de medicamentos, atividades assistenciais e clínicas tanto individuais quanto coletivas. O objetivo dessa pesquisa foi relatar a experiência da construção do PO como estratégia de melhoria para o cuidado farmacêutico ofertado às pessoas vivendo com HIV/AIDS em um serviço especializado. O presente trabalho é resultante de uma pesquisa do curso de Especialização de Gestão de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, com intuito de melhorar os serviços farmacêuticos. É um estudo de caso com metodologia quantitativa e qualitativa, de abordagem avaliativa e observacional. A produção dos dados foram desenvolvidos por meio de reunião, oficina, observação participante e diário de campo para construção de um PO que teve como foco principal avaliar os cuidados farmacêuticos aos pacientes vivendo com HIV/AIDS em um Serviço de Assistência Especializada. O Plano Operativo é fundamentado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (1993), utilizado para delinear uma análise situacional, averiguando criticamente as dificuldades, viabilizando estratégias e ações para minimizar ou sanar os problemas encontrados, além do monitoramento das mesmas, suscitada por diferentes atores como estratégia de valorização do indivíduo e suas experiências. Matus propõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo marca o início do plano o qual deve ser analisado a situação atual, o hiato existente e o futuro desejado. Distintos

sujeitos avaliam a realidade presente da sua prática identificam e selecionam os problemas existentes explicando suas causas e consequências. O momento normativo desenha o que deve ser, defini e direciona operações e ações que conduzam a situação atual (problemática) para uma ideal findando em resultados desejados. O momento estratégico avalia a questão de viabilidade das operações e ações propostas e identifica quem são os seus atores executantes. O tático-operacional é o momento em que as ações tornam-se concretas, há o monitoramento destas com proposições de possíveis mudanças ou ajustes ao longo do processo. O processo de construção do PO delongou-se por 08 meses (agosto/2014 a abril/2015). O desenvolvimento do plano operativo foi facilitado e desencadeado como um dos temas estratégicos no grupo de adesão. A reunião ocorreu no espaço do Centro de Referência Especializado de Assistência Social no período matutino com início às oito horas e término ao meio dia na data de 27 de agosto de 2014. 25 pessoas participaram do primeiro momento (explicativo), dentre estes 18 eram usuários/PVHA, três trabalhadores de saúde do SAE (farmacêutica, enfermeira e assistente social), um gestor da área técnica de DST/AIDS (Secretaria Municipal de Saúde), dois familiares (mães) e um representante de ONG/AIDS (Conselheiro Estadual de Saúde). Nesta reunião houve a identificação dos problemas relacionados aos cuidados farmacêuticos aos soropositivos. A priorização do problema ocorreu por processo de quantificação numérica ao utilizarmos uma escala de zero a quatro, pontuação que variava do menos ao mais relevante, estimada pelos critérios: magnitude (tamanho), transcendência (interesse), vulnerabilidade (fragilidade), urgência (prazo de resolução) e factibilidade (recursos). Após a atribuição das notas o

problema que obtivesse maior somatório classificava-se como o de maior prioridade. Em seguida identificamos os descritores, as causas e as consequências convergentes relacionados ao problema priorizado, o que findou por compor uma rede explicativa na forma de espinha de peixe. Os momentos normativo, estratégico e tático-operacional foram desenvolvidos pelo pesquisador do trabalho em outra ocasião a partir das observações do estudo. No momento explicativo os 25 participantes presentes na oficina, fomentaram os diálogos de forma horizontalizada no processo de argumentação para identificação dos problemas relacionados ao foco. Os problemas foram elencados com suas respectivas pontuações de priorizações: 1-Conhecimento insatisfatório dos pacientes a terapia antirretroviral obteve 19 pontos; 2-Pauperização dos pacientes ficou em segundo lugar com 18 pontos; 3-Estigma da doença alcançou 15 pontos. O Momento Normativo foi estabelecido às operações que serão executadas no SAE: acompanhar a adesão do paciente ao tratamento; estimular a participação do paciente no Grupo de Adesão; e ações que serão desenvolvidas para enfrentar o problema: verificar exames laboratoriais e clínicos; acompanhar mensalmente os pacientes; identificar as principais queixas; estimular o vínculo entre a equipe; estimular autonomia do paciente; estimular o compartilhamento de decisões; realizar educação permanente. O Momento estratégico foi construído mecanismos para viabilizar ações e operações essenciais para que o PO torne-se exequível. Para o problema foco foi realizada a análise estratégica e observou-se que para todas as operações e ações propostas haveria viabilidade de decidir, executar e manter, além de factibilidade de auxílio humano, o que cessaria o déficit existente. Para finalizar o Plano, foi necessário o estabelecimento de indicadores

de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução à medida que for sendo colocado em prática. Os indicadores elaborados para o plano operativo foram: percentual de pacientes que retiraram os medicamentos/mês: 88,88%; percentual de pacientes ativos no grupo de adesão: 17,64%; percentual de pacientes que comparecem as consultas clínicas: 90,90%; percentual de evolução do atendimento interdisciplinar e/ou farmacêutico: 81,81%. Neste momento foram inseridas outras competências cuja equipe interdisciplinar encarregou-se de executar e acompanhar as ações propostas, tornando-se o ator principal. Facilitar a compreensão da doença ou da terapia medicamentosa, com modelo participativo, é um processo iterativo com base em estratégias de comunicação que ajuda a pessoa/paciente a refletir e obter tomadas de decisões. Essa pesquisa adotou práticas libertadoras de Paulo Freire, na qual ambos os sujeitos envolvidos, profissional de saúde, usuário, familiar, gestor e conselheiro de saúde, tentaram não somente desvelar a realidade vivida, mas criticamente conhecê-la e recriá-la. Ambos tornaram-se sujeitos do processo crescendo juntos não havendo mais argumentos de autoridades. Fomentou-se uma educação que possibilitou o usuário a uma discussão corajosa de sua problemática e realidade. Jamais conseguiríamos fora do diálogo permanente. O compartilhamento de conhecimento é considerado um elemento inseparável da participação social trazendo como sustentabilidade aos cidadãos o direito de participar ativamente em todas as instâncias da sociedade em que estão inseridos. O monitoramento e avaliação das ações executadas nesta pesquisa revelaram-nos excelentes resultados, revelando um bom percentual na retirada de medicamentos e no comparecimento das consultas clínicas demonstrou uma boa adesão dos pacientes.

O atendimento e o cuidado interdisciplinar foram desenvolvidos com êxito pela equipe. Considerações finais O plano operativo não foi meramente uma ferramenta técnica, mas promoveu uma mudança operativa e social a todos os participantes envolvidos no processo avaliativo, construtivo e de implementação de ações. A experiência provocou uma satisfação para os usuários e para a equipe de saúde que permeou na história, nas expectativas, na solução dos problemas e nos novos desempenhos e atividades implantadas no serviço especializado e seus respectivos monitoramentos.

PERCEPÇÃO DOS PAIS FRENTE A INCLUSÃO DA CRIANÇA AUTISTA NO ENSINO REGULAR: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Isabel Ozuna dos Santos, Patrick Schneider, Pollyana Bortholazzi Gouvea, Mayara Ana da Cunha, Dagoberto Mior de Paula, Gladys Brodersen

Palavras-chave: transtorno autístico, inclusão educacional, relação familiar

APRESENTAÇÃO: Apresentaremos neste congresso uma revisão bibliográfica sobre o Transtorno do Espectro do Autismo. Este transtorno acomete crianças em sua primeira infância, sendo de difícil diagnóstico e prolongando sofrimentos a criança e seus familiares até a adaptação de todos os envolvidos, tendo como uma das principais queixas dos pais, a inclusão desta criança na Rede Básica de Ensino Regular. Antes de existir uma lei que garantisse a inclusão aos autistas, eles iam apenas para as APAE's e associações que dessem suportes para enfrentarem as dificuldades. A associação mais conhecida, a APAE, nasceu em dezembro de 1954, no Rio de Janeiro, trazida por Beatrice Bemis, que tinha uma filha portadora de Síndrome

