

(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 EBSEH. 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<sup>a</sup> 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

desse espaço, de maneira contínua, pois a comunidade necessita de estímulo à participação e de maior divulgação sobre a proposta da Horta e seu potencial na construção da saúde e da qualidade de vida, demonstrando os potenciais e benefícios da horta. Como atividades educativas, foram realizadas oficinas de produção de chás e de lambedor, em que os diferentes sujeitos compartilharam saberes sobre os benefícios das diversas ervas e plantas medicinais cultivadas na própria horta, estimulando as mesmas a se preocuparem com a saúde, atraindo a participação de crianças. Tais momentos se configuraram como um ponto positivo, mostrando a importância de uma alimentação adequada, com alimentos de qualidade, formando assim cidadãos comprometidos com uma melhor alimentação. Outra oficina desenvolvida foi a de produção de sabão ecológico, em que, além da sua elaboração, foram problematizadas as questões ambientais causadas pelo descarte de óleo na natureza. Durante a atividade foram pensadas estratégias para o cuidado do meio ambiente. Além dessas atividades, ocorriam dinâmicas de integração e rodas de conversa, incentivando a valorização dos saberes dos sujeitos e a construção do vínculo afetivo, como pressuposto fundante do diálogo para a construção participativa do trabalho social. Um dos desafios que encontramos ainda nas nossas ações foi a tímida e inconstante participação da comunidade, devido à inúmeras questões como as fragilidades socioculturais, os problemas de segurança, além dos preconceitos vivenciados pelos próprios moradores, além da descrença nas alternativas e possibilidades de mudança social, sendo necessário tempo para que as pessoas quebrem as barreiras, acreditem nas propostas do Programa e se empoderem do papel social e dos benefícios presente nessas ações. Após as reflexões dessas ações, podemos perceber a importância

da mobilização popular e do protagonismo da população na construção de esforços e trabalhos sociais comprometidos com o enfrentamento da fome e da pobreza, incentivando a participação em espaços para exercícios emancipatórios na comunidade. Aprendemos, no caminho, que a participação comunitária precisa ser construída gradativamente, com cautela e entendimento dos desafios e situações-limite vivenciados pelos próprios moradores, como também os expostos pelo próprio ambiente. Como uma das estratégias para melhorar a participação, temos buscado intensificar o diálogo com a equipe de saúde da família, integrando, no contexto da Horta, os esforços dos trabalhadores da atenção primária em saúde. A Horta é de fácil acesso e sua manutenção de baixo custo. Contribui na valorização da cultura e do saber local, com o cultivo de ervas medicinais, reduzindo o uso abusivo de medicamentos alopáticos, e intensificando cada vez mais a participação da população local. Dentre outros resultados, podemos destacar a apropriação e o sentimento de pertencimento por parte da equipe de saúde do território, no qual destacamos os residentes de saúde da família, os médicos e os agentes comunitários de saúde, que contribuem diariamente no processo de divulgação do espaço, incentivando os usuários a terem hábitos de vidas saudáveis através do próprio plantio do alimento. Com essa experiência é possível perceber que é fundamental a existência de um espaço coletivo de aprendizado e de integração, em que todos os atores possuam voz e possam contribuir, opinar, e construir em conjunto um ambiente participativo e dialógico na busca por uma melhor qualidade de vida, além de ser um espaço estratégico de promoção da saúde, uma vez que são cultivadas ervas medicinais utilizadas como fitoterápicos e diversos tipos de frutas e vegetais sem uso de agrotóxico e fertilizantes, contribuindo

no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis. Frente ao exposto, as ações na Horta Comunitária foi o espaço que mais contribuiu para viabilizar o aumento qualificado dos participantes da própria comunidade, em vista que este espaço foi construído com eles e para eles. Podendo, dessa forma, estimular com os mesmos um pensamento crítico e otimista sobre o modo de vida que levam, contribuindo diretamente para fortalecer o papel protagônico da comunidade, sensibilizando seus participantes para a importância da responsabilidade e do compromisso social. Para os estudantes da extensão, além de uma formação humanizada, como futuros profissionais, tendo em vista a experiência adquirida através da realidade vivenciada nas camadas populares da população, o significado pedagógico e pessoal desta experiência contribuiu para desenvolver o senso crítico, compreensivo, participativo e democrático, enquanto cidadãos.

**A EXPERIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE INCLUSÃO DIGITAL PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS, PROJETO DE EXTENSÃO DA PUC MINAS BETIM, SAÚDE NOS INTERESSA: OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DAS MICRORREGIÕES DE BETIM E CONTAGEM**

*Raimundo Loyola Júnior, Ronaldo de Oliveira Zenha, Karen Danielle da Silva, Daiane Flávia da Silva, Vivian Mara Barbosa, Ruan Victor Teles Gregório, Antônio Carlos de Amorim Júnior, Rafael Domingues de Moraes*

Palavras-chave: Controle Social, Educação Popular em Saúde

APRESENTAÇÃO: O Projeto de Extensão Saúde nos Interessa: Observatório do Controle Social do SUS das Microrregiões de Betim e Contagem, da PUC Minas Betim é

a continuidade do Observatório do Controle Social do SUS Betim que surgiu, em 2009, e que teve sequência com o Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Observatório do Controle Social do SUS Betim, no período de 2012 a 2014. De cunho multidisciplinar, o projeto visa promover a articulação entre os discentes e docentes de todos os cursos da PUC Minas em Betim, em especial Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Biológicas, Medicina Veterinária, Biomedicina e Medicina, bem como entre os demais atores sociais envolvidos com a questão do controle social, a fim de desenvolver espaços de práxis sobre as políticas de saúde e controle social, ampliando dessa forma suas possibilidades de educação e intervenção sócio-política em saúde. O Projeto tem como objetivo geral fortalecer o Sistema Único de Saúde nas Microrregiões de Betim e Contagem qualificando os mecanismos de controle social do SUS dentre os vários objetivos específicos destacamos, no contexto desse relato de experiência, os quatro principais: 1- Promover articulação da comunidade acadêmica com os conselhos e as conferências de saúde a fim de contribuir para a consolidação da democracia no SUS das microrregiões de saúde de Betim e Contagem. 2 - Contribuir para a consolidação das organizações locais dos movimentos sociais como instância de participação crítica, cumprindo seu papel de representação dos interesses da comunidade. 3 - Avaliar e promover a qualificação da informação em saúde para o controle social do SUS nos municípios das microrregiões de saúde de Betim e Contagem. 4 - Elaborar novas estratégias de educação popular para o controle social no setor saúde. OBJETIVOS: Esse estudo tem como objetivo relatar a experiência do grupo de educação em saúde do Projeto de Extensão Saúde nos Interessa: Observatório do Controle Social do SUS das Microrregiões de Betim e Contagem

no processo de elaboração, mobilização e realização das oficinas de inclusão digital para o controle social do SUS, através da percepção dos (as) estagiários (as) e dos preceptores do grupo. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em momentos anteriores do Projeto, entre 2009 e 2014, foram realizadas várias oficinas de formação para o controle social do SUS com conselheiros de saúde do município de Betim. Durante a realização dessas oficinas surgiu à demanda, por parte dos conselheiros de saúde, de formação básica em informática para que o mesmo pudesse acessar dados e informações disponíveis sobre a saúde do município de Betim. Naquele momento foram realizadas algumas oficinas com o objetivo de proporcionar noções básicas de informática aos conselheiros participantes, o que teve uma avaliação positiva por parte dos mesmos. Avaliando como positiva a experiência de formação para inclusão digital foi definida como uma das metas do projeto oferecer programa permanente de inclusão digital para os conselheiros dos 16 municípios que compõem as microrregiões de saúde de Betim e Contagem. O grupo de educação em saúde fez a opção por trabalhar com uma metodologia que tivesse como suporte pedagógico a educação popular em saúde, partindo da premissa que o campo da educação popular em saúde se volta para o desafio de como trabalhar com atores sociais visando o desenvolvimento de práticas solidárias e políticas que ultrapassem a simples tradução das necessidades em demandas que possam ter respostas institucionais. Em reunião com os participantes do grupo, preceptores, estagiários (as) e professor de referência definiu-se que seriam formadas duas turmas com quinze participantes e seriam oferecidas quatro oficinas com carga horária de duas horas cada, perfazendo um total de oito horas por turma. O público alvo seriam os conselheiros de saúde dos municípios que compõem as duas microrregiões de

saúde do projeto e pessoas ligadas aos movimentos sociais desses municípios. A PUC Minas Betim disponibilizou uma sala do Laboratório de Informática da Unidade com toda a infraestrutura necessária: computadores com acesso a internet e equipamento de multimídia. As oficinas foram divididas em duas unidades: Unidade I - Inclusão Digital Hardware 1.1 Periféricos 1.2 Unidade de armazenamento Windows 2.1 Inicializando o Windows 2.2 Navegação na área de trabalho (Desktop) 2.3 Conceito de pastas e arquivos Internet 3.1 Como efetuar pesquisa de conteúdo (Utilização do Google) 3.2 E-mail Unidade II - Sistemas de informação DATASUS Abordagem sobre Sistema de Informação do SUS 1.1 Apresentação dos Sistemas de Informação do SUS 1.2 Apresentação mais detalhada sobre os Cadastros Nacionais: Cadernos de Saúde, Cartão Nacional do SUS, CNES 1.3 SIOPS 1.4 TABNET - Indicadores epidemiológicos, indicadores demográficos, indicadores de cobertura. 1.5 Fundo Nacional de Saúde - Transferências financeiras. A primeira unidade aborda conceitos de informática e uso do computador e a segunda unidade são abordados os sistemas de informação em saúde disponíveis no DATASUS/ Ministério da Saúde. Para facilitar o aprendizado foi elaborada uma apostila. Os (as) estagiários (as) ficaram incumbidos de realizar os contatos para captar participantes. **RESULTADOS:** As oficinas foram realizadas nos meses de junho e agosto de 2015 com a participação total de 16 conselheiros de saúde. Inscreveram-se para participar das oficinas trinta e uma pessoas, porém apenas pouco mais de 50% desse total compareceu efetivamente. Na etapa de mobilização os (as) estagiários (as) tiveram muitas dificuldades para conseguir os contatos dos conselhos de saúde dos dezesseis municípios e, conseqüentemente dos conselheiros. Durante as oficinas nos momentos de discussão, os conselheiros

associavam suas vivências e participação nos conselhos de saúde com o tema proposto. Desta forma, pôde-se analisar o crescimento progressivo do pensamento crítico em relação à prática de conselheiro. Houve relatos de participantes que o conteúdo das oficinas proporcionou a eles a possibilidade de discutirem com maior propriedade uma pauta da reunião do conselho municipal de saúde. Outros relataram que agora tinham possibilidade de compreenderem melhor os relatórios de prestação de contas quadrimestral e anual da secretaria municipal de saúde. Todo esse processo possibilitou uma forte interação dos (as) estagiários (as), preceptores e do grupo com os participantes das oficinas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As oficinas foram muito bem avaliadas pelos participantes que apontaram também à necessidade de se aumentar a carga horária para aprofundamento de alguns sistemas de informação, como SIOPS, por exemplo. Outra demanda que surgiu foi reproduzir as oficinas para todos os (as) estagiários (as) que participam do projeto. Alguns desafios estão postos para o projeto: A manutenção do Observatório enquanto prática extensionista, ou seja, estabelecer um caráter permanente e não apenas de projeto que tenha prazo para se realizar; Empoderar os conselheiros de saúde e os movimentos sociais para inseri-los de forma concreta na participação popular e, Fortalecer a relação do meio acadêmico com a sociedade.

#### **A EXTENSÃO POPULAR COMO PRÁTICA TRANSFORMADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE, ONDE APRENDIZADOS SIGNIFICATIVOS ULTRAPASSAM A SALA DE AULA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Ana Paula Maia Espândola Rodrigues, Pedro José Santos Carneiro Cruz*

Palavras-chave: Participação Social, Relações Comunidade-Instituição, Promoção da Saúde

As ações de Extensão pela Educação Popular têm agregado potentes sentidos como práticas transformadoras da formação em saúde em todo o país. Nesse trabalho, apresentaremos alguns aprendizados significativos nesse campo a partir de um relato de experiência construído em primeira pessoa, e protagonizado pela autora principal, sob orientação do coautor. Pensando sobre a minha trajetória acadêmica, percebo que, muito antes de escolher em que iria me formar, sabia que queria fazer algo diferente. Enxergava que a realidade do mundo não me agradava e que parte da responsabilidade era minha. Para conseguir mudar o mundo, precisava primeiro mudar a mim. No entanto, a inércia me fez encaixar nas minhas inquietações e no desejo de mudança. Quando ingressei na universidade para cursar Nutrição, conheci, através de uma professora do Departamento de Nutrição, a proposta do Programa “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica” - PINAB. Vi então a oportunidade que esperava há tempos. Percebi que me inserir em uma comunidade era a oportunidade de conhecer pessoas que vivem em circunstâncias diferentes da minha, ultrapassar os muros que me cercavam e compreender a vida para além da minha realidade social. Através dessa vivência e das experiências que venho adquirindo, muitas coisas mudaram em mim, inclusive minha forma de pensar e ver o mundo. Mudei, também, a minha forma de me relacionar com as pessoas, me despendo de preconceitos e compreendendo o sentido de princípios como a amorosidade. Meu primeiro ano no Programa não foi fácil, ao longo do trabalho que desenvolvia junto ao grupo que atuava em uma Escola Municipal, abordando o tema da participação popular

com crianças. Utilizávamos dinâmicas que contribuíam na discussão sobre as responsabilidades que possuem frente a seus direitos e deveres. No entanto, nossa pouca experiência e dificuldade em trabalhar tais temas com crianças, assim como os problemas de horários na escola que impediam nossas atividades, foram nos desmotivando. Além disso, após algumas reflexões, pude perceber que o que fazíamos era preponderantemente transmissão de conhecimento de forma lúdica e não um processo pedagógico com abordagens facilitadoras da visão crítica, do protagonismo dos sujeitos e da transformação social. Com isso, era recorrente a vontade de desistir e jogar tudo para cima. Parecia não haver amor ou sentido no que eu fazia; até que, no último dia de atividade do ano, em uma gincana sobre o tema, algumas crianças me surpreenderam e me fizeram ficar apaixonada por aqueles rostinhos sorridentes e espertos que lembravam tudo o que tínhamos conversado o ano inteiro. Durante todo aquele ano, não entendi bem porque eu continuei no Programa, mas depois de ver aqueles sorrisos, soube que minha vontade era não largar mais aquela comunidade. Após dois anos de vivências, pude participar da construção da Horta Comunitária na Boa Esperança (comunidade de atuação do PINAB). Foi nesse espaço que o processo dialógico e o compartilhar de saberes se tornou mais evidente para mim. Aprendemos todos juntos (estudantes, docentes, moradores da comunidade, trabalhadores de saúde locais) todo o processo prático de construção da horta, as diferentes formas de se utilizar cada planta medicinal, buscando também proteger e preservar a nascente do Rio às margens do qual a Horta foi construída, compreendendo também o porquê da quantidade de lixo próximo àquele espaço. Percebemos que, mais do que uma simples placa de “Não jogue lixo aqui”,

era necessário buscar de forma coletiva os meios para que a coleta fosse apropriada, e que melhor do que “fazermos o certo” era “fazermos juntos”. Um dos momentos ímpares vivenciados na Horta Popular Boa Esperança (assim nomeada por todos) foi uma oficina de produção de “lambedor”, um medicamento popular e fitoterápico, em que uma moradora da comunidade ensinou a adultos, crianças, extensionistas, médico, agentes comunitários de saúde e residentes da Unidade de Saúde da Família que abrange o território, como fabricar um xarope caseiro com as plantas medicinais cultivadas no próprio espaço da Horta. O diálogo entre o médico e a moradora sobre os benefícios das plantas medicinais consistiu na concretização do compartilhamento de saberes e experiências, onde o científico e o popular se encontraram e percebem que são distintos na linguagem, mas têm ambos o mesmo potencial e importância na construção de processos de melhoria da vida das pessoas. No decorrer de nossas idas e vindas, das dificuldades e desafios que encontramos ao longo do processo de trabalho de sensibilização e mobilização da população na construção da Horta, uma questão que sempre provocou nossa reflexão foi a inconstante participação popular em algumas das frentes de ação que buscamos impulsionar junto a comunidade. Dentro do que conseguimos constatar, percebemos que muitas questões são mais problemáticas globais que especificamente locais. Algumas delas relativas ao tímido sentimento de pertencimento ao território em que se vive. Para muitos comunitários, é ainda tímido o sentimento de que se pode fazer mais e de que se pode modificar a realidade ao nosso redor. É notável, quanto a isso, que nas comunidades em que se atua os reflexos dos muitos anos de promessas não cumpridas por alguns mandatários públicos e políticos forjaram corações calejados e endurecidos pelas mentiras

e trapaças eleitoreiras, dificultando a mobilização que tentamos executar. É comum escutar de algumas pessoas do território perguntas como: “O que vocês estão ganhando com isso?”. Ao parar para refletir sobre tal questionamento, penso que a questão deveria ser “o que nos motiva a fazer isto?”. E se me pergunto isso, sem dúvidas posso responder utilizando uma fala de São Paulo, em sua Carta aos Romanos: “Não vos conformeis com este mundo, mas transformai-vos”. Da mesma forma, reitera Paulo Freire que nós, seres humanos, não estamos no mundo para a ele nos adaptar, mas para transformá-lo. Para tanto, é preciso “fugir” da nossa zona de conforto e buscar meios de modificar o que nos incomoda, o que acreditamos não estar coerente do ponto de vista humanístico. Portanto, em minha visão, não é preciso ganhar nada em troca para isso, apenas o sentimento de contribuir para a construção de um mundo melhor. Isso não se faz apenas sentado em uma cadeira, dentro de casa ou em uma sala de aula embora seja importante também, mas se faz, necessariamente, com uma inserção radical no mundo. Por um mergulho crítico, pró-ativo e participativo na realidade social, compreendendo as relações ali construídas e buscando estratégias para a problematização e a sua transformação. Foi devido ao sentimento de que podemos fazer mais que me inscrevi no PINAB nas primeiras semanas de meu ingresso na Universidade. Continuo ainda hoje na Extensão Popular, estando mais presente e ativa nesse espaço do que propriamente no curso de Nutrição, em seus espaços tradicionais. Hoje tenho a plena certeza de que os melhores e maiores aprendizados adquiridos não foram dentro da sala de aula, mas principalmente se deram fora dela. Percebi que nossa formação não começa quando entramos na Academia e não se encerra quando saímos. Muito pelo contrário, nossa formação começa quando ultrapassamos os muros que nos

prendem e, assim, nos deparamos com a realidade, e nessa nos inserimos de maneira compromissada, permanente, regular e crítica, onde não apenas podemos observar e ver processos e pessoas, mas conhecer, interagir e protagonizar, em conjunto, uma construção compartilhada de saberes, lutas e trabalhos sociais.