de Down. Ela se admirava por não existir ainda no Brasil nenhuma instituição para pais e amigos, pois nos Estados Unidos, onde ela morava, ela já havia participado e fundado diversas associações. Então, em 1955 foi fundada a primeira associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE do Brasil, com o objetivo de promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. **OBJETIVOS:** O Objetivo foi realizar levantamento bibliográfico, nas bases de dados nacionais, sobre inclusão da criança autista na rede de ensino regular. **METODOLOGIA:** O método utilizado foi revisão integrativa do termo abordado. Realizado busca de artigos científicos e pesquisas publicadas nas bases de dados nacionais cujos materiais estivessem disponíveis online, na íntegra e em português. Foram relacionados 23 artigos a partir dos escritores: “transtorno autístico”, “inclusão educacional” e “relação familiar”. Foram considerados apenas os trabalhos publicados na íntegra, com foco na inclusão escolar da criança autista e a inclusão escolar da criança autista sob a ótica dos pais. No total, foram analisadas, de forma detalhada, 8 artigos. **RESULTADOS:** Observou-se que na perspectiva dos pais, há um anseio em incluir os filhos no ensino regular para que os paradigmas sejam modificados, porém, vê-se que na perspectiva da escola, alunos e professores não estão preparados para recebê-los, apesar de haver um esforço concentrado das escolas e da rede como um todo, em atender esses alunos autistas. Percebe-se que há uma contratação muito maior de agentes de educação, que são profissionais qualificados com cursos na área de educação especial e inclusiva para o auxílio dos professores na educação dessas crianças. A sociedade exclui, trata diferente aqueles a quem deveriam tratar iguais. Verifica-se que pela sociedade, os autistas ainda são vistos

como pessoas diferentes e por isso, são por vezes excluídos e tratados como doentes mentais. Ela ainda não tem uma definição do que vem a ser um autista. Apesar do TEA ser classificado como uma deficiência mental, muitas a vêem como uma doença, causando mais estigmas e vitimizando ainda mais os acometidos pelo transtorno. Diante disso, a sociedade que desconhece a forma de como tratar uma criança autista, acaba excluindo, nesse contexto é que os pais encontram respaldo na Lei de inclusão a oportunidade da mudança dos novos olhares e conseqüentemente a quebra dos paradigmas. Atualmente existem diversas instituições que visam habilitar a criança autista ao convívio social e familiar, a exemplo, a AMA que tem como missão de proporcionar à pessoa com autismo uma vida digna com trabalho, saúde, lazer e integração à sociedade; oferecer à família da pessoa com autismo instrumentos para a convivência no lar e em sociedade e promover e incentivar pesquisas sobre o autismo, difundindo o conhecimento acumulado; e o CER. A reabilitação intelectual do CER II Univali é voltado ao Transtorno do Espectro do Autismo, tornando-se referência para o atendimento com pacientes diagnosticados com esta patologia, neste primeiro ano o CER II Univali, já consta com mais de 200 crianças diagnosticadas e em tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo. **Considerações:** Percebe-se a evidente necessidade de maiores investigações acerca do tema, visto que a inclusão de crianças autistas é uma realidade no nosso país. A adequada adaptação vai refletir em todo contexto familiar e social em que a criança está inserida. A inclusão é lei e devemos respeitá-la como tal, mas acima de tudo, é um direito da criança estar inserida num ambiente em que não tenha apenas pessoas com deficiência. Lutar por igualdade, faz parte da vida destes pais desde o diagnóstico da criança, pois são

segregados socialmente, nos mais diversos níveis da sociedade. A inclusão muito bem descrita nas leis, as vezes, torna-se um empecilho na vida real, pois quando não há um segundo professor em sala, ou um auxiliar, é muito desgastante ao profissional educador a inserção deste aluno nas demais atividades escolares de cada idade. Essa inclusão é realizada socialmente desde então, como lido nas leis e portarias que regem, vemos a uma necessidade de aprofundar qualitativamente no assunto e ver-se o que é pra ser realizado é efetivamente realizado. Acrescenta-se de que espaços como o CER e a AMA corroboram para que tanto os pais quanto as próprias crianças possam interagir da melhor forma possível, tornando viável a aproximação de todos os envolvidos e permitindo que a criança participe integralmente do núcleo familiar e assim, dando suporte e segurança para que o enfrentamento das situações, neste caso a inclusão escolar, seja o menos traumático possível. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário que os profissionais envolvidos estejam preparados para atuar efetivamente com ações que permitam o desenvolvimento da criança, da família e até mesmo dos próprios profissionais da área escolar que lidarão com o processo de inclusão efetivamente. Trabalharemos questões diretas relacionadas a inclusão nas salas de aulas, por intermédio da visão de seus pais, ao qual lidam com estas dificuldades diariamente e o que fazem para superá-las. Neste resumo, destacamos a dificuldade de se escrever sobre o tema inclusão e suas propriedades, já que a realidade da inclusão no dia-a-dia, como a inserção deste aluno em sala de aula, devendo tornar-se um motivo de preocupação real no movimento das pesquisas com este tema, evidenciado-se assim, pouca quantidade de escritos sobre o tema. Eixo: Eixo 4 - Controle Social e Participação Popular.

PERSPECTIVAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL NA VISÃO DE CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE NA CAPITAL DO PIAUÍ

Leonardo Sales Lima, Naira Ane Viana, Naiane Patricia Carvalho

Palavras-chave: Controle Social, Conselho Local de Saúde, Comunidade,

Em nosso país, a saúde vem passando por um significativo processo de reforma social e política, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento da Reforma Sanitária, bem como à construção efetiva do SUS. Por isso, vários de seus segmentos devem cumprir um papel condutor de mudanças no campo tanto das práticas de saúde, como da formação profissional. Neste sentido, o Conselho de Saúde tem um papel fundamental neste processo. A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é um marco legal que dispõe sobre a criação dos Conselhos de Saúde, que se desenvolveram muito no Brasil a partir de 1991, nos quais os segmentos sociais podem se fazer representar de forma paritária obedecendo à seguinte distribuição: 50% para os usuários, 25% para trabalhadores de serviços de saúde, 25% para gestores e prestadores de serviços, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº. 333/ 2003. Um dos espaços para o desenvolvimento do controle social no SUS são os Conselhos Locais De Saúde (CLS). Podemos citar algumas das atribuições do CLS, tais como: discutir o funcionamento dos serviços e definir propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários e superar os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários. Não é difícil constatar, na prática cotidiana dos conselhos, a existência de grande número de variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados. Dentre essas variáveis, destacam-se as peculiaridades de cada local

e a existência de uma arena de interesses políticos divergentes, com diversas disputas que influenciam na mobilização social, tornando o processo de sensibilização dos atores ainda mais complexo. Desde 2012, a UESPI faz parte do PROSAUDE (Programa de Reorientação da formação em saúde), contemplada com grupos do Pet- Saúde (Programa de Educação Tutorial). Um dos PETAUDE atua com o controle social, que tem como finalidade formar Conselhos Locais de Saúde em determinadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina/PI. Com isso, projetos de extensão e pesquisa são importantes na formação acadêmica do estudante. A inserção do estudante em atividades práticas que propicia um campo potencial e necessário, condizente com a realidade vivenciada pela grande massa populacional brasileira, possibilitando ao estudante uma clínica ampliada dos saberes, a aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva e a vivência do acolhimento à demanda, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades. Diante da experiência dos colaboradores como participantes do Pet-Saúde controle social, os mesmos perceberam, que os conselheiros nem sempre seguem o seu real papel, de acordo com as diretrizes do SUS, no CLS. Dessa forma, surgiu à necessidade de uma pesquisa que buscasse investigar a visão dos conselheiros sobre o Conselho Local de Saúde para poder compreender melhor seu funcionamento na prática e elaborar, posteriormente, soluções para os possíveis problemas, com o intuito de fortalecê-lo, tendo como base os princípios do SUS, visando um melhor atendimento nas UBS, avigorando o controle social e melhorando os serviços de saúde na rede pública. O presente estudo faz parte da Pesquisa de Iniciação Científica financiada pela Universidade Estadual do Piauí e teve como objetivo geral analisar a atuação de um Conselho Local de Saúde no Município

de Teresina-PI. Como objetivos específicos, foi possível descrever as concepções dos Conselheiros sobre o controle social de saúde; apontar as dificuldades e facilidades para a atuação/ formação dos CLS; listar as ações realizadas pelos CLS; apresentar soluções para o desenvolvimento pleno e efetivo dos CLS. A pesquisa desenvolveu-se com o método qualitativa descritivo, com o objetivo de analisar a visão dos conselheiros sobre o conselho local de saúde (CLS) de Teresina/PI, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS. A pesquisa qualitativa visa compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, relações que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Essa modalidade de pesquisa trabalha com a vivência, experiência, cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições, como resultantes das ações humanas objetivadas. Enquanto a pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. No presente estudo, observou-se que uma minoria dos conselheiros souberam relatar o significado de controle social, porém outros não conseguiram descrever. Com isso, nota-se a falta de informação dos mesmos, diante as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, sobre o controle social. Outro ponto é a Concepção sobre a importância do CLS. Ficou evidente a importância do conselho nos aspectos da resolutividade e as contribuições que os CLS trazem para a comunidade na perspectiva dos conselheiros; os conselheiros relatam da importância que possui o CLS, trazem como algo crucial para o bem-estar da comunidade local, pois os mesmos discutem o funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários e superam os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários. Além disso, faz necessário mencionar as funções e formações do CLS que estão

condizentes com as normas dirigidas aos conselheiros. Neste caso, apenas um dos entrevistados relatou não saber das funções destinadas a ele. Outro ponto de ênfase é a formação do conselho, sendo realizada por votação para composição do conselho, pois são considerados meios legais para aprovação do CLS. Entretanto, a pesquisa também mostrou que os conselheiros estão desinformados quanto às diretrizes do SUS e a Lei que regem o controle social 8.142/90, acarretando uma deficiência na participação do conselheiro, na reorientação da participação social, no seu aprendizado político da sociedade, com isso faz-se necessário, maiores esclarecimentos e aprimoramento para sua atuação nos aspectos de ações sociais, no desenvolver das atividades da UBS e na realização de mais reuniões, bem como, fica evidente que os conselheiros sabem da importância do CLS, para o bem-estar da comunidade local, além disso, exercem o papel na discussão do funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários. Diante disso, os conselheiros devem promover lugares em que as pessoas sintam-se acolhidas, e ter no Conselho um local para escuta de suas necessidades, reivindicações e de interferência na condução da gestão pública. Portanto, segundo a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social da saúde, é de suma importância para a formação social, na participação do controle social, a necessidade de maior desenvolvimento da população local. O presente estudo torna-se extremamente importante para os profissionais de saúde, conselhos de saúde, estudantes de universidade e comunidade geral no intuito de realizar reflexões e discussões sobre os papéis dos conselheiros nas UBS da cidade de Teresina, como meio de melhorar esse atendimento ao usuário, e conseguir resgatar a participação popular, para a tomada de decisão sobre a saúde local.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO COM IDOSOS

Maria Fabiana de Sena Neri

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Participação Social, Promoção da Saúde, Ação Intersetorial, Saúde do Idoso

O crescimento de idosos resultante da transição demográfica e epidemiológica vem ocorrendo no mundo. O presente estudo tem como objetivo implementar o Projeto Saúde no Território (PST) a partir dos problemas na saúde dos idosos, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde em Fortaleza/CE. Trata-se de um estudo de intervenção, o referencial metodológico será o PST, que integra os seguintes princípios: territorialização, participação social, intersectorialidade, criação de espaços coletivos de discussão, e fortalecimento da integralidade do cuidado a partir de ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde. Para que a proposta seja desenvolvida, utilizarão de reuniões, discussões dialogadas, observações diretas e entrevistas semiestruturadas, a serem realizadas em outubro a novembro de 2015. Os atores envolvidos no processo serão os idosos, as equipes de saúde e diversos atores da comunidade. Esta estratégia será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Fortaleza-CE. Os dados da entrevista serão analisados, dentro da abordagem qualitativa. Os resultados esperados na população idosa focam os pilares do PST. Conclui-se que a estratégia permite mobilizar os atores sociais e/ou instituições para mapeamento do território e busca conjunta de soluções para possíveis problemas enfrentados pelos idosos.

PRIORIDADES PARA O SUS: PROGRAMAS LANÇADOS PELO EXECUTIVO E AS PAUTAS DO CNS E DA CIT

Simione de Fátima Cesar da Silva, Maria Cristina Ferreira de Abreu, Douglas Valletta Luz

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Programas Prioritários, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite

APRESENTAÇÃO: O trabalho apresenta análise da presença dos Programas lançados pelo Poder Executivo Nacional entre 2011-2014 nas Pautas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do mesmo período. O objetivo foi estabelecer paralelo entre os Programas e o conteúdo das Pautas. Para tanto, os mesmos foram listados e conceituados e as Pautas das reuniões foram analisadas, para verificar o impacto no documento que encaminha as discussões nos dois colegiados. **DESENVOLVIMENTO:** A metodologia do estudo foi a Pesquisa Documental, com utilização de material público, disponível em sites oficiais do Governo Federal. Inicialmente foram pesquisados todos os seis Programas lançados pela Presidenta Dilma na gestão 2011-2014. Após, foram analisados as pautas das 55 reuniões do CNS entre janeiro/2011 e dezembro/2014 e as 39 reuniões da CIT acontecidas no mesmo período. Por fim, foi verificada a presença dos temas como enunciados nas Pautas de ambos os colegiados. Programas entre 2011-2014 foram lançados seis Programas prioritários para a garantia de acesso e qualidade da atenção. Em fevereiro/2011 foi anunciada a gratuidade de medicamentos para hipertensão e diabetes na rede Aqui tem Farmácia Popular, no âmbito da estratégia Saúde Não tem Preço (SNTP), com meta de universalizar o acesso. Em março/2011 foram lançados dois Programas: Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, com os objetivos de garantir acesso, qualificar a rede, difundir informações e fortalecer o controle

social; e o programa de promoção da saúde de mulheres grávidas, recém-nascidos e crianças, denominado Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar um parto seguro e humanizado. Em outubro/2011, foram lançados em conjunto: o Serviço de Atenção Domiciliar 'Melhor em Casa', e o Programa SOS Emergência, para apoiar a hospitais com serviços de emergências, ambos complementares e integrantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Por fim, em julho/2013 foi lançado o Programa Mais Médicos, com ações de curto, médio e longo prazo para melhorar o provimento de médicos no interior, periferia e áreas remotas, reforçar a formação médica e qualificar a rede de assistência. Conselho Nacional de Saúde (CNS) A participação social nas políticas públicas foi introduzida pela Constituição Federal/1988 e, no Sistema Único de Saúde (SUS), a participação foi regulamentada pela Lei 8.142/1990 por meio de dois instrumentos: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1937, passou por grandes reformulações e, a partir de 1990 com a garantia legal da paridade na participação da sociedade civil, estabeleceu-se como dispositivo fundamental na gestão do SUS. Atualmente, o CNS funciona com estrutura própria, contando com 48 conselheiros titulares, e o mesmo número de primeiro suplentes e segundo suplentes. A entrada dos temas na pauta das reuniões ordinárias, realizadas mensalmente, se dá com a análise e definição de prioridades pela Mesa Diretora e são apresentadas em formato de Itens. Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Em 1991, com o objetivo de facilitar os processos de adesão às formas de gestão descentralizadas, foram instituídas as Comissões Intergestores no âmbito das gestões estaduais e federal. O regimento interno aprovado em 2009 definiu o colegiado com instância de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três esferas. Em junho/2011

o Decreto Nº 7.508 institucionalizou as Comissões Intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada do SUS. A pauta de suas reuniões é composta dos seguintes itens: homologações e certificações; discussões e pactuações; apresentações e discussões; e informes, sendo que os mesmos devem ser justificados pela Câmara Técnica. Apesar de seu rol de competências apontarem a necessidade de observar o papel do CNS, seu funcionamento não se vincula ao funcionamento do Conselho, sendo que a média de reuniões anuais entre 2011/2014 foi menor que 10. Relação CNS x CIT O fluxo decisório das políticas de saúde, embora seja normatizado, na prática pode ocorrer de três formas: a) por normatização, inicia pelas negociações e pactuações na CIT e, após, há discussões e deliberações pelo CNS. b) também, as questões podem ser deliberadas no âmbito do CNS e, após, encaminhadas à CIT para as devidas pactuações. c) finalmente, há situações em que não estão relacionadas de forma comum as agendas dos dois órgãos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Pautas do CNS e da CIT Ao longo dos quatro anos cobertos pelo estudo foram realizadas 55 reuniões do CNS e 39 reuniões da CIT, com a seguinte situação de pautas para os Programas em análise, conforme o ano: CNS ü 2011 = 12 reuniões - uma referência à Urgência e Emergência e uma à Saúde da Mulher. ü 2012 = 15 reuniões - uma referência ao SNTP. ü 2013 = 14 reuniões - duas referências ao Mais Médicos. ü 2014 = 14 reuniões - uma referência à Saúde da Mulher e uma à Atenção Oncológica. CIT ü 2011 = 12 reuniões - duas referências às ações de câncer; quatro referências à Rede Cegonha; duas referências à atenção domiciliar; três referências à Rede de Emergência e uma referências a alocação de médicos. ü 2012 = 9 reuniões com três referências as ações de câncer; uma referência à Rede Cegonha