#### **A IMPLICAÇÃO DO ESTÁGIO E VIVÊNCIA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MARANHÃO PARA A FORMAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS HUMANIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Romullo Jose Costa Ataides, Ronan Lacerda Barbosa, Thyago Leite Ramos, Agamenon Rodrigues Sena Neto, Francisco Eduardo Ramos da Silva, Tiago Leite Ramos, Vitor Pachelle Lima Abreu*

Palavras-chave: Humanização, SUS, VER-SUS,

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) possui importantes espaços potenciais de apoio à formação como cenário de aprendizagem com o objetivo de produzir novas práticas pedagógicas e de cuidado em saúde. Segundo Benevides e Passos (2005), “sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo”. Com esse intuito, é possível edificar conexões entre os profissionais de saúde e com usuários para produzir autonomia e corresponsabilidade, sendo necessário conhecer bem a realidade envolvida. Nesse contexto, o VER-SUS (Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) tem como o objetivo compreender o contexto no qual os usuários do SUS estão inseridos, quebrando preconceitos e mostrando as necessidades deles, que são, em alguns

casos, desrespeitados. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O VER-SUS IMPERATRIZ aconteceu nos primeiros dez dias do mês de agosto, sendo composto por 60 estudantes de todo o Brasil -80% dos participantes vivenciando esse projeto pela primeira vez e o restante, já experientes, facilitando as discussões e debates-, expondo as realidades do SUS de várias regiões do país. No entanto, o intuito era conhecer a realidade local e a aplicabilidade de ações. Esse projeto foi realizado com metodologia ativa de imersão total, ou seja, convivência coletiva de aproximadamente 200 horas com intensos debates e com vivências em diversos locais como o lixão local, tribo indígena, templo de umbanda, assentamento rural, além dos diversos níveis de atenção à saúde. Durante essas visitas, rodas de conversar com os usuários nesses contextos foram organizadas para que os viventes pudessem conhecê-los, compreendê-los e auxiliá-los nessas diferentes situações sociais. Além deles, conversas com profissionais e gestores municipais dos mais diversos setores de saúde onde acontece a prestação de serviços do SUS também foram realizadas. Ademais, havia debates temáticos sobre os locais vivenciados, histórico da saúde no Brasil com determinantes sociais, as dificuldades de acesso e preconceito/opressão enfrentado por alguns grupos de usuários como homossexuais, negros, índios, deficientes, psiquiátricos entre outros. RESULTADO: No início, o Sistema Único de Saúde foi apresentado a todos os viventes e facilitadores por meio de funcionários da gestão municipal que compartilharam todas as dificuldades e qualidades do sistema local. Após isso, os integrantes conheceram o histórico do SUS, tendo ênfase na participação social para criação e consolidação desse modelo de saúde. Não obstante, muitos temas foram abordados para que os viventes pudessem desenvolver a empatia que, em

muitos, não existia ou era praticamente inexistente. Isso contribuiu para que, quando fossem iniciadas as vivências, o indivíduo buscasse uma nova perspectiva, não apenas a da acadêmica ou a de gestão. Ademais, nos primeiros dois dias, pôde-se garantir maior integração dos participantes por meio de dinâmicas e apresentações, treinando o ouvir e o escutar dos mesmos. Como resultado desse olhar de conhecer o diferente, os integrantes puderam assimilar a importância de compreender, entender e respeitar o usuário, cliente e funcionários com uma avaliação do ambiente no qual estão inseridos. Ainda assim, essas atitudes ajudam a repensar conceitos, preconceitos e paradigmas. Como primeiro campo de estágio, o lixão municipal foi o escolhido. Embora determinado em lei para o fim desses espaços, foi perceptível o descaso das autoridades, já que há mistura de resíduos sólidos de todos os gêneros, inclusive hospitalar. Muitos dos catadores não possuem escolaridade e sofrem preconceito por desempenharem tal atividade, distanciando-os até de procurarem assistência à saúde. Ainda com a mesma problemática, os umbandistas – segundo campo de estágio- fazem parte de um grupo que é segregado por suas crenças, distorcidas pela sociedade. O movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra foi apresentado para desmistificar os interesses desse grupo, além de deixar evidente a desigualdade existente no país. Assentamentos em locais distantes com condições precárias de acesso à saúde e educação. Ainda nesse período, hospitais públicos e particulares foram visitados comprovando a discrepância existente entre o público e o privado, mas que, serviços públicos, no privado, funcionam de forma ideal, sugerindo problema de gestão da máquina pública. Voltando-se para a atenção primária e de prevenção, várias unidades básicas de Imperatriz foram visitadas, sendo

selecionadas pela área de abrangência, referência de atendimento e a que melhor desempenha suas atividades. Essa vivência evidenciou o quão a saúde não é igual e equânime dentro do município. Unidades que tinham uma boa gestão, planejamento e estrutura, embora não conseguisse abranger toda a área de cobertura em contraponto com outra que tinham apenas um médico, uma enfermeira e um agente comunitário de saúde para o desempenho das funções, sendo justificado tal escalonamento devido à falta de verba para o custeio. Outra realidade apresentada foi a dos pacientes com transtornos psicossociais - grupo que é discriminado até pelos profissionais de saúde, marginalizados pela sociedade e, até mesmo, por seus familiares-. Então, CAPS III, CAPS AD, casa de apoio a esses usuários foram visitadas, podendo-se perceber que algumas questões de gestão ocorrem, no entanto, há empenho de todos os profissionais para contornar os obstáculos. Como último local de vivência, foi escolhida a aldeia indígena em que os índios ainda mantêm boa parte de suas tradições, sendo educados em português e no idioma local; possuem uma unidade básica de saúde, ambulância e transporte para o município. Isso permitiu refletir o conceito de saúde e aprimorar o respeito pelas crenças locais, já que, embora tenham assistência, algumas formas de tratamento são recusadas. Considerações finais: Se entendermos humanização como a “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (HUMANIZASUS, 2009), o VER-SUS, projeto do Ministério da Saúde com a Rede Unida, traz uma proposta efetiva para contribuir com a formação de futuros profissionais do SUS comprometidos eticamente/politicamente com as necessidades da população por meio de vivências e estágios que possibilitam ao estudante experimentar um espaço de aprendizagem, permitindo a humanização

do atendimento já que valoriza os sujeitos de produção de saúde e reflete as nossas práticas sobre o diferente. Outrossim, para mudar a realidade do sistema e construir vínculos com os usuários, é necessário que haja conhecimento dessa realidade, sendo difícil garantir a singularidade e especificidade na criação de estratégias para romper com o modelo biomédico focado na doença se não feito dessa forma.

#### A ONDA É TER SAÚDE-PROMOÇÃO DE SAÚDE NA RÁDIO

*Jéssica Miguel Medeiros da Silva, Sarah Maciel Barbosa Rocha, Lílian Kelen de Aguiar, Hernane Guimarães dos Santos Junior, Erica Patrícia Azevedo Souza*

Palavras-chave: Comunitária, promoção de saúde, interdisciplinaridade

APRESENTAÇÃO: Dentre as formas de comunicação oral, o rádio acelera a disseminação das informações em curto espaço de tempo. E muito disso deve-se, também, pelo simples motivo de o rádio ser livre de fios e tomada e, por isso pode ser levado a qualquer lugar, além de sua capacidade de falar para milhões de pessoas, capacidade de falar para cada indivíduo, velocidade, caráter transfronteiriço, simplicidade, baixo custo, entre outros. Estas características, se bem aplicadas, poderão facilitar a mediação entre produção e recepção, locutor e ouvinte. Fazer a mediação entre o conhecimento científico e popular não é tarefa fácil, mas necessária para a promoção da saúde e para a inclusão de novos atores neste campo, fortalecendo a organização popular, permitindo também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com outros saberes. “A onda é ter saúde- Promoção de Saúde na Rádio” é um projeto de extensão realizado por meio da Universidade do Estado

do Amazonas, em parceria com a Rádio Comunitária “A voz das comunidades” que contempla um dos aspectos que caracterizam uma rádio comunitária, que é o compromisso com a educação para a cidadania no conjunto da programação e não apenas em algum programa específico. Incentivando a comunidade na luta por seus direitos, oferecendo espaços para a população e associações divulgarem suas atividades, estimulando, especialmente através da música, o lazer, o convívio social dentro da cultura Amazônica, prestação de serviços de utilidades públicas, para que sejam atendidas as necessidades da população. O projeto tem por objetivo viabilizar o contato de docentes e discentes com a comunidade e dessa forma implementar propostas de educação em saúde, promoção e prevenção através da rádio comunitária. **DESENVOLVIMENTO:** A Universidade do Estado do Amazonas, através do projeto “A onda é ter saúde- Promoção de Saúde na Rádio” promove com as comunidades das zonas norte, leste de Manaus/AM e arredores, repassando informações sobre saúde, meio ambiente e bem-estar. Para esta finalidade, foi implantado o Programa na rádio comunitária, considerado um meio de comunicação oral importante e eficaz devido ao seu maior nível de compreensão, podendo-se adequar à linguagem do público-alvo. O sábado foi o dia escolhido para a transmissão do programa, no horário das 09h às 10h, tendo como apresentadoras as acadêmicas de Odontologia desta Universidade Jéssica Miguel e Sarah Rocha. Inicialmente, as alunas envolvidas dedicaram seu tempo dividindo-o em alguns momentos: procuraram uma rádio comunitária disponível ao projeto e então chegaram à comunidade ao redor a fim de observar e diagnosticar necessidades para posterior decisão do cronograma de temas abordados em consonância com as demandas percebidas. Leituras, estudos,

produção de laudas e material bibliográfico foram feitos sobre o campo da saúde, meio ambiente e áreas. As acadêmicas da Universidade do Estado do Amazonas, apresentavam o programa “A Onda é Ter Saúde” e o faziam através de sistema de rodízio de temáticas, sob a orientação da coordenadora e dos co-orientadores do projeto. Em reunião da equipe, decidiam-se quais os temas que seriam abordados e quais seriam os profissionais convidados. Os temas eram escolhidos conforme critérios estabelecidos pelo grupo como, datas comemorativas, campanhas devido a surtos da doença, prevalência da doença em determinadas estações do ano ou relevância daquele tema para determinada época de veiculação do programa. Para a elaboração de cada programa, as alunas reuniam-se semanalmente para pesquisa e preparação do tema do programa. Cada programa segue um roteiro construído pelas acadêmicas, contando com uma variedade no formato ou na estrutura do programa: entrevista com convidados ao vivo ou gravada, bate-papo (roda de conversa) entre as apresentadoras, momento para responder dúvidas dos ouvintes, dicas de saúde, momentos culturais e musicais. O programa conta com várias parcerias, como a participação de usuários, conselheiros de saúde, pessoas que desenvolvem práticas populares em saúde, estudantes universitários, especialistas e profissionais de saúde, promovendo desta forma, a interdisciplinaridade na promoção e prevenção de saúde. **RESULTADOS:** O programa A Onda é Ter Saúde, encontra-se em andamento e está consolidado dentro da programação da rádio comunitária “A voz das comunidades”. Até o momento foram apresentados 18 programas (agosto/2014-agosto/2015), alcançando as zonas norte e leste da cidade de Manaus, que totaliza aproximadamente 890 mil habitantes. Foram apresentados para ouvintes os seguintes temas: doenças

crônicas; saúde da mulher; bem estar; meio ambiente e sustentabilidade; controle social; cidadania; saúde mental; saúde bucal; adesão a tratamento; neonatologia; campanhas do Ministério da Saúde. O projeto “A Onda é Ter Saúde” é de caráter promotor/educativo em saúde. A utilização dos recursos da comunicação para a veiculação de informações deve alcançar o entendimento de que a comunicação é, também, um processo social e educativo, além de informativo. Sensibilizando a população sobre a manutenção da sua saúde que depende do recebimento e da utilização da informação. O Projeto de extensão proporcionou às acadêmicas a construção de espaços para reflexão sobre a realidade durante todo o processo de realização/produção dos programas semanais, estimulando a pesquisa sobre os temas presentes nos mesmos. As acadêmicas são unânimes ao afirmar como o programa as auxiliou na vida acadêmica e como acreditam que trará benefícios no exercício profissional, pois o projeto mostrou a importância da interdisciplinaridade, da aproximação com a realidade, do relacionamento com os atores envolvidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas, como a rádio, que conduzam a uma transformação dos envolvidos, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável, mostra-se imprescindível. Esta prática como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar

mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social. Estas ações necessitam uma divulgação e ampliação, estabelecendo também, uma relação multidisciplinar. Deste modo, a educomunicação em saúde mostra-se significativamente importante no processo ensino-aprendizagem das acadêmicas, possibilitando, uma maior aproximação e ampliação do diálogo tão essencial no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças. A integração que foi possível entre as Universidades, mais os profissionais de diversas áreas com as comunidades das zonas norte e leste, através do Projeto de Extensão é uma novidade que merece ser fortalecida e analisada à luz das teorizações do campo da Educação e da Comunicação Popular em Saúde.

#### **A SAGA PELA SAÚDE PÚBLICA: MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A XV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

*Vanessa Calixto Veras Sanca, Pedro Alves de Araújo Filho, Maria José Melo Ramos Lima, Larissa Alves Alexandre Moliterno, Lucimar Bóh Barbosa, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Lucia Conde de Oliveira, Luciana Mickaelli King*

Palavras-chave: Participação Social, Controle Social, Redes Comunitárias

**INTRODUÇÃO:** A edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconfigurou a política de saúde no país e trouxe mudanças significativas na estruturação dos serviços, além de instaurar uma proposta de democracia participativa como fundamento para a gestão, a partir da criação de mecanismos de participação e controle social, instituídos na Constituição Federal de

1988 e regulamentados na Lei 8142/90. As conquistas acumuladas são acompanhadas de grandes desafios com vistas a efetivar a integralidade da atenção. As conferências temáticas se inserem nesse contexto como possibilidade de problematização da consolidação dessa proposta de saúde pública. O objetivo do presente trabalho consiste em relatar uma parceria ensino-comunidade para a mobilização e debate em torno da XV Conferência Nacional de Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência foi estruturada a partir do processo de articulação, mobilização e parceria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma rede de movimentos sociais (Rede DLIS) situada na periferia do município de Fortaleza-CE, no denominado Grande Bom Jardim. O Grande Bom Jardim está situado na área administrativa da Regional V, no sudoeste do Município, composto por 5 bairros, com uma população de 204.281 mil habitantes (Censo 2010 IBGE). Os bairros que integram a região estão entre os mais pobres e com a mais baixa renda per capita da capital, o IDH é baixo não passando de 0,5 considerando todos os bairros. A cobertura e o acesso aos serviços e políticas públicas são insuficientes e difíceis que, somados ao perfil epidemiológico, elevado grau de vulnerabilidades e preocupantes determinantes sociais, tornam mais complexa a situação de saúde local. Produzir vida e saúde, em sua concepção ampliada, nesse lugar significa atravessar à luta por direitos de cidadania e condições dignas de viver. A Rede de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim – Rede DLIS é uma instância de articulações de lutas, que congrega organizações da sociedade civil, envolve 61 entidades e movimentos, que demandam questões específicas de cada bairro e consensuam atuações no que diz respeito ao território e

à cidade. Essa atuação comunitária em rede teve início em 2003 e vem atuando até hoje no processo de diagnóstico, planejamento e monitoramento de políticas públicas de efetivação de direitos humanos nos cinco bairros do Grande Bom Jardim. Como parte dessa rede, em 2013 deu-se início a ações de monitoramento dos serviços de saúde, com a posterior constituição de uma comissão de saúde composta por moradores, conselheiros e profissionais de saúde que integram a Rede DLIS. Esta atua no monitoramento dos postos de saúde instalados, de equipamentos de saúde em construção, do funcionamento dos conselhos locais e acolhendo demandas no campo da saúde na região. **METODOLOGIA:** A oficina foi realizada em abril de 2015 na sede da Rede e contou com a participação de moradores e conselheiros locais de saúde da região do Grande Bom Jardim. A atividade consistiu em quatro momentos: 1. Teve início com a acolhida através da dinâmica dos cumprimentos para uma apresentação coletiva dos participantes. 2. O momento posterior foi destinado aos informes e repasses da agenda de luta pelo direito à saúde, desenvolvida pela Rede DLIS; 3. A terceira etapa destinou-se a uma roda de conversa sobre a XV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema será: Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: “Direito do povo brasileiro”. Assim como, os informes sobre as Pré-Conferências Regionais de Saúde como preparatórias para a 7<sup>a</sup> Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza; finalizando essa etapa com a elaboração de um plano de ações; 4. Ao final, foi realizada avaliação da oficina. **RESULTADOS:** Em relação aos eixos temáticos propostos para a conferência, o tema de maior interesse foi “participação e controle social”. As problemáticas citadas que envolveram esse tema foram agrupadas em três situações-problema: 1. desarticulação dos conselhos locais e regional de saúde; 2.

gestores que não respeitam as deliberações dos conselhos; e 3. desmotivação para a participação social. Apontaram o descomprometimento de alguns conselheiros e a falta de formação como possíveis causas para essa desmotivação. A partir disso, foi construído um plano de ações para o enfrentamento das situações-problema elencadas. Para a primeira foi apontado como ações: revitalização dos Conselhos Locais; capacitação dos conselheiros; tensionamento do Conselho Regional sobre o funcionamento dos Conselhos Locais, oficializado através de uma carta de reivindicação. No que se refere a segunda situação-problema, foi proposto: mobilização da comunidade e manifestação sobre os problemas de saúde, um ato público para dar visibilidade aos problemas; participação do encontro das Comissões de Direitos Humanos e da Saúde da Câmara Municipal de Vereadores com representantes da comunidade. Para a resolução da terceira e última situação: momentos formativos sobre o papel dos conselhos de saúde e o ser conselheiro nas unidades de saúde e espaços comunitários, como forma de empoderamento da comunidade e profissionais de saúde sobre a importância do controle social; realização de salas de espera nas unidades de saúde sobre a temática participação e controle social para mobilização da comunidade; propor a realização de reuniões dos conselhos locais de saúde em horários e locais que garantam e facilitem a participação da comunidade; e realização da articulação com outras redes comunitárias, conselhos inter-regional e ou movimentos sociais que defendam o direito à saúde. Para finalização da oficina, foi realizada avaliação do processo vivenciado e como essa atividade os afetou. Foram distribuídas tarjetas de papel para que cada um escrevesse uma palavra ou frase que consideraram relevantes para encerrar o momento. Posteriormente, o

material foi organizado em painéis para melhor visualização. O produto dessa experiência foi sistematizado em um relatório entregue a comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza e foi apresentado no formato de cordel na disciplina Seminário Temático I – Saúde Coletiva e SUS do PPSAC da UECE. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível inferir que apesar das dificuldades instauradas há ânimo para continuar a luta pelo direito à saúde pública, os participantes acreditam na importância de revitalizar os conselhos locais de saúde e a articulação com outros movimentos sociais mostrou-se necessária para esse processo. Para a defesa do SUS não basta à formalidade administrativa da participação. Mas, foi ressaltado que os conselhos exercem ainda tensionamento que contribuem para a melhoria das ações e serviços de saúde. A referida experiência oportunizou o encontro entre atores sociais e estabeleceu diálogos importantes para o fomento à participação nas conferências de saúde e instâncias deliberativas do setor. Além disso, representaram a possibilidade de se estimular a criação de espaços coletivos de debate, capazes de propiciar análise do contexto de saúde local e dos serviços ofertados, para efetivar e qualificar o exercício do controle social.

#### **ASSEMBLEIA DE CAPS: QUE LUGAR É ESSE?**

*Carlos Galberto Franca Alves, Joana Rita Monteiro Gama, Tais Fernandina Queiroz, Mariza Lima Almeida, Kelley Karolliny Soares dos Reis Santos, Mirna Murraya Cavalcante Brito*

**APRESENTAÇÃO:** Este trabalho trata do relato de experiência do Projeto: “Assembleia de CAPS: Que lugar é esse?”, aprovado pela I Chamada para Seleção de Projetos de Fortalecimento do

Protagonismo de Usuários e Familiares da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde, sendo desenvolvido no CAPS III David Capistrano Filho/Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Aracaju. Tendo como objetivo fomentar junto aos usuários, familiares, trabalhadores, demais participantes da comunidade e de outras Redes de assistência à criticidade, através da discussão, avaliação e proposições para o funcionamento do serviço. Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira abrem-se um novo olhar sobre a assistência as pessoas que vivem com transtorno mental. Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS tem sido estratégicos enquanto dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental. Gradativamente ocorre a ampliação dos serviços que prestam assistência nesta perspectiva ampliando as Redes de Atenção Psicossocial em vários municípios do Brasil. Assevere-se que o modelo de cuidado em saúde mental implementado pelo município de Aracaju tem se estruturado a partir do trabalho coletivo dos seguintes setores: os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Referência Ambulatoriais, as Unidades Básicas de Saúde, a Rede de Urgência/Emergência Psiquiátrica e o SAMU. METODOLOGIA: A Rede de Atenção Psicossocial - REAPS do município de Aracaju é composta pelos seguintes serviços: 01 Urgência de Saúde Mental no Hospital São José; 03 CAPS do Tipo III; 01 CAPS ad III; 01 CAPS infanto-juvenil ad; 01 CAPS infanto-juvenil de transtorno mental; 09 ambulatórios de referência em saúde mental; 04 serviços residenciais terapêuticos; Projeto de Redução de Danos; 01 clínica privada conveniada ao SUS; 01 Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, que possui 08 leitos para adultos; Serviço Hospitalar de Referência de álcool, crack e outras drogas: sendo

uma Enfermaria Masculina com 16 leitos no Hospital de Cirurgia e uma Enfermaria Feminina com 14 leitos no Hospital São José. Nos CAPS são desenvolvidas atividades de grupos, individuais, direcionadas às famílias e outras à comunidade. Entre as atividades estão as Assembleias e reuniões de organização do serviço. No espaço da assembleia existe o propósito de estabelecer um momento onde cada um é escutado na medida do seu desejo de colocar-se, mesmo que sua fala não tenha convergência com a opinião da maioria dos participantes, buscase um consenso através de argumentações. Esta atividade tem sido desenvolvida no CAPS III David Capistrano desde sua inauguração em setembro de 2002, funcionando regularmente de forma semanal. É realizada por técnicos e usuários do serviço sendo um espaço aberto à participação de familiares, estudantes e a comunidade. A participação dos usuários é voluntária tendo uma média de 45 participantes e sua realização nos serviços de saúde mental encontra-se em consonância com o que tem sido preconizado no processo de Reforma Psiquiátrica, sendo um momento salutar de cogestão do cotidiano institucional. Nessas reuniões são discutidos os mais variados temas, tais como: acolhimento, alimentação, estrutura física, formas de cuidado, atividades internas e externas, relação entre usuários e equipe, datas comemorativas e passeios, acolhimento noturno (pernoite), carteira de passe livre, situações de violências, informações diversas e etc. RESULTADOS: Ao longo dos anos, já foram deflagrados nas assembleias, importantes momentos para os usuários e familiares, tanto do ponto de vista do seu tratamento, quanto de luta por melhores condições sociais, como a quebra de estigma e do preconceito (Manifestações populares, passeatas, abaixo-assinado e reuniões no Ministério Público). Também ocorre a participação de outras instituições: Unidades Básicas fazendo educação em

saúde; Secretaria de Saúde e demais secretarias divulgam campanhas educativas e informativas; Grupos de teatro e danças populares; INSS discutindo sobre os benefícios assistenciais e aposentadoria; Ministério Público fazendo debate sobre os direitos e deveres dos portadores de transtornos mentais; AUSMES – Associação de Usuários de Saúde Mental do Estado de Sergipe, que vem estimulando a participação dos usuários e familiares nas reuniões da mesma, bem como na defesa de melhores condições de tratamento em saúde e garantia de direitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento desta atividade suscita a discussão sobre a clínica em saúde mental, repleta de incertezas e de complexos caminhos que atravessamos no processo de Reforma Psiquiátrica e que se encontra repleto de possibilidades. O surgimento de alternativas para a construção de novos paradigmas com os movimentos políticos e sociais na década de 1980; no contexto das lutas pelo fim da ditadura e pelas diversas formas possíveis da redemocratização, trouxe em seu bojo, posições políticas a favor do fortalecimento da autonomia, como forma básica para o desenho de uma nova democracia, baseada no poder local e na cidadania participativa. Não resta dúvida de que a ideia de humanizar o cuidado socialmente ofertado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas acompanha a evolução dos direitos humanos e se coaduna com os direitos e garantias fundamentais declarados em nossa Constituição Federal, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e na Lei 10.216/2001. A aproximação das áreas estimula a co-responsabilidade da equipe de saúde mental com os profissionais da unidade básica de saúde possibilitando a condução dos problemas de saúde mental que, até então, eram repassados aos demais níveis de referência, gerando sobrecarga e

uma baixa qualidade no atendimento. Além disso, têm-se a oportunidade de realizar ações que enfocam a intersectorialidade e a integração de saberes e práticas, condições necessárias para o alcance da integralidade do cuidado em saúde. Vale destacar que o espaço da assembleia tem sido fundamental para construção de espaços democráticos nos serviços de saúde, especialmente os que atendem pessoas com transtorno mental, tendo em vista que historicamente estas tiveram o seu direito a liberdade e a expressão negadas. Nesta atividade tem sido estimulado o protagonismo dos usuários tanto para a participação quanto na organização das assembleias, o que tem sido potencializador para participação dos usuários em outros espaços de controle social. A assembleia do CAPS tem como proposta tornar-se um espaço ainda mais democrático com a participação de outros setores da nossa comunidade. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento da proposta das assembleias nos CAPS a fim de ampliar esta proposta de co-gestão e a temática da saúde mental para outros espaços (serviços e instituições do território), através de rodas de conversa, oficinas e seminários.

#### **ASSENTAMENTO AMBRÓSIO: UM INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL - RELATO DE EXPERIÊNCIA DO VER-SUS CENTRO SUL PIAUIENSE**

*Edirlane Soares do Nascimento, Leydiane Gleici Oliveira Medeiros*

Palavras-chave: Assentamento, Participação Popular, SUS

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - surgiu da necessidade de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam

como agentes sociais e políticos capazes de promover transformações na sociedade. O referido projeto é uma proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). O projeto objetiva realizar estágios de vivência para que estudantes universitários tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS e, qualificar-se para a atuação no sistema de saúde. Diante disso, os estágios de vivências constituem, portanto, importantes dispositivos que permitem aos estudantes desenvolver o senso crítico através de debates a cerca da realidade do SUS e experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço de desenvolvimento de processos de luta dos setores do campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi relatar a relevância de vivenciar na prática a participação social e cultural de um assentamento durante a imersão no VER-SUS Centro Sul Piauiense, versão 2015.2.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, e caráter descritivo. Sendo assim, o projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense teve uma duração de 12 dias, compreendidos entre 03 e 14 de agosto de 2015, na cidade de Picos-PI, constituído também de visitas técnicas nos dispositivos de saúde das cidades de Oeiras e Ipiranga do Piauí, contando com a participação de 16 viventes, 04 facilitadores, 04 acadêmicos e 01 professor que compunham a comissão organizadora, totalizando 25 participantes

da área da saúde e outras áreas afins, de instituições de ensino superiores públicas e privadas. Durante a imersão participávamos de seminários, oficinas, devolutivas e vivências em que eram compartilhados conhecimentos sobre gestão dos sistemas, estratégias de atenção, exercício de controle social e processos de educação na saúde. Assim, a vivência deu-se no assentamento Ambrósio no dia 05 de agosto de 2015, localizado na localidade de Geminiano, distante pouco mais de 10 km da cidade de Picos. Durante a experiência, fomos recepcionados pela dona Gorete e seu esposo Francisco Canindé que são considerados militantes responsáveis por forte participação popular juntamente com a comunidade tratando de interesses que vão desde a saúde, questões agrárias e entre outras políticas públicas na microrregião. Escutamos dos mesmos como se deu o processo de formação e construção do presente assentamento, quem foram as primeiras famílias a habitarem e se alocarem nessas instâncias, os principais desafios e conquistas da população em todo o processo de fazer saúde. **RESULTADOS:** O assentamento Ambrósio começou a ser construído aproximadamente nos anos de 1987, com a montagem de “piques” realizados por posseiros que chegavam à área para poderem se instalar ali. Através dos relatos dos moradores, o referido assentamento, possui atualmente uma faixa de 220 famílias e logo após a instalação dos posseiros e suas respectivas famílias, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) passa então a tomar frente das regulamentações e delimitação dessas terras, o que acabou conferindo um processo de aceleração de construção das casas. Um aspecto muito importante e que chamou bastante atenção foi de que a população da localidade são pessoas simples, com pouco grau de instrução, mas que possuem e utilizam de conhecimentos empíricos para a busca da promoção e

manutenção de sua saúde, através do conhecimento/saber popular buscando sempre coletividade na comunidade. Diante disso, pudemos perceber que, apesar das conquistas, existem dificuldades inerentes, principalmente no tocante à saúde da comunidade, um exemplo, é o Posto de Saúde Agrovila Ambrósio, construído pela própria população do assentamento Ambrósio, e que, não dispõe de uma boa estrutura física, falta recursos (físicos e humanos) e serviços de qualidade para a comunidade. No presente posto o atendimento é realizado até o momento da vivência apenas 2 vezes por mês, em que este é composto por uma equipe de 01 médico (realiza atendimento uma vez por mês), 01 técnica em enfermagem, 01 enfermeiro e 01 agente comunitário de saúde, observando ainda que os usuários dos serviços de saúde e a própria equipe de saúde necessitam e reivindicam por um profissional de Educação Física para realizarem práticas corporais planejadas e supervisionadas pelo mesmo, o que resulta no ato da enfermeira realizar algumas práticas com a população em virtude da ausência do profissional capacitado. A própria equipe do posto de saúde relatou que necessitam de um médico gastroenterólogo e um obstetra, uma vez que a demanda para esse tipo de serviço segundo eles, é muito grande. Observamos ainda que o serviço primário quando o mesmo não consegue suprir a necessidade da comunidade, esses são assistidos por outra unidade de saúde, que fica localizada em Cacimbinha, que é um ponto de continuidade do assentamento, o que nos faz refletir sobre ainda ter o que melhorar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Torna-se relevante salientar que para os viventes se aproximem do cenário de lutas, das conquistas e desafios inerentes ao SUS, a vivência deverá proporcionar e/ou criar essa oportunidade aos participantes, para que estes possam enraizar as discussões sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação

e controle social, o qual demonstra claramente os objetivos operantes do VERSUS, em que o leque de atividades oferecidas deve ser amplo e diversificado. Possibilitando refletir as características dos territórios vivenciados/visitados, com suas demandas singulares. Diante disso, podemos considerar que a potência de aprendizagem que habita no cotidiano da saúde, bem como nos dispositivos sociais de geração de saúde como as associações, conselhos participativos, grupos e a cultura local são imprescindíveis para uma maior aproximação e reflexão a cerca do SUS. Isso reforça a ideia de que a presença dos movimentos sociais e assentamentos no projeto VERSUS contribui significativamente para a reflexão crítica dos participantes, viventes, acadêmicos por meio de uma ótica diferenciada, o que nos faz reconhecer o assentamento como um forte candidato e instrumento de transformação social, ou seja, um importante dispositivo de articulação comunitária para e no fazer saúde, contribuindo para uma efetivação mais consistente do nosso SUS.

#### **AULA ESPETÁCULO COMO METODOLOGIA DA 12<sup>o</sup> CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE OLINDA: CAMINHOS PARA MOBILIZAÇÃO DA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE**

*Plínia Manuella de Santana Maciel, Augusto Fernando Santos de Lima, Itamar Lages, Elan José de Lima, Pscila Rossany de Lima Guimarães Portella, Juliana de Santos Lima, Lais de Souza Monteiro, Wellington Bruno Araújo Duarte, Gisane Kelly Silvia de Miranda*

O SUS está instituído no nosso país, mas enfrenta ameaças concretas, dentre os quais, o direito estatal a saúde; o fortalecimento e a qualificação da Atenção Primária; as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde; a fragmentação das políticas e programas de saúde; a

organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde; o reconhecimento da autonomia dos entes federados; a qualificação da gestão e do controle social entre outros. Nas últimas décadas, as políticas de saúde que estruturam o SUS configuraram-se como um espaço de grande tensionamento e alvo de grande ofensiva dos ajustes neoliberais do Estado. Tais desafios conjunturais podem ser superados através do exercício ativo e reflexivo nos movimentos sociais. Neste sentido, as Conferências Municipais atuam como um espaço potencializador para manifestar respostas confrontadoras a supercapitalização e lucratividade capitalista no SUS. A partir da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, implementaram-se elementos cruciais na criação de um sistema de saúde universal, são eles a descentralização política das ações em saúde e o controle social. A concretização formal do controle social se dá pela Lei nº 8.142/1990, que permite a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), esta participação através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, por isso a importância do investimento do empoderamento da sociedade em busca de politizar ações e pensamentos sobre o direito à saúde. O exercício efetivo do controle social como uma das importantes estratégias de empoderamento da sociedade e as representações da população no campo da saúde, tanto em organização política, dispositivos de suporte social de usuários, construção das políticas públicas, acompanhamento e avaliação da execução das políticas públicas, definição da organização dos recursos. Enfim, o controle social representa uma conquista jurídico-constitucional da participação social, mesmo que as participações sociais ativas, informadas e democráticas, ainda se configurem como processos inacabados. Considera-se que a participação popular,

ainda como um processo tímido e incipiente no seu potencial de transformar a discussão do setor saúde, nas Conferências de Saúde tem sido uma conquista e um significativo avanço para esse setor. Ademais é preciso romper com o modelo de discussão atual e avançar o nível para atingir as reais necessidades em saúde dos segmentos populacionais que ali estão representados. As conferências municipais de saúde são espaços públicos em que representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação para validar seus discursos e estabelecer ações comunicativas (forma de ação social em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem qualquer coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam a determinar a sua vida social. Desta forma, buscou-se fomentar a elevação da consciência e da atitude coletiva pelo direito à saúde através de um diálogo problematizador e mobilizador da defesa do direito à saúde utilizando os seguintes procedimentos: Texto construído a partir de experiências cotidianas, reflexões filosóficas e teóricas favoráveis à cobertura universal, e à defesa do SUS, personagens que dialogam com o público. Em cena: 22 pessoas de arte, e o público presente. 20 pessoas + Público: Kathasis. 2 pessoas: diálogos. Pessoas do público dialogando com os sentidos e de defesa do SUS. Apoio instrumental. O grande diferencial desta intervenção pode ser justificado pelo caráter problematizador no processo de discussão dos conceitos de direito universal e acesso universal. Os participantes se distanciaram de uma discussão moldada na aprendizagem bancária e colocaram-se na discussão a partir de suas experiências. Sem dúvidas, configurou-se como uma metodologia alinhada à valorização do saber popular e com o protagonismo dos envolvidos.