e uma a alocação de médicos. ü 2013 = 10 reuniões - três referências as ações de câncer; uma referências à Rede Cegonha e sete referências ao Mais Médicos. ü 2014 = 8 reuniões - uma referências à Rede Cegonha e sete referências ao Mais Médicos. ANÁLISE DOS RESULTADOS: O trabalho permitiu verificar a presença nas pautas das reuniões do CNS e da CIT, dos Programas Federais lançados pelo Executivo entre 2011/2014. Os resultados encontrados na análise demonstraram pouca ou nenhuma presença de itens específicos sobre os Programas nas reuniões do CNS, e presença mais frequente, especialmente para os temas da Rede Cegonha e Mais Médicos, nas reuniões da CIT. Com relação ao fluxo decisório de políticas de saúde, verificou-se pouca convergência de agenda nessas instâncias para os Programas em questão. Tomando como base o Mais Médicos, verificou-se que a CIT iniciou discussão prévia ao lançamento que se manteve ao longo de todo o ano de 2013. Já o CNS discutiu o tema no seu pleno apenas duas vezes, em datas posteriores ao lançamento. O lançamento de Programas Federais estabelece prioridade para as ações e recursos anunciados e, dessa forma, infere-se ser resultado de construção coletiva dos atores do SUS. Por força de lei, cabe ao CNS atuar na formulação e controle da execução do SUS, incluindo aspectos financeiros, o que o estabelece como ator imprescindível no processo de elaboração de Programas que atendam às demandas do setor. Por outro lado, cabe a CIT pactuar as normas a serem cumpridas pelos gestores para que os Programas prioritários sejam implementados e atendam às demandas da população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados encontrados não necessariamente refletem inexistência de discussão e deliberação prévias e/ou posterior dos temas pelos colegiados, assim como não define o tipo de discussão que foi realizado. A constatação, contudo, exige aprofundamento em outros documentos,

como atas, bem como análise de suas estruturas internas, como Comissões e Grupos de Trabalhos, onde são discutidas e por vezes deliberadas questões relevantes sobre ações e programas para o SUS.

PRODUÇÃO DE SENTIDOS PARA A COMUNICAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: A TENSÃO DA PARTICIPAÇÃO PELO OLHAR DAS PERSPECTIVAS DA COMUNICAÇÃO

Nathália Silva Fontana Rosa

Palavras-chave: Comunicação e saúde, participação, perspectiva relacional, produção de sentidos

APRESENTAÇÃO: A presente proposta traz como elemento central a tensão da participação que se estabelece no campo da saúde a partir de um olhar sobre os processos comunicativos. Toma-se como referencial a relação de uma comunicação construída a partir de uma perspectiva relacional da comunicação – que tem como elemento constitutivo a produção de sentidos nos mais diferentes contextos que atuam os sujeitos -, com perspectivas mais clássica da comunicação - que compreendem o processo comunicativo como uma transmissão unidirecional de informações desde um emissor detentor de conhecimento para um receptor que pouco ou nada conhece sobre sua saúde. Esta proposta situa-se no âmbito da investigação de doutorado realizada pela autora na Universidade Autônoma de Barcelona, cujo tema é o campo da Comunicação e Saúde no Brasil. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa está orientada a analisar o campo da comunicação e saúde a partir do debate dos diferentes usos das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) na saúde e seus efeitos nos processos participativos em dois dispositivos localizados no âmbito do SUS, o programa Telessaúde Brasil Redes

e a Rádio Maluco Beleza (programa de rádio protagonizado pelos usuários do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, município de Campinas – SP), desde uma perspectiva relacional da comunicação, definida por um processo de produção de sentidos no marco de um contexto social e cultural. Na pesquisa, optei por realizar um estudo de caso a partir destes dois espaços, na medida em que possibilitou uma aproximação à realidade dos processos comunicativos no campo da saúde e sua diversidade, considerando que não existem práticas homogêneas de cuidado. Tomados como casos múltiplos de análises, representam uma imersão no campo orientada a descobrir, captar e compreender as dinâmicas presentes nos contextos singulares escolhidos. Dessa maneira, me permitiu aprofundar no debate dos distintos usos que podem existir das TIC no campo da saúde e a tensão que estabelece na participação das pessoas a partir das diferentes perspectivas que atravessam o pensar e o fazer comunicativo. RESULTADOS: Destaca-se que a experiência brasileira no campo da saúde tem características interessantes como traço constitutivo da própria construção no campo das políticas públicas, e que vão influenciar as distintas formas de participação e as suas diferentes experiências comunicativas. Dentro do mesmo território, a Atenção Básica, onde se localiza o Telessaúde Brasil Redes, e a Saúde Mental, onde encontramos a Rádio Maluco Beleza enunciam práticas de cuidado distintas e constroem, em consequência, relações aparentemente opostas de seus processos comunicativos e participativos. O território da AB prevê desenhos mais clássicos e formais para a participação, estabelecida em lugares determinados como o controle social, o que provoca efeitos nas suas ofertas comunicativas, como o Telessaúde Brasil Redes, que na sua lógica de comunicação tem por objeto da recepção uma intervenção técnica e

unidirecional. A preocupação que orienta este modelo é alcançar o máximo de rendimento na transmissão de mensagens para determinados públicos, limitando as possibilidades de interação e negociação dos sentidos. Por outro lado, o campo da saúde mental tem a influência de uma luta marcada por apostas distintas de ver o sofrimento das pessoas e pelo rompimento com componentes clássicos da intervenção médica, como os manicômios ou a psiquiatria medicalizante. Desta maneira, abre espaços para que outras perspectivas sejam incorporadas aos processos comunicativos, como é o caso da Rádio Maluco Beleza, que trabalha desde uma visão de produção e circulação de outros sentidos para os discursos sobre a loucura e a doença, como também aposta em outro fazer comunicativo, onde todo o processo é levado a cabo por usuários, comunicadores e trabalhadores da saúde. Destaca-se que a possibilidade de uma comunicação feita pelos usuários, desde uma perspectiva relacional, que contempla instâncias de produção, circulação e reconhecimento, tem grande potencial de ampliar e aprofundar as possibilidades de expressão e promover a participação das pessoas, fazendo emergir outros sentidos e reconhecendo que todos são produtores de conhecimento sobre a saúde. Em lugar do tradicional esquema de emissor-mensagem-receptor, a perspectiva relacional não só coloca os usuários como produtores ativos dos processos comunicativos, como promove outras redes de existência e pertencimento, contribuindo na melhora do cuidado em saúde. DISCUSSÃO: A partir das reflexões propostas, pensarem a participação nas estratégias comunicativas no campo da saúde, a partir do debate dos usos das TIC, pressupõe, em primeiro lugar, afirmar que nas distintas perspectivas da comunicação existe uma forma de participar. Em segundo lugar, e como consequência, interessa pensar,

por um lado, o que significa participar sob influência de uma perspectiva informacional, a qual pressupõe uma participação que está localizada na recepção de informações, que busca um processo livre de ruídos e que tem por objetivo ativar uma mudança de comportamento das pessoas em relação aos hábitos de saúde. Por outro lado, quais relações emergem quando os contextos, os atores constituídos como sujeitos ativos, as necessidades, sejam elementos em destaque e onde são negociados os distintos sentidos que pode adquirir a saúde e vida. A interpretação dos usuários sobre os fatos do cotidiano, inclusive sua doença, é uma produção de saberes não contemplada nos espaços hegemônicos. A comunicação dentro desta lógica, em lugar de valorizar os discursos tradicionalmente autorizados, fomenta a participação e reconhece a existência de uma polifonia social, com a capacidade de acolher e amplificar as muitas vozes que comportam uma multiplicidade de significados para a saúde e a vida. Considerando o campo da saúde de uma maneira relacional, caracterizado por um processo agenciado pelos sujeitos e que traz em si os atributos da liberdade, da criação e da inventividade (Merhy, 2006), a comunicação deve contemplar essa multiplicidade e fazer legítima outras vozes no campo da saúde. A participação, dessa maneira, está relacionada a essa possibilidade de circulação e negociação da multiplicidade de sentidos existentes, reconhecendo práticas e saberes dos diferentes atores da saúde – trabalhadores e usuários – e a relação que se estabelece no encontro entre eles. Refere-se a um espaço em que uma pessoa possa tomar uma posição para falar sobre seus conhecimentos, seja sobre sua saúde, seu corpo, como também outros temas de interesse. Esse posicionamento extrapola os discursos oficiais, científicos, etc., e pode caracterizar processos participativos mais equitativos e democráticos.