### COMUNICAÇÃO SOBRE O SUS: OS DESAFIOS COLOCADOS POR UMA EXPOSIÇÃO

*Vanessa Nolasco Ferreira, Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Antônio Pires-Alves, Luiz Antônio Teixeira, Carlos Fidelis Ponte*

Palavras-chave: Participação Social, Comunicação em Saúde,

Apresentação: A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), confeccionou uma exposição sobre o Sistema Único de Saúde intitulada “Nos Caminhos do SUS”. Seu processo de criação oferece um cenário rico de discussões e disputas acerca do papel da participação social em nosso sistema de saúde e de aspectos essenciais a seu funcionamento. A ideia de uma exposição que fosse capaz de apresentar questões complexas sobre o SUS nasceu por volta de março de 2013. Nesse momento, a FIOCRUZ, por intermédio da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação (VPEIC) e da Casa de Oswaldo Cruz (COC) sentavam-se com representantes do Ministério da Saúde para discutir ferramentas e estratégias de comunicação, em formato de uma exposição que fosse capaz de, em perspectiva histórica, discutir o papel da MS na trajetória da saúde pública nacional. Logo vieram os acontecimentos de junho de 2013, a população nas ruas provocou mudanças na agenda do governo, assim como o próprio Ministério, que foi imediatamente chamado a responder às questões colocadas pelos movimentos das ruas. A ideia de se produzir informações que dialogassem com as pessoas, que incorporassem o contraditório, as tensões, as críticas se radicalizava por vez. O documento preliminar aprovado no CNS deixava claro que tratava-se de uma exposição que deveria tomar como

interlocutor o cidadão comum. Não deveríamos criar, portanto, um instrumento de comunicação para os já iniciados ou convencidos acerca da importância do SUS. Interessava-se nos apresentar o SUS para uma população carente de informações, que o vê, eventualmente, com desconfiança ou com pouco valor. Interessava também discutir esse mesmo sistema de saúde sob uma perspectiva de balanço: incorporar, de maneira crítica, o ponto de vista estabelecido pelo senso comum, segundo o qual, por exemplo, o sistema de saúde reduz-se à assistência à saúde ou de que seria impossível termos serviços públicos eficientes. Enfim, nos comprometemos a fazer uma exposição que incorporasse, eventualmente, o ponto de vista negativo de quem a vê. E, aos poucos, desconstruir suas perspectivas. Por fim, outro ponto de partida firmado no instrumento preliminar dizia respeito às nossas estratégias de contextualização do SUS como parte da trajetória da saúde pública brasileira. Com isso, queremos dizer que muitas de suas propostas e iniciativas situam-se em um contexto bastante amplo de experiências, de marchas e contramarchas que, na altura do final dos anos 70, configuraram-se na forma de um movimento pela Reforma Sanitária. Desenvolvimento do Trabalho: Lançava-se o desafio de produzir marcos contextuais que fossem capazes de dar conta tanto da potência, quanto das contradições do atual sistema de saúde. O uso da história, como estratégia de produção de uma narrativa, deveria ser feito “na medida”, isto é, com certa dose de economia. Não poderíamos cair na cilada de mobilizar informações que, ainda que contribuam para erudição, pouco explicariam sobre a problemática contemporânea, mas também não poderíamos tratar os desafios colocados para o SUS desapegados de um determinado contexto histórico. Foi com base nessa matriz inicial de ideias que iniciamos a

primeira fase de construção da exposição. Sobre ela podemos dizer que já entre nós pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, acostumados aos debates sobre o SUS e a Reforma Sanitária, a formulação de um texto base para a exposição constitui-se de um espaço de disputa e incessantes debates. Impactos e Reflexões Acerca da Construção de uma Exposição: Optamos por organizar a exposição em quatro eixos: Organização do SUS, Participação Social, Financiamento e Recursos Humanos. Já na primeira reunião para discussão do texto um sinal de alerta pairou sobre nossas cabeças: o academicismo de nossos textos. Quanto a essa questão foi possível refletir como o mundo acadêmico não está acostumado à interface com o “mundo real” onde o SUS realmente acontece. Outro imbróglio foi como abordar o Financiamento da Saúde sem mostrar uma infinidade de siglas que representam impostos e um cálculo que não consiste em um consenso para a própria área. Como dizer para o cidadão que sua participação através dos Conselhos de Saúde é fundamental, pois nesse espaço são arbitrados os gastos com saúde? A solução que encontramos foi mostrar que um Sistema Universal de Saúde precisa de muito dinheiro para funcionar e alternativa demonstração foi a perspectiva comparada. O financiamento e a complexidade do Sistema nos levam a abordagem da Organização do SUS na qual optamos por demonstrar a complexidade e abrangência do sistema que vai desde a prevenção com campanhas de imunização, proposição de políticas públicas sobre saneamento e segurança, por exemplo, até a realização e regulação de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade como transplantes. Tudo isso passando pela produção de Ciência e Tecnologia. O Eixo RH também contou com discussões acaloradas sobre o que deveria ser levado em conta, pois a tendência é sempre voltar às questões para

a regulação do trabalho médico, mas por mais que não se faça um Sistema de Saúde sem médicos, existe toda uma discussão que envolve a multidisciplinaridade e a necessidade de reconhecimento e conscientização da população de que muitos outros profissionais desempenham papéis igualmente importantes e funções primordiais no Sistema. Desse modo, a opção foi mostrar que a distribuição de profissionais é um ponto nodal para um país com dimensões continentais e com uma vertiginosa concentração de riquezas no Eixo Sudeste-Sul. Optamos por dar à Exposição um caráter urbano que remeta às manifestações que tomam conta das ruas e ambientes como praças, fazendo uso de grafite e estêncil, e sonorizada pelas manifestações que historicamente vêm tomando as ruas do Brasil, mas já vemos na escolha desse conceito uma questão crucial: ele não representa como um todo o país ao passo que apesar de sermos mais urbanos do que rurais, a maioria de nossos municípios é de pequeno porte e assemelha-se a uma atmosfera rural, embora a globalização faça com que quase todos os seres humanos saibam o que é e o que ocorre nas metrópoles. Principal resultado: Exposição “Nos caminhos do SUS”. Sala de exposições temporárias, Museu da Vida (COC/FIOCRUZ), Av. Brasil, 4365, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. Considerações Finais: Quais reflexões poderiam ser sintetizadas sobre o processo de comunicação sobre o SUS para as massas? Em primeiro lugar, nos perguntamos: qual seria nosso objetivo? Isto é, ao final da exposição, o que deveria ser retido como mais relevante pelo nosso espectador? Queremos contribuir para a construção de um ponto de vista de que o SUS não seja encarado apenas como uma política de governo, mas um empreendimento que remete às relações entre pessoas, estado e mercado. Nessa linha, situa-se em um

debate sobre direito social e cidadania no Brasil. Em função disso, sua potência necessariamente envolve apoio e exercício da política por parte dos cidadãos e das instâncias representativas.

#### **CONTROLE SOCIAL, EXPERIENCIA NA CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE OLINDA**

*Plinia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimaraes Portella, Augusto Fernando Santos de Lima, Lais de Souza Monteiro, Elan Jose de Lima, Juliana Santos de Lima, Wellington Bruno Araujo Duarte, Itamar Lages*

APRESENTAÇÃO: O SUS está instituído no nosso país, mas enfrenta ameaças concretas, dentre os quais, o direito estatal à saúde, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Primária, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, a qualificação da gestão e do controle social entre outros. Nas últimas décadas, as políticas de saúde que estruturam o SUS configuraram-se como um espaço de grande tensionamento e alvo de grande ofensiva dos ajustes neoliberais do Estado. Tais desafios conjunturais podem ser superados através do exercício ativo e reflexivo nos movimentos sociais. Neste sentido, as Conferências Municipais atuam como um espaço potencializador para manifestar respostas confrontadoras à supercapitalização e lucratividade capitalista no SUS (SOUZA, 2010). A partir da 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, implementou-se elementos cruciais na criação de um sistema de saúde universal, são eles a descentralização política das ações em saúde e o controle social. A

concretização formal do controle social se dá pela Lei nº 8.142/1990, que permite a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), esta participação através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, por isso a importância do investimento do empoderamento da sociedade em busca de politizar ações e pensamentos sobre o direito à saúde (ARRAES, 2012). O exercício efetivo do controle social como uma das importantes estratégias de empoderamento da sociedade e as representações da população no campo da saúde, tanto em organização política, dispositivos de suporte social de usuários, construção das políticas públicas, acompanhamento e avaliação da execução das políticas públicas, definição da organização dos recursos, enfim o controle social representa uma conquista jurídico-constitucional da participação social, mesmo que as participações sociais ativas, informadas e democráticas, ainda se configurem como processos inacabados (ASSIS, 2003; ARRAES, 2012). Considera-se que a participação popular, ainda como um processo tímido e incipiente no seu potencial de transformar a discussão do setor saúde, nas Conferências de Saúde tem sido uma conquista e um significativo avanço para esse setor. Ademais é preciso romper com o modelo de discussão atual e avançar o nível para atingir as reais necessidades sem saúde dos segmentos populacionais que ali estão representados (CHAVES, 2012). As conferências municipais de saúde são espaços público sem que representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação para validar seus discursos e estabelecer ações comunicativas (forma de ação social em que os participantes envolvem-se em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem qualquer coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam a

determinar a sua vida social (NETO, 2014).  
 Objetivo Geral: Contribuir com a elevação da consciência e da atitude coletiva pelo direito à saúde através de um diálogo problematizador sobre de acesso universal e direito universal. DESENVOLVIMENTO – METODOLOGIA: Diálogo problematizador e mobilizador da defesa do direito à saúde. Procedimentos: Texto construído a partir de experiências cotidianas, reflexões filosóficas e teóricas favoráveis à cobertura universal, e à defesa do SUS. Personagens que dialogam com o público. Em cena: 22 pessoas de arte, e o público presente. 20 pessoas + Público: Kathasis. 2 pessoas: diálogos. Pessoas do público dialogando com os sentidos e de defesa do SUS. APOIO INSTRUMENTAL - RESULTADOS - IMPACTOS: O grande diferencial desta intervenção pode ser justificado pelo caráter problematizador sobre o entendimento da cobertura universal e seus impactos modelo de atenção e na consolidação da discussão dos conceitos de direito universal e acesso universal. Os partícipes se distanciaram de uma discussão moldada na aprendizagem bancária e colocaram-se na discussão a partir de suas experiências. Sem dúvidas, configurou-se como uma metodologia alinhada à valoração do saber popular e com o protagonismo dos envolvidos. Considerações finais: Compreende-se as conferências de enquanto um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. No contexto municipal, este espaço traz a potencialidade de discutir questões mais operacionais e próximas dos sujeitos presentes o que facilita a articulação da realidade com a reflexão com base nos princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, afirma-se como mecanismo essencialmente democrático onde a sociedade se organiza para a proteção da saúde como direito de todos e dever do

Estado. Para a efetividade na atuação nesse importante espaço de diálogo é necessário o empoderamento de todos os envolvidos, em especial, os usuários e trabalhadores do SUS. Pode-se afirmar que esta experiência facilitou o processo de discussão e ampliou as possibilidades dos presentes em refletir suas posturas e práticas em saúde. Além disso, a proposta trouxe o protagonismo do controle social para o centro do debate e o desafio de se construir coletivamente um SUS para todos e todas no município de Olinda.

**CRIANDO O PODER POPULAR E A EMANCIPAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DA FRENTE DE SAÚDE POPULAR NUMA OCUPAÇÃO URBANA ORGANIZADA PELO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TETO**

*Sarah Barbosa Segalla, Henrique Sater de Andrade, Carine Marie Vasconcellos Sales, Pedro Andrade Sá Corrêa, Pedro Gomes Almeida de Souza, Ana Carolina Carvalho de Araújo Pôrto, Gabriela Pires da Rosa, Fabiana Batista de Siqueira Xavier*

Palavras-chave: Educação Popular, Extensão Popular, Fitoterapia, Movimentos Sociais, Saúde

APRESENTAÇÃO: A Frente de Saúde Popular da ocupação 6 de abril de 2010 foi construída a partir de um projeto de extensão vinculado à Liga de Saúde da Família da Universidade Federal Fluminense, que já atuava numa comunidade periférica do município de São Gonçalo, em experiência descrita em outro trabalho também submetido para este Congresso. A ideia das pessoas que compõem o projeto era trabalhar a questão da saúde a partir de uma perspectiva popular, com a intenção de contrapor o modelo médico-centrado e medicamentoso que hegemoniza as práticas de saúde na

sociedade. O Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), por sua vez, levou até o grupo a necessidade de criar uma experiência de cuidado em saúde para atender as necessidades que já surgiam em outras ocupações e que convergem com as demandas pelo direito à cidade. A união dessas intenções culminou na criação de uma frente popular, um espaço de cuidado em saúde construído a partir de demandas e necessidades de saúde da população que integrou a ocupação. O trabalho baseou-se em criação de referências comunitárias, cuidados preventivos e promotores de saúde e assistência básica centrada no autocuidado e no uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Inicialmente organizamos uma farmácia com plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e alopáticos e alguns materiais básicos para situações circunstanciais que poderiam surgir no dia-a-dia da ocupação. A partir dos primeiros dias de vivência na ocupação, observamos a necessidade de intervenção preventiva nos casos de insolação e desidratação e começamos a distribuir água e protetores solares para as pessoas que construíam seus barracos e estavam expostas ao sol durante as atividades. Posteriormente, criamos um espaço para repouso, escuta e atendimentos gerais, como curativos, aferição de pressão, avaliação e exame físico. O convívio diário com a população nos permitiu expandir o cuidado a partir da escuta, potencializando o diagnóstico das necessidades e a criação de vínculo, além de possibilitar a partilha das tarefas de distribuição de água, protetores solares e repelentes e confecção dos chás medicinais, e a captação de referências comunitárias para construir a frente de saúde. Ao fim da ocupação, a partir da experiência que tivemos e de questionários familiares aplicados pelo próprio movimento com as

famílias cadastradas, construímos eixos de intervenção para prosseguir o trabalho nos núcleos organizados pelo MTST com a população que aguarda a construção das casas em decorrência da luta vitoriosa. Os eixos principais são: 1) Fitoterapia: neste eixo, reconhecemos o conhecimento prévio dos indivíduos nucleados sobre plantas medicinais e, a partir da troca de saberes, produzimos oficinas de confecção de medicamentos tópicos e sistêmicos para o uso na própria comunidade, promovendo e estimulando o saber popular, o autocuidado e a emancipação das pessoas em relação aos serviços de saúde, tradicionalmente médico centrados e desautonomizantes. 2) Mulheres: a partir deste eixo promovemos reuniões temáticas de mulheres, a fim de questionar a posição inferiorizada das mulheres na sociedade patriarcal, a partir de atividades sobre estética, autoestima, violência de gênero, gestação e violência nos serviços de saúde. 3) Meio ambiente: no qual promovemos atividades sobre água, produção de alimentos e saneamento, com o objetivo de prevenir a aquisição de doenças, promover hábitos saudáveis e potencializar a capacidade de luta por direito a condições dignas e saudáveis de vida na cidade. O trabalho segue em construção. Impactos: A frente de saúde popular foi à primeira experiência longitudinal de saúde numa ocupação organizada pelo MTST e demonstrou ter muita potência na construção de autonomia, através da geração de autocuidado e do estímulo ao uso de práticas populares, como o uso de plantas medicinais. A vivência numa ocupação organizada por um movimento social permite ir além dos objetivos tradicionais de projetos de extensão comunitária, pois nos possibilitou a geração de atividades com o verdadeiro compromisso de transformação social que a educação popular propõe. Somente a partir da experiência real, pudemos nortear os trabalhos posteriores

nas comunidades nucleadas e, sem o envolvimento durante a ocupação, teríamos muita dificuldade para nos inserir nas comunidades e alcançar legitimidade entre a população. A experiência consistiu também numa estratégia de criação de vínculo entre as pessoas da comunidade em formação e os estudantes e profissionais de saúde que a compunham. A riqueza da troca de saberes provocou mudanças nas posturas de todas as pessoas envolvidas, gerando autonomia naqueles que sempre foram “pacientes”, silenciados e submissos, e ampliando a capacidade de escuta e respeito dos profissionais e futuros trabalhadores das práticas de saúde. Além disso, todos e todas agregamos conhecimentos ao repertório terapêutico que conhecemos, para muito além do que a academia nos ensina e impõe. Também fomos provocados diversas vezes pelo caráter terapêutico da própria luta, que pudemos presenciar em vários personagens que cruzaram nosso caminho, a princípio adoecidos e impotentes, e hoje lideranças comunitárias e protagonistas das próprias vidas. São essas pessoas que nos ajudam a prosseguir os trabalhos e manter a convicção de que somente a luta muda a vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A extensão popular se mostra como um caminho muito mais potente de transformação da academia, através da relação com a comunidade real, do que da relação com indústrias e empresas, que normalmente são os parceiros das universidades na extensão. Para além da academia, promove a construção de um conhecimento sistemático e palpável na vida das pessoas, através da troca de saberes e da construção de protagonismo. A construção de frentes populares de saúde é uma prática que pode ser aplicada em comunidades organizadas ou não, e que tem a potência de ampliar a autonomia das pessoas sobre seus corpos e suas vidas, através do cuidado consigo mesmas e com os outros indivíduos de

sua comunidade. Também é uma prática que promove a solidariedade, a auto-organização e a disseminação de uma cultura não violenta e afetuosa entre indivíduos. A sistematização da experiência que tivemos possibilita revisitar nossas práticas e pensar próximas atividades do projeto de extensão que estamos construindo. Além disso, temos a chance de compartilhar a experiência com outros coletivos que desejam pôr em prática ações de educação popular em saúde em comunidades Brasil afora.

### CULTUR(AÇÃO) EM SAÚDE

*Érica Rosalba Mallmann Duarte, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Fabiano Barnart, Renan de Mattos, Sabrina Lacerda da Silva, Pamela Hoffmeister*

Palavras-chave: Cultura, Educação, Saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto Culturação em Saúde emergiu em 2014, com objetivo de participar do Edital Mais Cultura nas Universidades dos Ministérios da Cultura e Educação coordenado pelo Departamento de Difusão Cultural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (BRASIL, 2014). Trata-se um momento inédito, para o grupo, uma vez que foi a primeira oportunidade que tivemos de participar neste espaço. A UFRGS participou com 15 subprojetos, de sete unidades diversas promovendo uma integração entre áreas e conhecimentos diversos e que estarão trabalhando de forma integrada, na inclusão da cultura no cotidiano da própria universidade assim como da comunidade que será contemplada pelas ações realizadas. A universidade concorreu com mais de 98 universidades de todo o Brasil, e no momento aguarda o repasse de verbas para início das atividades. O grupo do projeto Culturação em Saúde surgiu a partir da percepção de alunos e professores do curso de Bacharelado em

Enfermagem e Saúde Coletiva da saúde que realizavam práticas nas comunidades e que estavam diretamente ligadas a questões culturais, que passa desde a reflexão de hábitos/comportamentos/costumes até o uso da sua cultura para modificar seu ambiente. Essa situação ocorrida em seus próprios território provoca interferência direta na saúde daquela comunidade e foi essa percepção que fez o grupo se unir. A promoção de saúde de forma efetiva para uma determinada comunidade, precisa de iniciativas individuais ou em grupo, que seja espontânea ou sensibilizada e que possa ter continuidade, que seja ações reflexivas nas quais a comunidade consiga se enxergar e tomar para si a possibilidade de mudança. As universidades devem ter o papel fundamental de desenvolver conhecimento e fazer a troca constante para contribuir com a sociedade (que envolve professores, alunos e parceiros de formação que é a comunidade que contribui com essa formação). Na elaboração da proposta o grupo que já vinha trabalhando com a comunidade e principalmente dentro do Programa Saúde na Escola (PSE) resolveu investir seus objetivos nesta comunidade onde o foco principal seria a crianças, O PSE é uma política intersectorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que tem como expectativa a atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no ambiente escolar, no sentido de qualificar a educação básica bem como integrar às ações da atenção básica no contexto escolar. Esta proposta se justifica e tem força na medida que busca fortalecer os laços entre as instituições/atores parceiros (universidade, secretaria municipal de saúde/ unidades de saúde e de educação/escolas, as crianças/pais/comunidade) no desafio de desenvolver a autonomia e as competências dos sujeitos para o exercício da cidadania plena.

OBJETIVO: O projeto tem como objetivo a promoção de atividades de educação e promoção em saúde como dispositivo pedagógico/dialógico para reflexão dos temas e linhas de ação integrantes do PSE, por meio de um programa artístico-cultural desenvolvido com a comunidade acadêmica. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto está programado para ser realizado em 2 anos. As atividades serão desenvolvidas através da parceria entre pessoas da comunidade, oficineiros e diversas formações, geografia, enfermagem, saúde coletiva, dentro outros e tem como público alvo: estudantes (crianças, jovens e adultos), familiares e professores da rede pública de ensino; grupos comunitários, organizações da sociedade civil e movimentos sociais e populares; profissionais da saúde e comunidade acadêmica. Serão desenvolvidas atividades culturais em escolas públicas do município de Porto Alegre, para ativar a reflexão sobre o PSE com os educadores, educandos, comunidade e profissionais de saúde do território adstrito, a fim de apresentar e fomentar práticas artísticas que abordem a temática de prevenção do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, cuidado com o meio ambiente incluindo prevenção de acidentes e incêndios e a promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, utilizando-se também de ferramentas de difusão cultural aos grupos (escolas e comunidade). Buscar-se-á a reflexão sobre a saúde a partir dos traços culturais das comunidades em situação de vulnerabilidade social, considerando as individualidades e ambientes, o contexto e utilizando destes fatores para potencializar o cuidado, a promoção e a prevenção a saúde, bem como proporcionar aos educandos a possibilidade de visitar equipamentos sociais e culturais do município de Porto Alegre para estimular o pensamento crítico através das temáticas propostas do PSE. A

proposta será desenvolvida através de 4 linhas de ação: Linha 1 - Saúde e prevenção nas escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, através de oficina de Bonecos Sexuados e rodas de conversas sobre sexualidade, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção das DST. As oficinas serão realizadas com os professores, estudantes e familiares, educadores e funcionários das instituições de ensino da rede pública, subsidiando a qualificação das discussões de educação para saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção às violências e diversidade de gênero e sexualidade, sendo transversal a linha de ação/temática de promoção da cultura de paz e direitos humanos. Linha 2 - Proposta de Oficinas de criação e produção de Rádio Comunitária e Comunicação em Mídias Digitais que busca estimular a formação de uma rede de Comunicação Popular, Participativa e Comunitária nos bairros da cidade de Porto Alegre, a proposta trabalha em duas frentes de ação que devem ocorrer concomitantemente: registro, escrito e audiovisual, realizado pela equipe proponente da proposta e registro pelos próprios participantes das atividades. Linha de ação 3: Saúde e Prevenção nas Escolas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas - transversal a promoção da cultura de paz e direitos humanos: por meio de oficinas de Grafite nas escolas de ensino fundamental pactuadas para ações do PSE na GCC e, a partir da cultura hip hop, propor um amplo debate na educação sobre drogas, participação social e direitos humanos, na construção de uma cultura de paz baseada no protagonismo social das camadas populares, na livre expressão e na educação transformadora. Proposta de Rodas de Conversa e Oficinas sobre impactos sociais coletivos e individuais das drogas e tráfico dentro dos contextos locais das regiões. Linha de ação 4: Saúde Ambiental:

Oficinas de eco design e sustentabilidade por meio de material (re) coletado no território. Oficinas de cuidados com o pátio e de plantas medicinais. Os resultados do projeto de extensão serão avaliados através número de participantes por oficina, que será o instrumento utilizado para a avaliação das atividades desenvolvidas pelo grupo. Avaliação do Projeto: Cada ação tem objetivos e metas com prazos determinados. A avaliação será realizada semestral e anualmente a partir dos objetivos e metas, por meio de reuniões mensais com o intuito de avaliar periodicamente a situação das ações do projeto, o que assegura uma gestão contínua e integrada de todas as ações desenvolvidas, garantindo resultados de prazos, custos, qualidade, entre outros. Impacto esperado: Espera-se que ao executar este projeto os atores nele envolvidos sejam retroalimentados, se apoderando e empoderando dos símbolos culturais, que sejam provocadas transformações na qualidade de vida e de saúde nas comunidades e que nelas se auto formem agentes de continuidade.

**DOCUMENTO NORTEADOR QUE DISPÕE SOBRE “A INCORPORAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE, CIF/OMS, NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE”**

*Maria Cristina Pedro Biz*

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/OMS, Sistema de informação, indicadores

Apresentação: O presente trabalho é fruto de oficina realizada no 11<sup>o</sup> Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO, tendo como base a Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde, resultando na produção de documento norteador que aponta

sugestões de incorporação da CIF/OMS no sistema de informação em saúde. Objetivo: Apresentar as diretrizes dispostas no documento que apresenta deliberações sobre a incorporação da CIF/OMS no sistema de informação em saúde Desenvolvimento do trabalho: Foi utilizado como método de trabalho para produção do documento norteador oficina de trabalho com a presença de convidados representando setores e segmentos da saúde, assistência e previdência social, instituições de ensino e pesquisa, movimentos sociais, entidades de classe, conselhos de saúde e de secretários de saúde, durante o 11<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Para o trabalho na composição do documento foi realizada a divisão em três grupos estabelecidos por eixos: formação e educação permanente; modelo de atenção e cuidado e desenvolvimento, aplicação de formulários (coleta dos dados) e adequação do sistema de informação: Resultados: O produto das discussões de cada grupo foi apresentado pelos respectivos relatores em plenária final constituindo um documento norteador para introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde, tendo o grupo de convidados definido as seguintes considerações e diretrizes para a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS no sistema de informação em saúde. Eixo 1 - Formação e educação permanente Considerando a divergência conceitual dos documentos oficiais decorrentes da tradução de línguas estrangeiras para o português, considerando a “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” (com status de ementa constitucional), a lei brasileira de inclusão (Lei n<sup>o</sup> 13146/2015) e considerando o World Report of Disability (publicado pela OMS em 2011 e traduzido para o português em 2012) e considerando a Classificação Internacional

de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), sugerimos a adoção dos seguintes termos adequados a cada área de intervenção: - Funcionalidade (functioning); - Alteração da função e estrutura do corpo (impairment); - Incapacidade/ Deficiência/ Limitações de atividades e Restrição da participação (disability); Recomenda-se a todos os profissionais de saúde, entidades representativas, instituições de ensino, órgãos governamentais dos diversos setores colaborativos, que aprendam, incorporem os princípios e ensinem (desde que devidamente capacitados) sobre a funcionalidade humana em consonância com os princípios da CIF, desde o ensino básico (formação cidadã), ensino médio, graduação (desde o primeiro período por meio da CIF como instrumento), cursos de extensão e aperfeiçoamentos profissionais, e na pós-graduação (residências, *latu e stricto sensu*). Sendo que cada profissão deve realizar durante a sua formação (com referência as suas bases epistemológicas) a relação entre o seu objeto de estudo e de trabalho, a funcionalidade humana e a CIF. Inicialmente é necessário um levantamento do que já existe para o ensino da CIF, para que a partir disso, seja realizado um mapeamento e levantamento das necessidades existentes. Por exemplo, algumas iniciativas como na graduação, pós-graduação, educação permanente no formato de educação a distância (EAD). Para difundir e uniformizar esse conhecimento é necessário elaborar um material didático com diferentes níveis de complexidade de acordo com o contexto pedagógico e o público a que se destina, seja ele presencialmente ou por meio de EAD, sendo importante que sejam realizadas de forma contínua e permanente as discussões a cerca da funcionalidade humana, vislumbrando as diferentes realidades culturais, demográficas e epidemiológicas. É necessário criar mecanismos legais que

contemplem a população como um todo, nos moldes do adotado para as “pessoas com deficiência”, permitindo a geração de indicadores de saúde e funcionalidade para criar e gerenciar as políticas públicas de forma mais eficiente, criar comitês e grupos de trabalho multi e intersetoriais em todas as entidades e instituições já citadas neste documento. Eixo 2. Modelo de atenção e cuidado O modelo atual de saúde é focado no diagnóstico das doenças, centrado no modelo biomédico, através do desenvolvimento de programas e ações, em contraposição às discussões e a ampliação da saúde no contexto atual. Existe uma relação direta entre a alteração da função e estrutura do corpo com fatores, tais como: sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, espirituais, entre outros, determinando a condição de saúde. A efetividade da assistência à saúde e o acolhimento estão correlacionados aos fatores contextuais para além da condição individual os quais devem ser considerados na prática assistencial e no modelo de cuidado. Para tal, os profissionais devem estar envolvidos, trabalhando de forma colaborativa e interdependente, elaborando projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo e nas coletividades. A CIF e seus princípios devem ser incorporados na vigilância em saúde, nas Redes de Atenção em Saúde, linhas de cuidado e níveis de atenção, gerando indicadores, políticas, estratégias e ações em saúde. Essa classificação transforma a visão focada na deficiência numa visão ampliada do estado de saúde, utilizada como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar a assistência terapêutica com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado. A regulamentação da CIF legitima sua adoção pelos gestores nas três esferas de governo além de estabelecer a necessidade de elaboração de diretrizes de formação de profissionais em saúde, fomentar a

discussão, capacitar os atores envolvidos, implementar, acompanhar o processo e avaliar os resultados objetivando uma melhoria contínua na aplicabilidade da CIF. Eixo 3. Desenvolvimento, aplicação de formulários e adequação dos sistemas de informação. Considerando a carência de dados e indicadores em saúde sobre funcionalidade nos diversos sistemas de informação em saúde, tais como, PMAQ, SISPACTO, SIVISA, SINAM, SISCOM, RAAS, SIAB, SINAUDSUS, entre outros, este documento recomenda: - a criação de um grupo de trabalho pelo Ministério da Saúde, envolvendo suas diversas áreas técnicas, academia e sociedades científicas, CNS, CONASS, CONASEMS, para implementação da CIF nos sistemas de informação em saúde; - conhecer, avaliar e compartilhar experiências em operacionalização da CIF para avaliar as possibilidades de uso no sistema de informação em saúde; - instituir um GT interministerial para tratar da incorporação dos princípios da CIF na constituição de sistemas de informação integrados que subsidiem políticas setoriais e intersetoriais. Considerações Finais: O presente trabalho tem por finalidade apresentar o documento que trata da incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde. A CIF tem se apresentado como uma ferramenta que possibilita ir além de indicadores de morbidade e mortalidade, por gerar informações sobre o estado de funcionalidade e incapacidade de indivíduos e populações. Esta é uma importante mudança de paradigmas que surge com a CIF e provoca a transição para um modelo de atenção e cuidado em saúde mais equitativo. Tendo como base de discussão a Resolução 452/12 do CNS que dispõe sobre o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no SUS, incluindo a Saúde Suplementar, e que

trata da importância da utilização da CIF e sua contribuição no sistema de informação em saúde, e entendendo a CIF como uma classificação que possibilita coletar dados vitais de um modo consistente e comparável internacionalmente, podendo ser usada em muitos setores, incluindo saúde, educação, previdência social, trabalho e emprego, estatísticas, políticas públicas, em toda rede de atenção e níveis de complexidade, é o que o grupo de convidados que constituiu essa oficina definiu considerações e diretrizes sobre a incorporação da CIF/OMS no sistema de informação.

#### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES ESPECIAIS DO MUNICÍPIO DE TACURU, MATO GROSSO DO SUL**

*Mirella Ferreira da Cunha Santos, Ermínio Guedes dos Santos, Suzana Mari Ferreira da Cunha Santos, Sebastião Lucas dos Santos, Sirlene Aparecida Custódio Dias, Taisa Lourencetti Giroto, Mayara Gil Cardinal Gil Cardinal*

Palavras-chave: participação social, saúde indígena, assentamentos rurais

APRESENTAÇÃO: O Município de Tacuru tem 10.442 habitantes, da qual 63,12% ou 6.590 habitantes residem no meio rural e 3.767 no urbano. Predomina a agricultura familiar, com 1.777 famílias rurais, das quais 523 famílias são assentadas da reforma agrária, dos assentamentos Água Viva, Santa Renata e Vitória da Fronteira, 78 famílias de agricultores familiares tradicionais e 1.176 famílias indígena, das terras Jaguapiré e Sessoró. O Município é pobre e tem renda mal distribuída – índice de Gini de 0,60 - com terceira pior qualidade de vida estadual - IDHM de 0,593 (Longevidade: 0.782, Renda: 0.6150

e Educação: 0.4340), possui baixa renda, com 34,36% da população pobre e 23,07% extremamente pobres. Nessas condições predomina vulnerabilidade e risco social, insalubridade ambiental e insegurança alimentar. Por conta dessa situação, atualmente mais de 2.300 famílias estão cadastradas no CadÚnico e são concedidos benefícios a mais de 1.200 famílias, sendo mais de 50% do meio rural, com políticas compensatórias de renda da bolsa família entre outras. A situação de pobreza rural associa consequências ambientais terríveis porque pobreza e degradação ambiental caminham juntas. Quanto maior a pobreza, maior a degradação ambiental. Este problema está presente nos assentamentos rurais e nas terras indígenas. Assim é muito importante a estratégia de enfrentamento desse problema pela via da educação ambiental, por ser esta a ferramenta mais eficaz para mudar a forma das pessoas pensarem e assumirem novas atitudes de relacionamento com o meio ambiente, no sentido de transformá-lo em ativo, fonte sustentável de recursos da agricultura familiar e mais saúde para população. Essa prática de convivência proativa e manejo correto dos resíduos ambientais, hoje já é, a prática encaixada em arranjos produtivos da agricultura, principalmente na produção agroecológica, para alimentos saudáveis, utilizando resíduos sólidos. Da mesma forma a produção de artesanatos para geração de oportunidades de trabalho e renda às famílias rurais. O município de Tacuru deve caminhar nesse sentido, na orientação do Projeto de Educação Ambiental, num processo pedagógico orientador e integrador de esforços associados por resultados, como fruto da cooperação e da solidariedade, servindo de referência na construção do desenvolvimento local sustentável. Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência de desenvolvimento de um projeto baseado em ações planejadas no âmbito

do relacionamento participativo com as pessoas, por meio de atividades pragmáticas ensino-aprendizagem levando-as à construção coletiva de conceitos, processos e dinâmicas tecnológicas que resultem em produtos socialmente apropriados e politicamente corretos, no contexto de saúde ambiental. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Através do Edital – Pregão Presencial Nº 046/2015, referente ao Processo Administrativo Licitatório Nº 038/2015 EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2013/DESAM/FUNASA/MS que teve por objeto a seleção de projetos de entidades governamentais (municípios, estados e Distrito Federal). Voltados às ações de educação em saúde ambiental para a promoção da saúde e contribuição com a melhoria da qualidade de vida da população. O município de Tacuru, MS firmou contrato com uma empresa especializada em assistência técnica e extensão rural e em educação ambiental, para a realização do Projeto ‘Educação em saúde ambiental em Tacuru’. Esse edital é parte do programa Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS através da Ação: 20T6 – Fortalecimento da Saúde Ambiental para redução dos riscos à Saúde Humana em municípios com menos de 50.000 habitantes. Um dos eixos de fomento é a Educação em Saúde Ambiental para a promoção da saúde em comunidades especiais (remanescentes de quilombos, reservas extrativistas, assentamentos da reforma agrária e ribeirinha) e de populações residentes em municípios beneficiados com programas e projetos da FUNASA, critérios elegíveis para o município de Tacuru/MS. A proposta consta da realização de 30 (trinta) eventos técnicos integrados de educação em saúde ambiental, compreendendo planejamento participativo da política e realização de ações de Educação em Saúde Ambiental, na lógica da sustentabilidade socioambiental e sanitária das comunidades beneficiárias. O plano de ações é voltado à

promoção da saúde nos assentamentos rurais: Água Viva, São José, Santa Renata e nas terras indígenas, Jaguapiré e Sessoró, em Tacuru, MS, como estratégias de inclusão e proteção da saúde das comunidades. Para tanto se prioriza a mobilização social e uso de metodologias participativas que garantam controle, respeito à cultura, saber e práticas locais, utilizando princípios da descentralização, integralidade, equidade, participação e controle social na atenção integral a saúde e de saneamento ambiental, nos níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando equipe técnica com experiência no objeto e materiais pedagógicos necessários. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Durante as primeiras etapas do processo de imersão comunitária, foram realizados seminários de (1) mobilização social, sensibilização e participação de gestores públicos, técnicos, sociedade organizada e comunidades beneficiárias, na educação em saúde ambiental e, (2) planejamento participativo da política municipal de educação e saúde ambiental, ambos voltados ao saneamento ambiental e atenção integral à saúde. Na sequência iniciou-se a realização das oficinas com a comunidade e com os profissionais dos serviços de saúde e da rede municipal de ensino, para capacitação e levantamento das principais problemáticas enfrentadas pela população. O produto dessas primeiras oficinas culminou no Planejamento Participativo de ‘Ações ambientais prioritárias nas escolas’ das comunidades beneficiadas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo de ensino-aprendizagem que vem sendo desenvolvido inclui educação cidadã e formação profissionalizante do sujeito, em nova dimensão de diálogo, reflexão, respeito à cultura, compartilhamento de saberes, inclusão social e decisão local em novos referenciais de comprometimento social no controle de riscos sociais e nas questões relacionadas ao desenvolvimento local sustentável. O cenário de necessidades,

expectativas, vocações, potencialidades e oportunidades, devem compatibilizar aspirações profissionais da sociedade em oportunidades, para geração de qualidade de vida à população. Assim, as comunidades devem exercer o direito de ouvir, analisar, dialogar, opinar e decidir sobre problemas e soluções, no horizonte dos seus sonhos, pela universalização dos objetivos planejados e alcance dos resultados e dos produtos esperados. A troca, difusão de conhecimentos, orientação e facilitação de redes de conhecimentos, de acordo com as realidades socioeconômicas e ambientais locais, tem o sentido de ampliar o protagonismo social, no paradigma do empreendedorismo familiar, na economia rural local e assumindo a responsabilidade de promover saúde, devendo para isso considerar a Saúde Ambiental como um dos determinantes/condicionantes do processo saúde-doença da população.