PROJETO A COR DA RUA: ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA INTERFACE DA SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Ana Alice Freire, Thiago Brunelli Silva, Carmen Santana de Albuquerque, Magali Baptista, Anderson da Silva Rosa, Luciana de Carvalho, Erika Vovchenko, Fernanda Campello, Erina Izumi

Palavras-chave: Extensão Universitária, Educação Popular, Moradores de Rua

INTRODUÇÃO: Pessoas vivendo nas ruas, não apenas sem-teto e sem pátria, mas sem horizontes, é uma situação para qual não há uma resposta efetiva. Problemas sociais complexos exigem trabalho intersetorial com ações dialogadas e participação ativa das pessoas envolvidas. A formação na área da saúde não contempla as especificidades para o cuidado a esta população, trabalhadores adoecem e as pessoas atendidas muitas vezes sofrem ainda mais pela violência nos equipamentos públicos. O trabalho intersetorial carece de experiências e estudos quanto à sua implantação no âmbito da organização de serviços: é preciso enfocar a lacuna existente entre as políticas públicas, o conhecimento e a sua aplicação na prática. Faltam espaços de formação envolvendo vários setores da sociedade no desenvolvimento de técnicas com bases científicas para melhorar a aplicação dos recursos disponíveis. **OBJETIVOS:** O Projeto de Extensão A Cor da Rua, integra o Programa Com-Unidade da Universidade Federal de São Paulo. Tem como objetivos: Desenvolver atividades de educação popular, visando potencializar a habilidade dos graduandos e demais participantes para desenvolver ações, atitudes e práticas coletivas que promovam os direitos humanos, sobretudo em relação às pessoas em situação de rua, imigrantes e refugiados; Estimular o estudante a analisar criticamente o atual cenário das políticas

públicas voltadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social, sobretudo perante o seu papel social e suas responsabilidades como cidadão brasileiro e futuro profissional da área da saúde; Contribuir com a formação de graduandos e pós-graduandos da Unifesp integrando teoria e prática, por meio da vivência extensionista; Desenvolver estratégias que garantam o acesso da população em situação de vulnerabilidade social à rede pública de Saúde; Qualificar o cuidado e integrar a rede de saúde e assistência social para a população em situação de vulnerabilidade social. **METODOLOGIA:** O projeto A Cor da Rua é estruturado na formação de profissionais da rede pública, na participação da comunidade usuária dos serviços e na produção de conhecimento, promovendo o diálogo entre a universidade e a comunidade. Com ações de aprendizagem participativa que integram saúde, assistência social e participação popular, o projeto promove encontros e convivências para desenvolver novas formas de cuidado para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Considerando vulnerabilidade como uma “noção multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidade” (SEADE, 2001) Inspirado na pedagogia de Paulo Freire, o projeto utiliza a metodologia participativa da pesquisa-ação (método psicossocial) para conduzir suas ações. Inicialmente trabalha com o diagnóstico participativo da situação – problema, a partir do qual todos os participantes desenvolvem estratégias para melhorar as práticas sociais e humanas, conforme a necessidade do contexto onde a ação será implementada. O projeto conta com a colaboração da comunidade envolvida, graduandos, pós-graduandos e profissionais de diferentes áreas, relacionadas à assistência social, saúde e ciências humanas e suas atividades permitem que todos

os envolvidos participem, aprendam e ajam de modo cooperativo e democrático para atingir objetivos comuns. As ações acontecem em equipamentos sociais no centro de São Paulo, onde está situado um grande número de sujeitos em situação de vulnerabilidade social: moradores de cortiço, ocupações, pessoas em situação de rua. Ações específicas para imigrantes e refugiados acontecem no Centro de Referência para Refugiados (Convênio da Caritas Arquidiocesana de São Paulo com Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados- ACNUR). **RESULTADOS:** Desde o ano de 2010, o projeto A Cor da Rua proporciona espaços de formação intersetorial para promover diálogo e participação ativa das pessoas envolvidas no cuidado às pessoas em situação de rua. No transcorrer desse período realizou-se: 1) Análise do cenário das necessidades da população em situação de rua no centro da cidade de São Paulo; 2) Oficina para construção da rede de apoio à população em situação de rua; 3) Ação de Capacitação em Saúde Mental para trabalhadores da assistência social; 4) Curso de Extensão de Arteterapia Comunitária, que foi o piloto do atual modelo de formação/integração das redes saúde/ assistência social proposto pelo projeto; 5) Grupo educativo sobre saúde de travestis em situação de rua; 6) Seminários para promoção de direitos humanos das pessoas em situação de rua; 7) Mapeamento dos equipamentos públicos responsáveis pelo atendimento desta população na região central de São Paulo, com a finalidade de promover um primeiro contato e aproximação dos graduandos participantes do projeto à temática. Todas as atividades extensionistas são realizadas de maneira participativa. Muitas das ações são concretizadas por meio de práticas culturais, como: atividades artísticas e expressivas, ateliês terapêuticos, oficinas e exposições de trabalhos produzidos. Na avaliação dos estudantes de graduação, as vivências no

projeto A Cor da Rua têm permitido ações de grande significado pessoal, contribuindo para uma formação humanizada, dando a oportunidade de contato com grupos vulneráveis. Além disso, a prática da pesquisa-ação permite retribuir à sociedade durante o processo de graduação e pós-graduação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escolha da metodologia de trabalho da pesquisa-ação em nosso programa de extensão permite a grupos vulneráveis participar do processo de produção do conhecimento e das ações de promoção e cuidado à saúde. Para os estudantes permite que a transformação da realidade aconteça à medida que o próprio graduando esteja se formando. As desigualdades sociais e a complexidade das interações entre os diversos setores (formais e informais) constituem desafios para a formulação e, principalmente, para a implementação de políticas públicas de atenção à população em situação de vulnerabilidade social no centro de São Paulo. O poder público tem desenvolvido diversos programas para inclusão das pessoas em situação de vulnerabilidade social. Reconhecemos o enorme valor destes programas, entretanto, a maior dificuldade não é criar a política, mas viabilizar sua implementação. O cenário atual é composto de trabalhos pouco articulados entre si, gerando sofrimento aos seus trabalhadores, duplicidade de funções e pouca resolutividade de ações. Estudos demonstram que o sucesso desses programas depende de ações intersetoriais e interinstitucionais, institucionalizadas e duradouras. Assim, para os serviços de saúde e os de assistência social esses grupos populacionais trazem a necessidade de formular novas abordagens capazes de superar os limites tecnológicos atuais. O Projeto A Cor da Rua tem como principal motivação desenvolver e ampliar a compreensão destas práticas intersetoriais. Desta forma pretende promover ações

inovadoras para promoção dos direitos humanos da população em situação de vulnerabilidade social, especialmente população em situação de rua, imigrantes e refugiados que convivem no centro de São Paulo.

PROJETO VIDAS PARALELAS CAMPO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE, A IMAGEM, A ESTÉTICA E A POLÍTICA

Maria da Graça A Hoefel

O Projeto Vidas Paralelas Campo busca revelar o cotidiano de vida, cultura e trabalho a partir do olhar dos povos do campo e da floresta, por meio da apropriação da cultura digital e compartilhamento das expressões culturais em uma rede social que favoreça a reflexão, a participação social e a construção de políticas públicas. Trata-se de uma pesquisa documental, quanti-qualitativa, cujo objetivo é mapear e identificar em que medida as questões de saúde refletem-se nas produções audiovisuais das comunidades envolvidas no projeto. As fontes de dados foram constituídas por vídeos produzidos em 13 territórios rurais do Brasil e análise feita com a Matriz de Análise (HOEFEL et al., 2011). Os vídeos abordam a saúde ambiental, sobretudo os impactos socioambientais dos processos produtivos. Todavia, parte expressiva do audiovisual também apresenta narrativas e produções imagéticas que revelam inúmeras alternativas proíficas de produção e modos de viver construídos pelos camponeses cotidianamente. As produções imagéticas traduzem as potencialidades e capacidades da imagem enquanto expressão poética, estética e política capaz de promover a participação social e transformações na sociedade.

RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO DO SUS E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Kellinson Campos Catunda, Ana Luisa Batista Santos, Marcos Augusto Araujo Silveira, Joel de Almeida Siqueira Júnior

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, saúde da família, participação popular

APRESENTAÇÃO: Vários são os benefícios alcançados a partir das práticas corporais. A melhora da capacidade respiratória, o desenvolvimento da força, do equilíbrio e da flexibilidade são ganhos que permeiam a vida diária dos participantes e atuam preservando a auto-estima. Esses ganhos, entretanto, devem ser obrigatoriamente monitorados pelos profissionais de Educação Física (PEF), de maneira especial em participantes com patologias, cabendo aos primeiros à missão de fazer com que os segundos compreendam melhor sua doença e, assim, perceba, de maneira mais clara, suas possibilidades e limitações (CONFEEF, 2010). É com esse pensamento que hoje o Profissional de Educação Física tem sua intervenção garantida na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). É através dos núcleos que são implantados nas unidades básicas de saúde que o profissional de educação física realiza atividades físicas orientadas com o intuito de levar a população práticas saudáveis que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde, ou seja, a profissional busca melhorar a qualidade de vida para os usuários. O Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde práticas corporais e atividades físicas até a Educação Popular a qual requer a participação da comunidade nesse processo de construção do saber e das ações de saúde. Sabendo da importância da Participação Popular, faz-se necessária a investigação de elementos que contribuam