#### **EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DE MÃOS DADAS COM A SAÚDE MATERNA – RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GESTANTES DO BAIRRO FELIPE CAMARÃO, NATAL**

*Thaymara Pontes Félix, Vyna Leite*

Palavras-chave: saúde materna, promoção da saúde, educação popular em saúde

Trata-se da experiência vivida durante a intervenção com as gestantes do bairro Felipe Camarão (km seis), natal, Rio Grande do Norte no período de fevereiro a junho de 2015. A intervenção faz parte da disciplina PIC (Programa Interdisciplinar Comunitário) onde os alunos que encorpam os cursos da área da saúde da Universidade Potiguar a encontram em sua grade curricular. O objetivo é apresentar o resultado da intervenção e a realidade das mulheres grávidas da comunidade, suas implicações e possibilidades. Para isto, realizamos visitas

domiciliares, fizemos o cadastramento da ficha do e-sus e nos apropriamos do universo estudado ao se integrar da realidade a qual essas mulheres pertencem, portanto, diante de tudo que presenciamos começamos a discutir o nosso projeto de intervenção. Identificamos a importância e a contribuição que cada área da saúde poderia oferecer as mães e aos bebês. Conquanto, seguindo a lógica de funcionamento do sus decidimos montar um trabalho interdisciplinar, construímos uma apresentação onde pudéssemos abordar as questões que de modo geral permeiam o período gestacional. Então, nos organizamos em uma roda de conversa, onde a temática abordada baliza em: (1) Quais são os direitos da mãe; (2) Os direitos dos bebês; (3) A documentação necessária para levar à maternidade no dia do parto; (4) O que deve conter na sacola da mãe e na sacola do bebê, (5) A alimentação adequada para ambos; (6) A escovação correta; (7) Higiene de modo geral; (8) A ansiedade gerada pela vinda do bebê. Concluímos que existe necessidade de mais orientações sobre a saúde materna, direitos da gestante e maior planejamento familiar. Todavia, constatamos também, uma aceitação relevante da gravidez, desejo de aprender mais ao que diz respeito ao “cuidar” e muita ansiedade e medo, sobretudo, das mulheres que estão em sua primeira gestação. “Destas presenciamos alguns relatos, por exemplo, “Estou muito ansiosa, tenho medo do parto, de não saber segurar o bebê e não ser uma boa mãe”; “ Nunca pensei que ficaria tão agoniada com a barriga”; “ Na minha primeira gravidez minha filha nasceu com problemas porque passou da hora de nascer e estou com medo disso acontecer de novo”. Percebemos também, que a equipe de estudantes teve excelente receptividade na comunidade, conseguimos atingir a intenção a qual o projeto se propunha e os momentos foram enriquecedores para todos os envolvidos.

## EQUIDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OUVIDORIA ATIVA: UMA TENTATIVA DE REDUZIR AS DESIGUALDADES SOCIAIS

Patricia Melo Bezerra

Palavras-chave: Equidade, participação, ouvidoria

A tímida participação social em saúde reflete a desigualdade social de populações vulneráveis das muitas áreas de ocupação desordenada. O analfabetismo e suas tipificações (por exemplo: absoluto, funcional, iletrismo); interesses individuais; desconhecimento dos mecanismos de participação; medo, descredito e desconfiança; e, assim como, desinteresse e apatia social são alguns dos fatores individuais e coletivos relacionados com a dificuldade participativa dentro de comunidades cercadas de desvantagens socioeconômicas. Assim nestes espaços existe um ciclo de escasso controle social que gera desigualdade social e desigualdades gerando escasso controle social. A boa parte da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Madalena do município de São Paulo é uma ocupação desordenada com desvantagens socioeconômicas apontadas pelos Sistemas de Informações em Saúde e discutidas, experienciadas pelos Conselheiros Gestores de Saúde Local da UBS em reuniões mensais ordinárias e no seu cotidiano. Ademais apenas os Conselheiros do segmento da população compareciam as reuniões, mesmo estas sendo abertas à comunidade; poucos candidatos ao Conselho Gestor da UBS para o biênio 2013 - 2015; desconhecimento das atribuições e da representatividade local deste Conselho; somente trinta ouvidorias por Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) ou por telefone durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014 que pode ser ocasionado por dificuldades com a linguagem escrita e a falta

de acesso ao contato telefônico. Pesquisas apontam que as estratégias tradicionais de participação social não foram efetivas. Cerca de 98% dos brasileiros não reclamam nem sugerem nada de forma espontânea e o modelo tradicional de ouvidoria não leva isto em consideração. Tal panorama suscitou uma postura dinâmica e mais ativa dos Conselheiros da UBS. Partiram para um diálogo com a comunidade, para proporcionar uma participação social efetiva, reconhecendo a participação como direito do cidadão e que, perante o contexto rico em vulnerabilidades, se fazia necessário a ampliação dos mecanismos de controle social. A Política Nacional de Participação Social (PNPS) brasileira publicada em 2013 tem a finalidade de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Além disso, procura estimular o desenvolvimento de mecanismos de participação social acessíveis aos grupos sociais historicamente excluídos e aos vulneráveis com uso de linguagem simples e objetiva. Dessa maneira a PNPS propõe a criação de mecanismos inovadores e contextualizados que garantam equidade à participação social e que minimizem as desigualdades sociais. Partimos do pressuposto que a ação da ouvidoria pode provocar mudanças coletivas ou individuais e, por vezes, pode reorganizar os processos de trabalho desde que as pessoas se reconheçam no processo de mudança. A Ouvidoria Ativa na saúde é um mecanismo inovador da promoção de espaços ativos e vão ao encontro do cidadão para acolher sua demanda dando resposta as questões individuais e coletivas em saúde. Ela deve ser capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, procurando as informações, atuando de forma itinerante visando obter dados de forma sincrônica aos fatos para subsidiar a gestão, o controle

social e a resposta positiva em tempo hábil. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência exitosa, elaborada em reunião de Conselho Gestor de Saúde Local e executada pelos Conselheiros da UBS Santa Madalena, assim como, os resultados, as dificuldades e os limites do mecanismo, ouvidoria ativa, para estimular a participação social local em saúde. Em reunião de Conselho Gestor de Saúde Local foi votado e aprovado a proposta de realizar encontros com as famílias cadastradas no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) para escutá-las, conseguir dados para a formulação do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) para 2015 e estimular a participação social em saúde. Para tanto foi utilizado o mecanismo, ouvidoria ativa, por garantir a equidade no controle social perante o contexto de desvantagens sociais existentes. Inicialmente foi realizado um sorteio de noventa famílias cadastradas no SIAB (5% do total) e em duas semanas de outubro de 2014 duplas de Conselheiros realizaram nos domicílios as seguintes perguntas às famílias: "O que você acha que precisa melhorar na UBS Santa Madalena?" e "O que você mais gosta na UBS?". As respostas das perguntas foram registradas em papel, digitadas em planilha de Excel, tipificadas e tratadas e constituíram informações para nortear o PES 2015. Na ocasião os Conselheiros discutiram com as famílias as atribuições do Conselho Gestor, a importância da participação nas reuniões e, por fim, entregaram um calendário com as datas das reuniões na UBS. Um total de setenta e nove famílias encontradas e cinco referiram que não poderiam conversar com os Conselheiros. As respostas à primeira questão geraram as seguintes categorias de melhorias verbalizadas: a) Intersetoriais, por exemplo: infraestrutura insatisfatória; b) Setoriais gerais, por exemplo: orientações confusas e desconhecidas para os usuários; c) Setoriais singulares,

por exemplo: dificuldades com os agendamentos de consultas. Foram elaboradas estratégias que constituíram o PES para responder as categorias citadas anteriormente: 1. Solicitar a ampliação e reforma da UBS; 2. Acordado ações de comunicação interna e fluxo acolhimento; 3. Gestão de agenda e ampliação de espaços nesta para atendimento da demanda espontânea. Estas ações estão sendo desenvolvidas no ano de 2015 e serão avaliadas em dezembro deste ano. Já as respostas à segunda questão produziram elogios ao atendimento dos profissionais de saúde e da equipe administrativa da UBS provocando satisfação deles com o trabalho desenvolvido. Entretanto nas reuniões do Conselho Gestor e para a candidatura do biênio de 2015 - 2017 o número de pessoas participando foi pequena, apenas de uma ou duas pessoas da comunidade, além dos Conselheiros, ainda longe do almejado controle social. Ainda não é possível dizer que a participação social nesta experiência dos Conselheiros da UBS Santa Madalena minimizou a desigualdade social, porém é uma questão que precisa ser trabalhada em políticas públicas de saúde e em PES locais. Contudo com uma postura dinâmica, proativa e inovadora dos Conselheiros Gestores da UBS, eles respondem as questões de pesquisas quanto ao papel dos Conselheiros e quanto a sua capacidade de recolher e expressar os interesses da sociedade que representam. Então eles são capazes de usar a ouvidoria ativa para se aproximar e organizar as demandas das famílias cadastradas, subsidiando o PES, gerando um aumento insipiente da participação social e representado os cidadãos nos espaços de controle social. Assim promovendo a participação social foi possível garantir a equidade à uma comunidade vulnerável, além de mudanças coletivas e reorganização dos processos de trabalho na UBS.

### FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: O SIGNIFICADO DO ESPAÇO DOMICILIAR NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

*Ramayana Rubianne Galdino, Adrine Louise Lima, Aline Maria Monteiro da Silva, Dailton Alencar Lucas de Lacerda*

**APRESENTAÇÃO:** A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com a rede de atenção em saúde. Orienta-se pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade; além de considerar a acessibilidade, a gestão do cuidado, o vínculo, a responsabilização, a humanização e a participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Busca a promoção e prevenção da saúde e tratamento de doenças, além da redução de danos ou de sofrimentos, que possam comprometer a qualidade de vida. O projeto Fisioterapia na Comunidade atividade de extensão universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa/PB. Tem como base os pressupostos teórico-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS), que é compreendida como processo de prática educativa e trabalho social emancipatórios. Contribui para o protagonismo social, direcionada de forma proposital à promoção da autonomia das pessoas. Busca a formação da consciência crítica e à superação das desigualdades sociais. Tem um arranjo interdisciplinar,

intersetorial e interinstitucional. Está vinculado ao Programa Mais Saúde na Comunidade da UFPB. Desenvolve parceria fundamental com a Unidade Integrada de Saúde da Família (UISF) do Grotão I, II e III. Intervém em ações conjuntas com as equipes de saúde da família (ESF) no território de sua área de abrangência. As intervenções domiciliares destacam-se como uma das principais e mais efetivas ações do projeto são consideradas estratégicas na reorientação da atuação da fisioterapia neste nível de atenção. Este trabalho tem por objetivo refletir o significado do papel da fisioterapia na atenção básica de saúde, tendo como objeto central a intervenção domiciliar e suas repercussões para reorientação da formação em saúde. Trata-se de um relato de experiência dos estudantes de fisioterapia a cerca de suas atividades dentro da extensão universitária em conjunto com acadêmicos de outros cursos e instituições. As intervenções domiciliares da fisioterapia na atenção básica de saúde fazem parte das atividades de extensão do Programa Mais Saúde na Comunidade. São realizadas semanalmente em dia e horário pactuados com as equipes, e previamente agendadas com os usuários adscritos na UISF. Os usuários são selecionados de acordo com sua condição de saúde e necessidade de atendimento fisioterapêutico, a partir de indicações da ESF. A intervenção é feita interdisciplinarmente por estudantes de fisioterapia e de outras áreas da saúde, participantes do Programa, em ações articuladas e planejadas. As intervenções feitas baseiam-se nos fatores determinantes do processo saúde - doença, considerando também aspectos psicossociais, econômicos e culturais do usuário permitindo uma abordagem integral da situação. **DESENVOLVIMENTO:** da experiência a atenção domiciliar é uma das estratégias do Sistema Único de Saúde para garantir de forma complementar ou

substitutiva mais uma opção de cuidado em saúde e caracterizam-se por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, visando à continuidade da assistência articulada às Redes de Atenção à Saúde. As intervenções domiciliares realizadas pelo Programa Mais Saúde na Comunidade, estão de acordo com esses princípios, permitindo, através da extensão universitária, uma experiência em que estudantes e professores ressignificam valores como humanização, vínculo, troca de afetos e saberes no espaço do cuidado. Adentrar no cotidiano do usuário proporciona reflexões sobre o sentido do cuidar do outro. O exercício da escuta permite compreender as angústias do sujeito, tornando possível acolher as necessidades do outro. Facilita a construção de vínculos através da confiança entre cuidador e usuário. A experiência criada no espaço domiciliar modifica o olhar do estudante, marcado por uma formação em saúde hegemonicamente biologicista, clínica e tecnicista. A prática do cuidado, orientada pelos elementos da educação popular onde, o olhar integral, a amorosidade, o vínculo, o afeto, as trocas de saberes permeiam as relações entre os sujeitos, reorientam e ressignificam a formação em saúde. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Partindo das competências gerais das diretrizes curriculares de fisioterapia em que diz que o profissional deve ter atenção à saúde sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos e, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo de forma humanizada, percebe-se que nosso trabalho como futuros cuidadores em saúde têm uma dimensão mais ampla e resolutiva. As intervenções

domiciliares reorientam práticas de atenção à saúde, expandindo nossa visão para além dos muros da universidade e nos colocando em contato com a realidade, onde podemos observar as dificuldades enfrentadas pelos usuários, como: falta de acessibilidade e infraestrutura, atendimento precário, entre outras. Ajudando a construir uma formação mais comprometida com uma sociedade mais justa e igualitária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A intervenção domiciliar faz com que haja mais entrosamento tanto entre os sujeitos envolvidos no processo (cuidador e usuário), assim como, entre usuários e a equipe da UISF. Principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com as entidades comunitárias, ampliando nosso campo de atuação e potencializando nossas ações. O estudante tem suas fronteiras de intervenção ampliadas, tendo a oportunidade de avaliar a realidade do ambiente onde o paciente reside e obter várias informações a respeito da realização das atividades de vida diária e suas limitações, que o auxiliam nas orientações, intervenções terapêuticas e adaptações ambientais. Também fornece espaço para troca de saberes entre os estudantes, uma vez que estes pertencem a diferentes períodos e áreas, e, portanto, diferentes olhares. Além de tudo isso para nós futuros profissionais de saúde, vivemos a cada intervenção domiciliar possibilidades de reorientar nossa formação, desprendendo-nos de nossos preconceitos, analisando criticamente nossas concepções, valores e atitudes para a compreensão do outro, sendo essencial, respeitar o ritmo de cada família, sua diversidade cultural e prioridades surgidas em seu cotidiano, ou seja, estamos construindo outro jeito de cuidar do outro.

## FORMAÇÃO MÉDICA: CONTEMPLANDO E UTILIZANDO OS CAMPOS DO SUS

*Carolina Klaesener, Vanderleia Laodete Pulga, Amanda Tamara Souza, Patricia Aline Vivian*

Palavras-chave: medicina, comunidade, SUS

A partir de 2013, no Rio Grande do Sul, após passar em um vestibular concorrido de medicina nos vimos dentro de uma proposta inovadora, que nos incentiva a estudar e trabalhar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Já na primeira semana de aula fomos desafiados a conhecer a estrutura e o funcionamento de uma equipe multidisciplinar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior. Após todo um semestre de estudos interligando sala de aula e UBS, fomos instigados a formular projetos intervencionistas que colaborassem com a melhora do serviço de saúde naquela comunidade. Após um semestre de convivência semanal com a equipe da UBS e com a comunidade local, através de conversas, acompanhamento de reuniões, ida até os mais diversos locais de trabalho e troca de ideias, identificamos dois campos com dificuldades em realizar o seu trabalho: as agentes comunitárias de saúde e o Conselho Municipal de Saúde. A partir disso, com a ajuda dos professores da disciplina de Saúde Coletiva iniciamos um longo estudo sobre a função dessas duas áreas de fundamental importância para o bom andar da saúde local. O primeiro trabalho foi desenvolvido com as agentes comunitárias em saúde. Através de vários encontros com elas, percebemos um sentimento amplo de desvalorização, de falta de ânimo para desenvolver o trabalho adequadamente e também falta de capacitações mais frequentes sobre como abordar temas atuais como as doenças sexualmente transmissíveis e a homossexualidade, principalmente por

se tratar de uma comunidade localizada no interior do Rio Grande do Sul, onde o preconceito e o receio a certos temas ainda são muito prevalentes. Com isso, preparamos dois encontros basicamente motivacionais e esclarecedores. No primeiro, com uma roda de conversa, fomos abrindo espaço para que elas desabafassem nos contassem seus medos, seus receios, suas dificuldades diárias e com isso ampliamos muito nosso grau de relacionamento. No segundo, baseado em cartilhas do Ministério da Saúde, realizamos uma pequena apresentação informal de como abordar as famílias, como agir em situações delicadas e também pactuamos com a enfermeira responsável pelo trabalho das agentes a realização de um diário de campo onde elas relatam o que as famílias contaram e a sua percepção individual. Esse diário deve ser lido e assinado pela enfermeira responsável para garantir que o trabalho da agente foi realizado e comunicado à equipe. O segundo trabalho foi desenvolvido com o conselho municipal de saúde. Desde o primeiro semestre sempre acompanhamos as reuniões realizadas pelo conselho, e em sala de aula fomos aos poucos aprendendo a sua função e tudo que um conselho bem organizado e participativo pode levar em benefícios para a comunidade. A partir da união conteúdo visto em aula com as reuniões, percebemos que algo estava errado, pois boa parte dos membros do conselho não sabia a sua função e estava presente apenas para representar a sua entidade e não apresentava preocupação alguma com o desenvolvimento da comunidade. Com isso, desenvolvemos dois métodos para abordar o conselho e esclarecer a importância do órgão. Primeiramente procuramos os mais diversos programas de saúde estabelecidos pelo Brasil e pelo Rio Grande do Sul, como política de saúde dos idosos, da criança, da mulher e sintetizamos tudo que poderia ser

adequado à realidade de uma população interiorana. Após essa busca, coletamos dados locais com as agentes comunitárias e com a equipe da UBS sobre o número de idosos, crianças e de mulheres, assim como a porcentagem de procura pelo serviço em saúde desses grupos para compará-los com as metas estabelecidas pelo estado. Então, juntamos os dados locais sobre a população com os dados obtidos em buscas no IBGE e DATASUS sobre a população gaúcha em geral e realizamos uma apresentação para o conselho com o objetivo de impactá-los sobre a realidade local e dar ideias sobre a ampla gama de programas que o estado oferece para o desenvolvimento da saúde. Em um segundo momento nos concentramos em estudar a função dos membros do conselho de saúde e esclarecê-la de maneira simples e objetiva. Montamos uma apresentação explicando o porquê de cada entidade estar ali representada, esclarecendo a importância deles na pactuação da saúde local com o estado, também explicamos a importância da vistoria do conselho perante os gastos da UBS, falamos sobre as capacitações disponíveis para conselheiros e abrimos espaço para dúvidas e relatos individuais. Ao final de um ano de trabalhos na UBS foi extremamente gratificante perceber os pequenos, mas significativos resultados obtidos. As agentes de saúde estavam mais confiantes e sentindo-se parte da equipe, pois estavam sendo ouvidas e com o diário de campo estavam sendo amparadas pela enfermeira chefe, a qual nos relatou grande melhora do serviço e uma melhora significativa nos relatos descritos no diário. Após o trabalho motivacional, as próprias agentes nos procuraram interessadas em participar de cursos de atualizações para melhorar o desempenho do trabalho. Com o conselho municipal de saúde não foi diferente, foi notável a maior participação nas reuniões, o impacto provocado pela comparação da

realidade local e as metas estabelecidas pelo estado gerou uma preocupação geral nos membros, a apresentação sobre os programas desenvolvidos pelo estado gerou diversas ideias para implantação local e também notou-se a vontade pela busca em capacitação. Conviver durante o primeiro ano da faculdade de medicina com uma equipe multidisciplinar em uma UBS do interior do estado nos abriu a mente e desmitificou o padrão médico estabelecido pela sociedade brasileira. Sem dúvidas, uma formação médica baseada no tripé de sustentação do SUS (equidade, integralidade e universalidade), é uma das saídas para a melhora da saúde da população. A quebra do médico sentado e trancado dentro de um consultório longe de toda a equipe é necessária, pois a medicina vai muito além de prescrever receita, ela pode com atitudes simples de promoção em saúde mudar completamente toda a realidade e o futuro de uma comunidade. Portanto, com essa experiência os melhores e maiores resultados não foram produzidos na comunidade local e sim em nós estudantes que podemos entender na prática que o ser humano é muito mais que um processo saúde-doença.

## FORTALECENDO O CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE DE FORMAÇÃO

*Adilson Ribeiro dos Santos, Tilson Nunes Mota, Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Nathalie Oliveira Gonçalves, Edmilson Alves Santos, Alba Benemerita Alves Vilela*

Palavras-chave: Participação Comunitária, Educação Continuada, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO: Uma das premissas da sociedade brasileira desenhada pela

Constituição Federal de 1988, a participação popular no controle social é uma das diretrizes para o sucesso, execução e implementação das Políticas Públicas em todos os segmentos da sociedade. Marca de sua construção, a participação social no Sistema Único de Saúde - SUS se deu através da atuação das associações civis, perfazendo sua história até os dias atuais. O papel dos movimentos sociais, bem como a organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, em prol de um Estado democrático e garantidor do acesso universal aos direitos a saúde, coloca em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Como fruto desse importante momento, impulsionado pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a gênese do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB deu corpo às lutas por um modelo de atenção à saúde que corroborou com o SUS através das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990. Como resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde a Lei nº 8.142/90, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no SUS. Os Conselhos Municipais de Saúde – CMS buscam materializar a participação popular e o controle social no SUS. Um dos desafios constantes na promoção da qualidade do papel do CMS é a formação dos conselheiros no tocante ao funcionamento das políticas de saúde no município. Uma vez que, sendo pessoas das diferentes camadas sociais e com diferentes graus de formação, muitas vezes não possuem o entendimento necessário dos programas, políticas e projetos que moldam o funcionamento do SUS. Diante da complexidade do funcionamento do SUS, bem como pela necessidade de qualificação dos conselheiros, este estudo apresenta a experiência de uma atividade educativa realizada com os conselheiros municipais

de um município baiano. MÉTODO: Esta atividade surge com o início de uma nova eleição para a composição do CMS. Foi observado que a maioria dos conselheiros não possuía o conhecimento necessário para atuar no controle social de maneira eficaz. A relevância de um relato de experiência está em sua ligação com outras realidades e na importância dos problemas que nele se expressam, assim como, seu possível nível de generalização na aplicação dos procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, uma colaboração às práticas metodológicas da área a qual pertence. O relato de experiência nos possibilita partilhar das mais diversas realidades nos mais diferentes contextos de produção do cuidado no âmbito do SUS, colaborando para o fortalecimento de novas práticas no enfrentamento das problemáticas que se apresentam nos locais de atenção à saúde. Na busca de proporcionar uma quantidade ótima de conhecimentos para a atuação no controle social foram planejados quatro encontros com a seguinte apresentação: Contextualização da Saúde Pública Brasileira e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil; Instrumentos de Gestão do SUS e sua aplicação no controle social; Financiamento do SUS e Controle Social e o papel dos Conselheiros Municipais de Saúde. APRESENTANDO A CAMINHADA: Os processos de formação voltados para adultos apresentam o desafio de adesão dos participantes. Este fato apresenta-se como um desafio da busca de metodologias que promovam o diálogo e a troca constante entre os participantes. Os fundamentos da nova educação adotada a premissa na construção dos encontros de que a educação não se define mais em relação a um conteúdo determinado que se trate de assimilar, mas concebe-se, na verdade, como um processo de ser que, através da diversidade de suas experiências, aprende a exprimir-se, a comunicar, a interrogar

o mundo e a tornar-se sempre mais ele próprio. No primeiro momento, de maneira participativa trabalhamos a Contextualização da Saúde Pública Brasileira e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Esse momento se mostrou de suma importância uma vez que muitos dos conselheiros não conheciam a história da saúde pública e a importância social do SUS. Destacou-se também a importância de discutir o papel da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família, uma vez que muitos conselheiros ainda depositavam maior importância ao modelo hospitalocêntrico, enfatizando a importância da manutenção do hospital em detrimento da Atenção Básica. Desse modo, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família assume papel central na expansão e consolidação da atenção básica. Este fato reforça a necessidade de ampliarmos os olhares para a ESF, em especial os conselheiros municipais de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento da execução das políticas de saúde. Instrumentos de Gestão do SUS e sua aplicação no controle social foi o tema do segundo momento. Com um conteúdo que se mostrou estranho a muitos dos conselheiros, tivemos a participação de uma professora universitária com vasta experiência na gestão pública, fato que facilitou a visualização da aplicação dos instrumentos de gestão. Como um avanço na gestão do SUS, O Ministério da Saúde - MS em atendimento às bases legais, tais como a Lei nº 8080/1990, a Lei nº 8142/1990, a Portaria nº399/2006 e a Portaria nº699/2006 do SUS, instituiu o Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS, definindo-o como o processo contínuo, integrado e articulado das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Para tanto, estabelece diretrizes e pressupostos que orientarão a elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento do SUS, a saber: Plano Anual de Saúde - PAS; Relatório de Anual de Gestão - RAG e Programação

Anual de Saúde. No terceiro momento apresentamos o Financiamento do SUS e as estratégias para sua aplicação. Como ainda entendido por muitos conselheiros, a prestação de contas faz-se uma atividade muito valorizada nos CMS. Tivemos a participação efetiva de todos os membros e contamos com a mediação de uma gestora municipal com grande experiência na gestão financeira do SUS. O quarto momento, diante de algumas mudanças na gestão, ainda não conseguiu ser executado. A importância da participação popular e do controle social se apresenta também através da Resolução nº453 de 2012 que traz que a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O CMS como um espaço de participação social, se faz um local de promoção de saberes uma vez que muitos dos conselheiros não possuem conhecimentos sobre o funcionamento das políticas públicas de saúde. Diante da importância do controle social, é mister espaços não apenas de formação nos CMS, mas de vocalização política dos conselheiros de saúde para o fortalecimento e consolidação do SUS. Esta experiência revela a importância da qualificação dos conselheiros e a importância de ações educativas não apenas de maneira pontual, mas de tomarmos a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo capaz de promover o empoderamento dos conselheiros para uma atuação que busque a valorização do SUS e sua reafirmação como política pública e patrimônio do povo brasileiro.

## GRUPO ANTIMANICOMIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL: REFLEXÃO DA ATUAÇÃO QUE ENTRELAÇA SAÚDE MENTAL E DIREITO

Marcela Endres Balbão, Daniele Fraga Dalmaso

Palavras-chave: saúde mental, direito, reforma psiquiátrica, direitos humanos

Este resumo tem a proposta de compartilhar as experiências e a atuação prática de um grupo multidisciplinar de estudantes e profissionais, que apostam na potência da interface entre o conhecimento jurídico e a garantia de um cuidado em saúde mental conforme preconizado na RAPS. O GAMAI (Grupo Antimanicomial de Atenção Integral) é um dos grupos que compõe o SAJU (Serviço de Assessoria Jurídica Universitária) vinculado à UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). O SAJU é um projeto de extensão que propõe aos estudantes, de direito principalmente, uma oportunidade de construção dos conhecimentos adquiridos em sala de aula alinhado às necessidades reais da população que tem seus direitos negligenciados por diversos motivos. Os grupos pertencentes ao SAJU atuam entre temáticas diversas, tendo, como fim, um mesmo objetivo: garantir o acesso à justiça ordenado pela defesa dos Direitos Humanos. Diante disso, o presente trabalho busca relatos de uma experiência “sajuana” compartilhada por integrantes do GAMAI no decorrer de três anos de trabalho. A tentativa é de trazer as disposições da Reforma Psiquiátrica sustentada pela lei estadual 9.716 de 1992 e nacional 10.216 de 2001 e, de discutir algo tão inexplorado no curso de direito, desconstruindo ideias presentes nos serviços Judiciários, assim como nos ambientes institucionalizados. Os avanços que tivemos enquanto sociedade brasileira na oferta de cuidados em saúde mental se fragiliza com o desconhecimento

do Judiciário que não apresenta alternativas possíveis -e em liberdade- a pessoas com sofrimentos mentais graves, uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas ilícitas, culminando para um mesmo fim: a internação. Em situações criminais de delitos cometidos por pessoas com algum transtorno diagnosticado aplica-se a Medida de Segurança- MS que insere o usuário em Institutos Psiquiátricos ou chamados também Hospitais de Custódia e Tratamento. Observa-se, historicamente, que essas internações em manicômios judiciais perduram, podendo ser comparadas a prisões perpétuas visto que a MS, por teoricamente se considerar um tratamento, não tem limite de tempo para ser cumprida. Assim, é com esse campo de estudo, pesquisa e atuação do GAMAI que se pretende apresentar um pouco dessa realidade já vivenciada. O grupo conta com profissionais do direito e da pedagogia e estudantes do direito, psicologia, saúde coletiva e letras. Desde 2012, ocorrem encontros e reuniões semanais em dia e horário fixo, sempre nas dependências da Faculdade de Direito. Busca-se, com dois processos seletivos ao ano, possibilitar as novas pessoas contato com esse tema pouco abordado nas instituições de ensino, aumentando nossa rede de atuação, troca de experiências e conhecimentos, refletindo a possibilidade de outro lugar para a diferença: a rua. Visto a extrema fragilidade que é encontrada no currículo do curso de direito e o próprio desconhecimento quanto à temática no âmbito do judiciário, acreditamos ser fundamental trazer esta discussão, que coloca em jogo a loucura ocupando espaços da cidade, para dentro da faculdade direito. Percebe-se a extrema necessidade de se discutir e construir, junto ao judiciário e ao meio estudantil, alternativas de cuidado às pessoas que usam drogas ilícitas, que apresentam dificuldades de autonomia acometidas ou não por um

transtorno mental grave, entre outras características que transbordam os padrões sociais, evitando-se a institucionalização. A discussão do que é normal, do que é loucura e do por que todos têm o direito de ocupar um lugar na rua faz parte do debate que o grupo busca trazer. As ações do GAMAI são orientadas pela proposta da atenção integral, acreditando que o recorte sobre a situação jurídica de uma pessoa não basta para um adequado direcionamento à situação. Apostamos numa atuação ética-política que busque uma mudança efetiva do paradigma hospitalocêntrico, afirmando a ética dos Direitos Humanos. As atividades do grupo foram até o momento junto a sujeitos e instituições, em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por meio de pesquisas, estudos de legislação e revisão bibliográfica, buscamos aplicar e compartilhar o que aprendemos com a atuação. A prática multidisciplinar do grupo é fundamental para construirmos novos parceiros e evitarmos que os pensamentos e reflexões fiquem restritos a um único campo de estudo que deterá a verdade sobre a Saúde Mental. Devido à grande interação entre o presente trabalho e o que é realizado junto ao GAMAI. Como resultados e impactos expõe-se aquilo que foi experienciado pelo grupo. No desdobramento de cada ação, percebemos o quanto necessária é a discussão desta temática no ambiente jurídico. A saúde mental ainda é vista de modo extremamente institucionalizado pela cultura que emana do judiciário e do curso de direito. Ao longo dos três anos de trabalho, encontramos inúmeros casos em total desacordo com a Reforma Psiquiátrica, mantendo pessoas em condições de insalubridade e abandono, submetidas, inclusive, a situações de violência física, moral e tortura. Mesmo com dificuldades, o trabalho acontece. Pessoas institucionalizadas em casas privadas ou em instituições públicas buscam

auxílio na esperança de uma vida fora dos muros institucionais. Assim, o presente trabalho baseia-se em resultados parciais das condições, impressões e dificuldades encontradas no decorrer dos três anos de existência do grupo. Neste período, tivemos oportunidade de perceber os grandes obstáculos que envolvem essa questão e o quanto complexa esta pode se tornar. Vivenciamos que sustentar esse debate dentro da faculdade de direito aponta diferença, como um maior interesse em participar das discussões transversalizadas pelo tema, maior presença do assunto nos seminários relacionados a temas jurídicos, entre outras pequenas ações cotidianas no universo do SAJU como um todo. A discussão dessa temática com estudantes da área é a aposta de termos, no futuro, muitos profissionais qualificados e apropriados no que refere à causa. Como projetos futuros do GAMAI, há o anseio por uma maior efetivação da desinstitucionalização de indivíduos abandonados no Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre paralelo a construir desconstruções das verdades dos Serviços Judiciários. Romper a lógica manicomial de exclusão impregnada no senso comum, atuando para o reposicionamento da loucura na sociedade, considerando o usuário um sujeito não fragmentado pelas especialidades de saber, fortalecendo a rede e constituindo, assim, uma assessoria jurídica que efetiva a atenção integral a pessoas em situação de sofrimento psíquico capturadas pela cultura da segregação e confinamento da diferença do outro é o que nos movimenta e faz seguir. Mesmo conscientes que os serviços da rede de cuidado em saúde estão fragilizados segue-se na tessitura de alternativas que acolham e cuidem ao invés do confinamento que produz mais sofrimento e anula possibilidades de subjetividades.