com o envolvimento dos usuários dos SUS e fortalecimento do vínculo com a comunidade. Na saúde, a Educação Popular configura-se a partir das práticas populares e das experiências de profissionais que atuam junto às comunidades e aos movimentos populares e sociais, dinamizando sua atuação a partir dessa integração. Visa participar do esforço das classes subalternizadas para a organização do trabalho político, a fim de abrir caminho para a conquista da liberdade e de seus direitos (BRANDÃO, 1982). Esse texto tem o objetivo de apresentar a importância do vínculo entre o profissional de saúde e da comunidade no desenvolvimento da Participação Popular. Metodologia: Trata-se de um relato de pesquisa sobre grupos de atividades físicas/ práticas corporais facilitados por profissional de Educação Física (PEF) na cidade de Sobral-CE durante o mês de fevereiro de 2015. A técnica utilizada foi à observação participante assistemática, em que o pesquisador participou de alguns espaços de atuação do Profissional de Educação Física e as informações empíricas foram registradas em um instrumento em que denominamos diário de campo. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. (Schwartz & Schwartz, 1993, apud Minayo, 2013, p. 27). Durante o processo de construção das informações empíricas foram observados ênfases em temas como história profissional pessoal no SUS, dificuldades e facilidades do trabalho e relacionamento com a comunidade. A pesquisa seguiu todos os princípios éticos conforme a resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo parecer favorável para sua execução pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral-CE. **RESULTADOS OU IMPACTOS:** O profissional relatou que sua trajetória na Atenção Primária a Saúde teve início no Programa

de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sendo as práticas corporais e atividade física as expertises as quais os profissionais de Educação Física dão apoio à estratégia de saúde da família, estas foram solicitadas por um grupo de senhoras da associação comunitária que requisitou um momento com o PEF, no qual pactuaram a formação de um grupo de práticas corporais. A comunidade ajudou a providenciar o local, por meio de uma parceria com uma escola pública, pois a unidade de saúde não dispunha de espaço suficiente. Enquanto coletivo atuante também se organizou para adquirir materiais necessários para a realização da atividade, a exemplo da caixa de som e microfone, montaram uma equipe de limpeza do local, outra para divulgar o grupo, (entrevistas na rádio local e confecção de camisetas), além da influência significativa na contratação do profissional residente pelo NASF através de um abaixo assinado, apresentado nas reuniões do conselho local de saúde, coordenação do NASF e secretaria de saúde do município. O fortalecimento do movimento de gestão participativa na saúde contribuiu para o enriquecimento de saberes dos indivíduos, fomenta o controle social, aprimorando o senso crítico e formando espaços verdadeiramente democráticos. Ademais o estreitamento dos laços com a comunidade através da participação em eventos como novenas bingos e comemorações no bairro, segundo o PEF, constituiu um elemento imprescindível à formação profissional para o SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, o vínculo construído entre o profissional de saúde e a comunidade durante a residência e perdurado como profissional do NASF proporcionou o aumento da Participação Popular e comprovou que esse processo pode tensionar uma formação profissional mais holística, crítica, propositiva encharcada de criatividade libertadora. Além de colaborar com a melhoria dos serviços prestados pelo

Sistema Único de Saúde, pois provoca à população ir ao encontro dos seus desejos perpassando disputas e interesses políticos a fim de garantir a integralidade da saúde, o que lhes é de direito. Neste contexto, cabe ampliar a valorização profissional, na perspectiva de garantir estratégias para que profissionais que passaram por um processo de formação pelo e para o SUS, a exemplo dos residentes sejam absorvidos pelo Sistema como profissionais efetivos no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A criação do NASF se deu com o objetivo de complementar e qualificar o trabalho das equipes de saúde da família, buscando, portanto a integralidade de forma completa da saúde, ou seja, do estado saudável do corpo e da mente. Os princípios do NASF são pautados na promoção da saúde e na prevenção de agravos e doenças que proporcionam o elo unidade de saúde-usuário. Pois, acredita-se que a criação do vínculo com a comunidade possa propiciar um ambiente favorável para troca de saberes que corroborem na edificação da saúde bio-psico-social. (BRASIL, 2008). Todavia acredita-se na potencialidade transformadora da participação popular nos serviços de saúde. Ressalta a necessidade de expandir a experiência para outros setores de saúde do município para que os aspectos positivos sejam compartilhados e dialogados a fim de construir uma saúde equânime para todos.

RENOVAÇÃO CARISMÁTICA CATÓLICA: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA DE CURA

Fernanda Ferrari

Palavras-chave: Renovação Carismática Católica, Retórica, Cura

Apresentação: Este estudo faz parte da minha pesquisa de mestrado que está sendo realizada com um grupo da

Renovação Carismática Católica – RCC na cidade de Dourados-MS. O local escolhido para o desenvolvimento do estudo é a “Casa de Retiros Nossa Senhora das Graças”, especificamente com um de seus módulos de serviço denominado: “Ministério de Oração por Cura e Libertação” (MOCL). A RCC é um seguimento da igreja católica que possui sua raiz no pentecostalismo, movimento que estimula fortes moções e tem como princípio fundamental a crença na intervenção do “Espírito Santo” durante seus rituais. Conforme estudos realizados, a busca pelo sagrado e a fé religiosa são recursos importantes nos momentos de desordem, seja de ordem física ou psíquica. Esta pesquisa lança um olhar para a retórica utilizada nos rituais ou processos de tratamento vivenciados entre os servos e os fiéis que buscam esse recurso como forma de aliviar o sintoma ou até mesmo curá-lo. Dentro desta perspectiva, pretendo investigar os caminhos psíquicos percorridos, através da narrativa, para a obtenção da “cura interior”, considerando a crença na cura e os mitos que a sustentam como partes constituintes deste processo; bem como, o ritual, a performance e a eficácia na comunicação como reintegradores da saúde. Portanto, este estudo objetiva conhecer esta forma, embora religiosa, terapêutica de atendimento/tratamento que busca promover a resignificação e consequentemente, o desenlace num nível emocional e até mesmo fisiológico, de conteúdos antes desordenados internamente. O interesse em estudar este tema, surgiu das minhas percepções e questionamentos como psicóloga, em relação ao movimento do ser humano diante do sofrimento, a busca por algo que atenda com eficácia sua necessidade intrínseca, seja esse sofrimento de ordem física ou psíquica, considerando que o ser humano constitui-se da inter-relação entre esses elementos. Desenvolvimento do trabalho:

Em se tratando de um trabalho na área da antropologia da saúde e da religião, a pesquisa de campo se respalda no “método etnográfico”, que se baseia precisamente na “observação participante”, a qual se resume em “estar lá” com a população estudada e recolher dela o máximo possível de informações e impressões, para assim, interpretar e, posteriormente escrevê-la, fundamentada pelo referencial teórico que se dá inicialmente através do conhecimento do “estado da arte”, ou seja, dos estudos já realizados sobre a temática, seus fundamentos e resultados; contando com a participação de interlocutores: pessoas que se dispõem a interagir com o pesquisador e a pesquisa, facilitando sua acessibilidade ao campo e compreensão das categorias êmicas. Considerando a variedade e interdependência dos elementos presentes no seio de um grupo da RCC, proponho-me a investigar as estruturas de significado que o compõem, a rede simbólica ao qual está inserido, ressaltando que se trata aqui de uma “ciência interpretativa à procura de significados”, considerando o caráter semiótico da cultura. O grupo de oração (GO) estudado realiza reuniões semanais de aproximadamente, duas horas. Nele acontece o ritual já organizado antecipadamente pelos coordenadores do movimento, que antecipadamente, recebem a “moção”, revelada em oração, que guiará o GO. A pessoa designada como servo, com “dom” e capacitação para servir ao Ministério de Oração por Cura e Libertação, dirige a oração, utilizando uma retórica baseada no percurso do sofrimento desde sua possível origem, caminhando pelas memórias passadas, induzindo a visualizações que favorecem a revelação de fatos e possibilidade de reparações, favorecendo a “cura interior” (referindo aos traumas inconscientes); ou conduzindo sua oratória através das histórias de gerações anteriores, narrando suas

possíveis dores e “pecados”, conduzindo assim, à cura da “árvore genealógica” (ou cura ancestral). A dimensão religiosa é vivenciada através de louvor e súplicas fervorosas, onde acontecem os fenômenos da glossolalia e repouso no espírito. Através da característica do ministério estudado, percebe-se a similaridade com algumas abordagens terapêuticas, Abordagem Familiar Sistêmica, Psicanálise, Hipnoterapia Ericksoniana, ressaltando que, a RCC também “trabalha” com atendimento, diagnóstico, ritual e procedimentos práticos para tratar cada problemática específica. O sentido terapêutico que é dado a esses rituais, tendo como referência a palavra “cura”, não se refere apenas às técnicas e procedimentos utilizados, mas ao sentido dado à experiência. Portanto, este estudo faz um diálogo também com a biomedicina no que se refere à estreita relação saúde/cultura, analisando uma proposta de modelo alternativo de intervenção, condizente ao referencial simbólico-cultural da pessoa que sofre, entendendo a doença como caminho e como experiência. A investigação de uma força mística que atua nos rituais aponta que esta é presente desde os sacrifícios religiosos: preces, invocações, evocações, tabus e jejuns; aos ritos mágicos, com suas diferentes denominações e peculiaridades no uso e significado, provocando mudanças individuais e coletivas. Resultados e/ou impactos: Na perspectiva religiosa da RCC, é evidente que o sofrimento é visto como um instrumento e uma possibilidade de transformação pessoal, assim a pessoa que recebe a oração e também se disponibiliza internamente a atuar nesse processo, vive sob uma nova orientação, assumindo uma nova identidade, ou um “self sagrado”, uma condição peculiar de estar no mundo. A eficácia da oração depende da crença na oração, num ritual seguido com seriedade e ordem; crença esta, por parte do que sofre

com a enfermidade, do que se propõe a curá-la e do grupo como testemunha e condição fundamental para a continuidade da prática ao qual o doente está inserido. Esses três elementos são indissociáveis e formam uma espécie de “campo de gravitação” em meio ao qual acontece o ritual. Atentando para o fato de que o ritual tem sempre um “caráter intencional”, objetivando influenciar na conduta dos participantes. Percebe-se assim, que a escolha pela intervenção espiritual para a obtenção do alívio do sofrimento, representa um coletivo que traz uma possibilidade que não exclui, mas se soma aos diversos recursos promotores da saúde humana. Considerações finais: Entre ritos, símbolos, crença, religião e cultura encontra-se o ser humano e sua busca incessante pela ordem, minimamente pelo alívio das infinitas dores que o acometem. Trata-se aqui, de um “fato social total”, não só de forças espirituais, pois revela os diferentes tipos de situações e relações que acontecem no interior do grupo: religiosas, culturais, políticas, psicológicas, sociais. Portanto, faz-se importante considerar que em toda sociedade, em todo tempo, o ser humano buscou formas místicas de acessar ao mundo imaterial e assim obter respostas para suas inquietações. Neste trabalho, em se tratando de saúde de forma integral, acredito que os rituais de cura a que esta pesquisa se debruça, têm a contribuir com o processo de autoconhecimento e desenlace de desordens que necessitam de integração num nível psíquico e, conseqüentemente, fisiológico. Ressalto que tais técnicas utilizadas precisam ser melhor exploradas, conhecidas e fundamentadas com referencial teórico que possa integrar as respostas do corpo, do psiquismo e os efeitos espirituais que se conquista, através desta abordagem ritualística, com sua narrativa, performance e repetição, ou hábitus.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O SERVIÇO PRESTADO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Elisangela da Silva Almeida, Carmem Tiéle Vale Garcia, Daiane de Aquino Silva, Roberta de Vargas Zanini, Lana Carneiro Almeida

Palavras-chave: Atenção primária, Avaliação em saúde, Sistema Único de Saúde (SUS)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo viabilizar o acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, porém revela uma porta de entrada estreita, o que merece um olhar mais distinto, para que a organização dos serviços tenha como base as necessidades dos indivíduos¹. Tendo em vista que a ESF é o modelo atual de organização do serviço de saúde no Brasil, e com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários com o serviço prestado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo transversal em um município dessa região. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, cadastrados na ESF, residentes na zona urbana e que utilizaram qualquer serviço prestado pela ESF ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos 12 meses anteriores à entrevista. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2015 de maneira simultânea nas unidades de ESF do município. Foi utilizado um questionário composto por questões de identificação, características sociodemográficas e de saúde dos usuários; satisfação do usuário com o serviço e questões do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP). A satisfação do usuário com o serviço prestado pela ESF foi avaliada através de 17 perguntas que apresentavam possibilidade de respostas “Excelente”, “Bom”, “Regular”, “Ruim”, “Péssimo”, “Não se aplica” e “Não sabe”. A variável satisfação foi categorizada em:

Satisfeito = Excelente + bom, e Insatisfeito = Regular + Ruim + Péssimo. Considerou-se como ponto de corte para satisfação o valor de 60%. Foram entrevistados 369 usuários das ESF, contabilizando-se quatro recusas. A maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (79,9%), encontrava-se na faixa etária dos 40 a 59 anos (41,2%) e apresentou cor da pele observada não branca (60,4%). Em relação à escolaridade, 40,1% dos participantes tinha até quatro anos de estudos. A maioria (65,9%) referiu morar com companheiro(a). Quanto à situação de trabalho, 35,8% referiram estar trabalhando no momento da entrevista e 27,6% referiram estar aposentados. De acordo com a classificação da ABEP, observa-se que mais da metade (52,0%) da amostra pertencia à Classe Econômica C, seguida de 37,1% na classe D-E. Quase 67% da amostra referiu não ser beneficiário do Programa Bolsa Família. Com relação à última assistência recebida da ESF, “consulta” foi referida pela maioria (69,6%), ficando em segundo lugar (14,0%) a realização de exames. Os resultados da avaliação da satisfação dos usuários com o último atendimento recebido na ESF revelam que nenhum dos itens investigados obteve classificação “Excelente” por 50% ou mais dos entrevistados. Os itens que tiveram maiores percentuais na avaliação “Bom” pelos usuários foram: Tempo gasto com o deslocamento (66,4%); Falar em privacidade com o profissional (65,9%) e Intimidade respeitada durante exame físico (63,9%). O item Liberdade em escolher o profissional foi classificado como “Bom” por 48,4% dos usuários, enquanto 10,8% classificaram como “Ruim”; de maneira semelhante, o item Tempo de espera até ser atendido foi classificado como “Bom” por 43,8% dos participantes e como “Ruim” por 13,4%. O item que os usuários referiram maior insatisfação foi Disponibilidade de medicamentos, que recebeu 33,9% de avaliação “Regular”, 16,9% “Ruim” e

11,3% “Péssimo”. A maior satisfação dos usuários com o item “Tempo gasto com deslocamento” foi um resultado já esperado em virtude da propositada proximidade das unidades de ESF às famílias cadastradas, para facilitar o acesso, estratégia fruto da descentralização, que obedece a critérios de territorialização para a implantação das unidades^{3, 4}. Assim como foi observado em estudo realizado em quatro municípios do Ceará⁵, a maioria dos participantes deste estudo referiu “consulta” como a última assistência recebida na ESF, evidenciando que o modelo biomédico ainda persiste, com a maior parte de suas ações voltadas para a cura e não necessariamente para a prevenção de doenças. Depois da acessibilidade, os itens com maiores percentuais de satisfação são aqueles relacionados diretamente com o atendimento do profissional de saúde: Intimidade respeitada durante exame físico, Sigilo das informações e Falar em privacidade com o profissional. De acordo com a literatura, os usuários tendem a mostrar mais satisfação com a qualidade do serviço recebido por parte do profissional que o atende nas unidades, o que é um resultado relevante para o serviço de saúde local, visto que um dos pilares da ESF é a boa relação profissional-usuário^{6, 7}. Já os menores percentuais de satisfação do presente estudo foram observados nos itens Tempo de espera até ser atendido e Disponibilidade de medicamentos, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos^{6, 8}, o que leva a questionar se os serviços estão realmente adequados às necessidades dos usuários. Segundo Mendes et al.⁹, a Política Nacional de Medicamentos, em vigor desde 1998, institui como dever do município, assegurar o suprimento adequado de medicamentos básicos para a população; por outro lado, deve-se observar se a prescrição médica mantém coerência com a padronização de medicamentos, que leva em consideração o contexto epidemiológico

local. Os resultados obtidos neste estudo reafirmam a importância de se avaliar o sistema de saúde dos municípios, pois mesmo com um alto percentual de usuários satisfeitos em relação a alguns aspectos, a evidência de insatisfação em relação a outras características do serviço mostra que o cenário objetivado pelos preceitos da ESF deve ser uma busca constante. Portanto, estes dados são capazes de embasar o direcionamento de ações futuras, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários, que podem fortalecer o controle social através da sua inclusão nos processos de planejamento, estreitando assim a relação entre os usuários e o Sistema Público, para juntos encontrarem formas de melhorar o sistema local.

SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E REFORMA SANITÁRIA NA PARAÍBA

Maria Joseli de Souza Silva, Gerciane da Rocha Souza Andrade, Thaisa Simplicio Carneiro Matias, Flávia Jaiane Mendes Justino, Alessandra Ximenes da Silva

Palavras-chave: reforma sanitária brasileira, sujeitos políticos coletivos, frente nacional contra a privatização da saúde, fórum em defesa do SUS de Campina Grande

Esta pesquisa analisou as lutas sociais e contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB criado em 2012. O Fórum é integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde que tem como objetivo defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980. Para tanto, buscou também analisar os interesses dos Sujeitos Políticos Coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade; apreender as

inflexões dos Sujeitos Políticos Coletivos; e identificar as resistências e consensos dos Sujeitos Políticos Coletivos frente à Reforma Sanitária Brasileira enquanto projeto político emancipatório. Este estudo de natureza qualitativa privilegiou a pesquisa bibliográfica, documental e a observação no período de 2010 a 2013. Os sujeitos da pesquisa foram os Sujeitos Políticos Coletivos integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB, correspondente às 09 entidades mais atuantes. O estudo tem revelado que o Fórum tem direcionado suas lutas em consonância com a Frente, tendo como principal bandeira na contemporaneidade a luta contra a implantação dos novos modelos de gestão expressos nas Organizações Sociais e na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários de Campina Grande. O projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (BRASIL, 2011, p.07). Os Sujeitos Políticos Coletivos do projeto da RSB tiveram seu protagonismo iniciado a partir da década de 70. Inicialmente, se destaca a participação de intelectuais de São Paulo e do Rio de Janeiro vinculados à academia, dos médicos residentes e dos movimentos populares, principalmente da Zona Leste de São Paulo. Para o entendimento desse processo é fundamental a compreensão do conceito de Sujeitos Políticos Coletivos (Gramsci, 2000) na perspectiva gramsciana que implica na construção de projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia, ou seja, a luta pela manutenção

ou para a transformação. Os Sujeitos Políticos Coletivos constituem-se frequentemente como resposta à necessidade de defender interesses superiores aos interesses puramente singulares e se referem à ação coletiva para a consecução de determinados interesses. Na década de 1990, houve um refluxo por parte dos Sujeitos Políticos Coletivos no que se refere ao projeto e processo da RSB. No século XXI, esses Sujeitos Políticos Coletivos apresentam um novo arranjo na correlação de forças, através da criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005) e da criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2010). O processo da RSB gerou diferentes projetos entre os Sujeitos Políticos Coletivos defensores da RSB nos quais se identifica na contemporaneidade uma perspectiva que adere às proposições da terceira via fundamentado na ideologia da pós-modernidade. Entende-se por terceira via um projeto político concebido em meados dos anos 1990, em função dos efeitos negativos do neoliberalismo e da socialdemocracia europeia, também chamada de social-liberalismo, mantém as premissas básicas do neoliberalismo em associação aos elementos centrais do reformismo socialdemocrata (Neves, 2010) e; a outra que defende a RSB enquanto radicalização da democracia com vistas a construir uma vontade coletiva para a sua efetivação. O Fórum em Defesa do SUS do município de Campina Grande/PB foi criado em 01 de outubro de 2012. O seu surgimento está vinculado à Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que luta contra a privatização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil. Para tanto, sua bandeira de luta é garantir a saúde como direitos de todos e dever do Estado e ele está ligado a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Como forma de articulação são utilizadas as ações políticas, os mais diversos meios de comunicação

(páginas em redes sociais, programas de rádios e televisão, notas em diários oficiais) e manifestação de ato público. Os integrantes desse movimento são as entidades sindicais, os movimentos sociais, alguns partidos políticos, etc. As bandeiras de luta são na perspectiva de sistematizar a unificação da luta pelo avanço e não desmonte tanto das políticas de saúde quanto dos direitos sociais por parte dos governos. Nesta perspectiva o Fórum realiza atividades produzidas pelos Sujeitos Políticos Coletivos, as quais são abertas ao público, ou seja, suas reuniões e atividades são abertas à comunidade em geral, sobretudo aos trabalhadores e usuários do SUS, para que haja a mobilização e organização desses sujeitos. Evidencia-se que o Fórum tem direcionado as suas ações na perspectiva de lutar contra a ameaça da implantação dos novos modelos de gestão em Campina Grande, seja através das Organizações Sociais como da EBSERH. A partir da sua criação em 2012 tem havido reuniões com regularidade na perspectiva de mobilizar e organizar as lutas políticas contra a privatização da saúde no município. Aponta-se para a necessidade de articular alguns Sujeitos Políticos Coletivos que são importantes para fortalecer o processo já identificado nesse relatório. Destaca-se a importância da autonomia do Fórum, uma vez que, seu financiamento depende das entidades e instituições integrantes, representativas do movimento sindical, populares, núcleos de pesquisas etc. Apresenta-se a necessidade de uma maior mobilização para esclarecer a sociedade sobre seus objetivos e agregar forças para o enfrentamento contra a privatização da saúde em Campina Grande/PB. Algumas ações foram identificadas, tais como: entrevistas à mídia televisiva e escrita; lançamento da página do Fórum, elaboração de panfletos e jornais informativos que explicitam o que é o Fórum e outros boletins que foram elaborados com as bandeiras de

luta. Dentre os Sujeitos Políticos Coletivos mais atuantes encontram-se o movimento sindical e estudantil, os partidos políticos, núcleos de pesquisas da UFCG e UEPB, bem como o CENTRAC. Os intelectuais que compõem o Fórum tem sido fundamental para corroborar com a direção política do movimento. O Fórum se configura como Sujeito Político Coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante. O Fórum integra a sociedade civil que é formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias. A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. A mesma não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de Sujeitos Políticos Coletivos que representam os interesses do capital e do trabalho ou de desdobramentos dessa contradição, como na política de saúde, aqui analisada. [1] Entidades que fazem parte do Fórum em Defesa do SUS são: a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); o Centro Acadêmico de Ciências Sociais/ UFCG; o Centro Acadêmico de Psicologia/ UFCG; o Centro Acadêmico de Enfermagem /UFCG, o Centro de Ação Cultural (CENTRAC); o Conselho Regional de Serviço Social/ Delegacia Seccional 3^a região (CRESS); a Corrente Proletária Estudantil/ PRO; o Diretório Central dos Estudantes (DCE/UFCG); o Fórum Popular de Saúde/ CG; o Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS/UEPB); o Sindicatos dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba (SINTES/PB); o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas da Paraíba (STIUP).

Relatos de Experiências

A CONSTRUÇÃO DE UMA HORTA COMUNITÁRIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO POPULAR PARA PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS PROCESSOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Maria José Pereira Tavares, Jéssica de Lima Spinellis de Carvalho, Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues, Reginaldo Ferreira de Lima Júnior, Islany Costa Alencar, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: participação, autonomia, saúde

O Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas da Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, vinculado ao Departamento de Nutrição e ao Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atua desde 2007 com as comunidades Boa Esperança, Pedra Branca e Jardim Itabaiana no bairro do Cristo Redentor em João Pessoa – PB, desenvolvendo ações orientadas pela metodologia da Educação Popular com foco na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e na Promoção da Saúde. O Programa está configurado em diferentes frentes de atuações, que buscam a promoção de processos emancipatórios e da autonomia dos sujeitos por meio da problematização da realidade local em espaços de construção compartilhada do saber e de trabalhos sociais. Dentre os diversos grupos, estão: HiperDia, Puericultura, Saúde mental, Espaço de diálogo (Conselho Local de Saúde) e a Horta Comunitária, a qual se localiza na nascente do Rio Jaguaribe. A construção da Horta se apresenta como espaço fundamental na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, ocorrendo através de

atividades educativas e de momentos de cultivo, cuidado e manutenção da Horta e seus produtos (ervas, plantas medicinais, frutas, legumes e hortaliças), a partir de abordagens que incentivam o diálogo e a construção compartilhada. O planejamento das ações e organização das ações de apoio do Programa à Horta ocorre através de reuniões semanais tanto na UFPB, como na Comunidade, onde se envolve a participação de estudantes e professores da extensão, profissionais de saúde das equipes de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde (principalmente agentes comunitários de saúde), moradores e educadoras populares comunitárias, as quais compõem a coordenação comunitária do PINAB. As ações semanais na Horta Popular Boa Esperança (um nome escolhido pela própria comunidade) se caracterizam como atividades de cuidado com a terra, sementeira, colheita, formação de canteiros com garrafas pet e limpeza do terreno, realizados pelos estudantes da extensão, moradores da comunidade (principalmente crianças e idosos) e um educador ambiental popular (membro do Movimento Popular de Saúde da Paraíba), com o objetivo de estimular o trabalho coletivo e a mobilização social. Dentre outras formas de mobilização presentes no espaço da Horta, destacamos a realização de mutirões para retirada do excesso de lixo nas proximidades da nascente do Rio Jaguaribe, que rodeia o espaço da Horta, onde também são acondicionados materiais dos catadores de reciclagem. Nesse sentido, foram feitas rodas de conversa com a população, com os catadores e com órgãos públicos que lidam com a questão do lixo e meio ambiente, como forma de problematizar a realidade local, propiciando a inclusão de indivíduos em assuntos comunitários e a buscando por melhorias no ambiente em que vivem. Também se desenvolvem, no contexto da Horta, estratégias divulgação