### HORTA POPULAR BOA ESPERANÇA: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Ana Paula Maia Espândola Rodrigues, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Palavras-chave: Direito Humano à Alimentação Adequada, Segurança Alimentar e Nutricional, Educação Popular

Nas últimas décadas, além das transformações sociais que resultaram em mudanças socioeconômicas, políticas e tecnológicas no país, houve modificações significativas no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira. Essa realidade contribuiu para a diminuição da pobreza e da exclusão e conseqüentemente da fome e da desnutrição, porém ainda é expressivo o número de famílias em situação de insegurança alimentar, vulnerabilidade e risco social, além de que, paralelo a isso ocorreu um aumento do excesso de peso em todas as camadas da população apontando para um cenário em que coexistem a obesidade, as doenças crônicas não transmissíveis, a desnutrição e as doenças oriundas de carências nutricionais em um mesmo espaço. Por isso, é fundamental a realização de propostas sustentáveis e autônomas que abordem a questão alimentar para além do modelo prescritivo e biologicista, através de processos horizontais e dialógicos que promovam a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Considerando os aspectos socioculturais da alimentação, a horta comunitária consiste em uma potente estratégia de Educação Alimentar e Nutricional. Assim, à medida que aproxima os sujeitos da terra e do alimento consumido, favorece a legitimidade dos saberes e práticas populares, além de proporcionar o acesso a alimentos livres de agrotóxicos e ainda

auxiliar na integração entre membros de uma mesma comunidade e destes com a natureza, estimulando a preservação dos recursos naturais, o cuidado ambiental e a sustentabilidade. Nesse contexto, o Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica – PINAB” vinculado aos Departamentos de Promoção da Saúde e de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba atua em comunidades no Bairro do Cristo Redentor em João Pessoa-PB desenvolvendo ações de Promoção da Saúde e da SAN, norteado pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular em Saúde, que tem como base o respeito pelas experiências anteriores dos sujeitos, a promoção da autonomia, a troca e a construção de novos saberes com vistas à emancipação humana. Participam do PINAB graduandos de diversas áreas da UFPB e outras instituições de ensino superior, docentes, profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e lideranças comunitárias, que juntos atuam em diversas frentes e/ou Grupos Operativos, tais como: Puericultura, HiperDia, Saúde Mental, Horta Comunitária, Espaço de Diálogo, Escola e Idosos, assim como participam das reuniões de planejamento do Programa e buscam o envolvimento em atividades pedagógicas desenvolvidas no território, como forma de construir, planejar e fortalecer de forma participativa as ações desenvolvidas nas comunidades. Dentre os diversos grupos do Programa, o da Horta Comunitária se destaca na promoção da SAN e do DHAA, visto que mediante as iniciativas em torno da construção e manutenção da Horta Popular Boa Esperança (localizada próxima à nascente do Rio Jaguaribe na comunidade Boa Esperança) aborda, por meio de atividades educativas e lúdicas, o sistema alimentar em sua integralidade, a sustentabilidade, a valorização do alimento e

a promoção da autonomia e do autocuidado. Além disso, valoriza os processos ativos e permanentes de educação que incentivam a troca de saberes, o diálogo e a construção compartilhada, como forma de propiciar a inclusão de indivíduos em temáticas de interesse da comunidade, procurando estimular a mobilização social e a busca por melhorias no território. A partir de metodologias participativas com ênfase na problematização da realidade local, o PINAB promove atividades semanais que vão desde o ato de adubar, semear, regar e colher até ações de retirada do lixo, preservação do meio ambiente, atividades educativas envolvendo temáticas como o lixo local e o tempo de degradação dos objetos encontrados próximo à nascente do Rio Jaguaribe, assim como discussões sobre a importância do espaço para os participantes, atividade integrativas como forma de conhecer melhor o outro e oficinas de lambedor, chá e fabricação de sabão. Dentre as dificuldades observadas, ressalta-se a tímida e inconstante participação da comunidade no espaço, devido a algumas questões como: fragilidades socioeconômicas das famílias do território, problemas quanto à segurança pública local e certa descrença, por parte de alguns moradores, quanto às alternativas e possibilidades de transformação social. Além disso, a poluição e o descarte inapropriado do lixo permanecem em áreas circunvizinhas à Horta, uma vez que a coleta urbana não é satisfatória, contribuindo para o depósito de resíduos em terrenos ociosos próximo à nascente do Rio Jaguaribe, o qual se encontra quase que totalmente no perímetro urbano e, por isso, sofre com o descarte de lixo e redes de esgotos clandestinos, sendo mais um foco de poluição na comunidade. Como resultado desse trabalho, evidencia-se a motivação de crianças e jovens no sentido de contribuir

com a horta, auxiliando na limpeza e manutenção do ambiente e a participação de mulheres que enriquecem o espaço com novas mudas e ensinamentos populares. Por outro lado, percebe-se o envolvimento dos profissionais da USF do território, que divulgam e incentivam a comunidade a participar e buscar alternativas terapêuticas a partir dos produtos cultivados na Horta, além da utilização de plantas medicinais na produção de chás servidos durante as reuniões e atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde. Ressalta-se a participação ativa e o envolvimento cada vez mais efetivo de estudantes de diversos cursos de graduação em assuntos relacionados a SAN, que anteriormente estava muito vinculada aos alunos de Nutrição do Programa. Nessa perspectiva, tem-se valorizado a dimensão interdisciplinar, buscando uma formação mais abrangente, crítica e comprometida com as classes populares. Além disso, o referencial da Educação Popular em Saúde, que orienta as ações do PINAB, contribui efetivamente para a formação de estudantes mais sensíveis e sintonizados com as adversidades e complexidades próprias não apenas das práticas alimentares, mas principalmente da realidade local. Essa abordagem favorece o enfrentamento dos desafios encontrados, uma vez que desconstrói conceitos pré-formados e, de forma crítica, possibilita o diálogo entre os sujeitos e a problematização das situações que incomodam e oprimem. Nessa direção, no contexto da Horta Popular, o Programa vem contribuindo com a construção de estratégias participativas de enfrentamento de condições de desigualdade, fomentando a mobilização para a transformação social, de forma a promover a SAN e o DHAA.

## IMPACTO DA AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE OUVIDORIA DO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

*Luana dos Santos Pimentel, Evelyn Silvano da Silva, Márcia Lopes Silva*

Palavras-chave: Ouvidoria, Participação, Cidadão, Saúde

**APRESENTAÇÃO:** A ouvidoria é um espaço para acolhimento das sugestões, denúncias, reclamações e elogios, estabelecendo um canal prático e de fácil acesso aos usuários do serviço público e sociedade em geral. Dessa forma, a ouvidoria pública fomenta a efetivação dos preceitos constitucionais que norteiam a administração pública, objetivando de que os preceitos de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência se tornem, na prática, eixos norteadores da prestação de serviços públicos. Propõe também a reparação do dano e a promoção da democracia. Importante ressaltar, que os serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde atuam na representação do indivíduo. Acredita-se que através do indivíduo possa se iniciar a resolução ou correção de um processo que afeta uma coletividade. Nesse sentido, o estímulo à implantação de serviços de Ouvidoria do SUS no Estado do Rio de Janeiro, advém do reconhecimento da necessidade do aumento de acesso a esse importante canal de escuta junto aos usuários dos serviços de saúde. O fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO) no Estado busca operacionalizar a meta inscrita no Plano Estadual de Saúde com vigência de 2012-2015 de “Apoiar 100% das Ouvidorias em Saúde implantadas / implementadas nos municípios”. A importância de trabalhar esse dado surge da necessidade de acompanhar o indicador 65 (Proporção

de municípios com ouvidoria implantada), indicador este pertencente ao rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores que serão utilizados nos instrumentos de planejamento integrado do Sistema Único de Saúde. Segundo levantamento realizado pelo Departamento Geral de Ouvidorias do SUS (DOGES) no ano de 2012, no estado do Rio de Janeiro havia 29 (vinte e nove) Ouvidorias implantadas. Ressalta-se que tal pesquisa foi realizada por meio de contato telefônico com as Secretarias Municipais de Saúde, podendo não representar um dado fidedigno da realidade apresentada. Os objetivos do trabalho visavam: Fortalecer o Sistema Nacional de Ouvidorias no Estado do Rio de Janeiro; Apoiar a implantação de serviços de Ouvidoria nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Ampliar o percentual regional de ouvidorias em saúde em funcionamento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No intuito de um maior êxito na implantação de Ouvidorias no Estado foram feitas escolhas de algumas estratégias de atuação com os 92 municípios. A primeira delas foi a realização de fóruns regionais de Ouvidorias do SUS periódicos realizados nas nove regiões de saúde (Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste e Serrana), o objetivo dessa ação é que através desses encontros aconteçam trocas de experiências, discussões sobre os processos de trabalho, construção de um espaço destinado a argumentação de temas que envolvam a escuta qualificada do cidadão, de qualificação e também em acordo com o princípio da regionalização. No primeiro ciclo do Fórum foi apresentada a metodologia desses encontros e a temática central foi à proposta de utilização de ferramentas de planejamento no intuito de fomentar a implantação dos serviços de Ouvidoria. Uma das atividades propostas foi a elaboração de Projetos de Implantação,

com o fornecimento de um modelo para auxiliar os técnicos na formulação do de tal instrumento. Foram recebidos e devidamente analisados quarenta e oito Projetos de Implantação de Ouvidorias das Secretarias Municipais de Saúde. Até o presente momento realizamos junto às nove Regiões de Saúde, nove ciclos de Fóruns. Outra ação realizada foi a de visita técnica aos noventa e dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de realização de um monitoramento sistemático partindo da observação contínua, que possibilitasse a construção de um dado fidedigno à realidade do Estado sobre o quantitativo de Ouvidorias implantadas. Para tal atividade foi elaborado e utilizado o instrumento denominado “Lista de Verificação” que contém 40 (quarenta) itens relativos às evidências de implantação do serviço e processo de trabalho. Objetivando qualificar os Ouvidores, são desenvolvidas Capacitações contínuas e Oficinas Temáticas atendendo a frequente demanda de espaços que propiciem a troca de experiências e a construção de saberes. O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na disponibilização de recurso financeiro, por meio do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), destinado à implantação de Ouvidorias em saúde. O referido recurso foi inicialmente, no ano de 2010, destinado aos hospitais municipais e filantrópicos, contratualizados ao SUS. Posteriormente, no ano de 2013, foi inserido um novo incentivo, destinado especificamente para que as Secretarias Municipais de Saúde implantassem seus serviços de ouvidoria. Ressalta-se que havia a prerrogativa estabelecida pelo programa - corte populacional de municípios com até 115.000 habitantes. Resultados Diante das atividades expostas e do monitoramento sistemático dos municípios, notamos aumentos significativos no índice de Ouvidorias implantadas. No ano de 2012, havia 29 Ouvidorias implantadas. Até o presente

momento o Estado do Rio de Janeiro conta com 63 serviços em funcionamento. Dessa forma, observa-se um aumento de 37% na cobertura de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde. A experiência vivenciada evidenciou a necessidade de mecanismos de respaldo à implantação de Ouvidorias o Estado. Com base no instrutivo de construção dos indicadores do SISPACTO, foi construída e discutida nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), a minuta para definição dos critérios de implantação de Ouvidorias. Posteriormente tal proposta foi aprovada na Comissão Intergestora Bipartite e resultou na Deliberação CIB nº 2630 publicada no D.O em 12/12/2013. Outra necessidade verificada fazia referência à qualificação das respostas fornecidas ao cidadão pelos setores envolvidos em uma dada manifestação. Tal inquietação resultou na proposta de construção de uma minuta para definição dos critérios das respostas a serem apresentadas ao cidadão. O documento foi aprovado em Comissão Intergestora Bipartite e resultou na Deliberação CIB nº 3413 publicada no D.O em 14/05/2015. Considerações finais A partir da experiência aqui descrita, percebe-se que a aproximação com os municípios foi fulcral para obter êxito na meta de “apoiar 100% das Ouvidorias implantadas/implementadas”. Observa-se que a implantação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde, possibilitou um aumento da participação do cidadão se consolidando como um canal de comunicação e um dos espaços promotores de cidadania. Além disso, o aumento de municípios que possuem ouvidorias em saúde em funcionamento proporciona uma significativa melhora no indicador regional de metas pactuadas no SUS (Sispacto), fortalecendo assim o princípio de Regionalização. Percebe-se também o fortalecimento das diretrizes do SUS com a divulgação de informações

quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo cidadão. Portanto, as atividades desenvolvidas pela Ouvidoria Geral da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro foram organizadas e sistematizadas com o intuito de mapear e ampliar os serviços de Ouvidoria em Saúde no respectivo Estado.

### **INSERÇÃO DA AROMATERAPIA E DAS PRÁTICAS CORPORAIS NA INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO JUNTO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS**

*Milene Dinah Faht, Karla Ferreira Rodrigues*

Palavras-chave: Práticas integrativas, Aromaterapia, Práticas corporais

Este relato permite apresentar a minha inserção na Liga de Saúde Coletiva da FURB. O mesmo aconteceu através de um convite para participar em uma Roda de Conversa sobre Fitoterapia que aconteceu em meados de junho de 2014. Após esse contato, comecei a participar das reuniões semanais da Liga, agregando minhas experiências, principalmente a Aromaterapia, às propostas apresentadas pelo grupo. As atividades realizadas junto ao programa Liga de Saúde Coletiva foram as oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais, Rodas de Conversa em Aromaterapia e a constituição do Grupo de respiração, relaxamento e meditação, os quais passo a descrever. As Oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais envolvem 20 participantes em cada e têm duração de 90 a 120 minutos. Estas permitem aos participantes momentos em que possam aguçar sua percepção corporal e olfativa, prestar atenção nos seus movimentos, perceber sua respiração e se abrir para novas experiências sensoriais, cinestésicas e olfativas. A finalidade desta prática é promover momentos de centramento, prazer e relaxamento, os quais podem ser

um grande encontro consigo. Busca-se nas oficinas fazer uma cisão entre o frenesi da vida cotidiana geralmente submetida a inúmeras pressões e demasiado estresse, e o silêncio necessário e salutar para que uma vida possa ser vivida com um mínimo de equilíbrio. São convites para parar, sentir, perceber-se e experimentar situações prazerosas e atividades relaxantes. Durante a prática é discorrido sobre um óleo essencial, expostas suas características e propriedades, e posteriormente este óleo é apresentado aos participantes no momento do relaxamento corporal. As Rodas de Conversa sobre Aromaterapia, também são abertas a 20 participantes e têm duração de 90 minutos. Aqui são apresentados alguns dos principais óleos essenciais, suas características, finalidades e possibilidades de aplicação no cotidiano. Também é realizado um treino de percepção olfativa. Os óleos essenciais são apresentados e têm sua identificação encoberta, para que o participante possa identificá-los através do seu aroma e anotar as sensações evocadas por estes aromas. O Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação acontece semanalmente às sextas-feiras, no Ambulatório Geral Haroldo Bachmann, das 19 às 21h, oferecido aos usuários e servidores deste local. O objetivo comum entre estes trabalhos é inserir e consolidar a Aromaterapia e as Práticas Corporais (apresentadas separadamente ou em conjunto) como possibilidades terapêuticas junto às Práticas Integrativas e Interdisciplinares do Programa Liga de Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau. As atividades desenvolvidas foram: Oficinas do 1<sup>o</sup> Therashop - Foi realizada no período matutino uma Roda de Conversa sobre Aromaterapia onde foram falados sobre 10 principais óleos essenciais, suas características e aplicações no dia a dia. A atividade contou com 10 participantes. No período da tarde, foi realizada uma Vivência

em Aromaterapia, com o óleo essencial de Olíbano. Iniciamos a fala com informações sobre Aromaterapia e depois focadas no óleo essencial de Olíbano, suas características, aplicações e a importância da respiração consciente. Depois o grupo foi convidado a fazer uma série de movimentos corporais de uma forma lenta e consciente, sentados, em pé, caminhando e por fim foram convidados a deitar para fazer um relaxamento. Nesta hora foi colocada na palma das mãos uma gota do óleo essencial de Olíbano para que pudessem experimentá-lo durante o relaxamento. Esta atividade contou com 12 participantes; Oficina do PIBID – Através da Liga de Saúde Coletiva fomos convidados a participar de um evento do PIBID (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência), o qual foi realizado em um sábado de manhã. Os participantes foram convidados a sentar em um círculo formado com colchonetes e almofadas. No centro deste círculo, foram colocados os quatro elementos para simbolizar nossa conexão com a natureza. Falamos a respeito da respiração, da importância de tomarmos consciência da mesma, como também do nosso movimento, da forma que nos movimentamos pelo mundo, de nossos pensamentos e sentimentos. Como multiplicadores de informação, falamos da importância de propiciar as crianças momentos de integração consigo, de contato com o seu interior e com a natureza. Neste dia foi apresentado o óleo essencial de Lavanda, suas características, aplicação e depois da prática corporal, os integrantes foram convidados a deitar e conduzidos em um relaxamento. O óleo essencial de Lavanda foi colocado em um filtro de papel cortado para que pudesse ser colocado sobre a face e aspirado. Depois desta atividade os participantes tiveram uma conversa sobre Fitoterapia e depois sobre Magnetoterapia. A atividade contou com 20 participantes; Oficinas do 2<sup>o</sup> Therashop – Foram realizadas

duas Oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais, uma no período matutino e outra no período vespertino. As oficinas tiveram a mesma sequência e abordagem das apresentadas anteriormente. Pela manhã foram apresentados os óleos essenciais de Lavanda e de Laranja e a atividade contou com 7 participantes. No período da tarde, os óleos essenciais apresentados foram de Lavanda e Olíbano e 13 foram os participantes; Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação – esse grupo iniciou no mês de agosto de 2015, acontece no Ambulatório Geral Haroldo Bachmann, tem frequência semanal e duração máxima de duas horas. Nos encontros são desenvolvidos temas como: importância da respiração consciente, a respiração dos quatro elementos, como estabelecer limites nas relações, a importância da higiene mental e emocional, dentre outros. Depois da explanação e do debate, é conduzido um relaxamento, realizados exercícios respiratórios e exercícios de imaginação ativa. A intenção do grupo é que através da experimentação, os participantes comecem a treinar e praticar a respiração consciente no seu cotidiano, que consigam organizar no seu dia momentos de contato consigo, de relaxamento, de respiração consciente e de meditação. Um pouco mais de 60 pessoas participaram das cinco atividades propostas através da Liga de Saúde Coletiva de setembro de 2014 até agosto de 2015. Os participantes foram estimulados a compartilharem ao final de cada atividade sua experiência e expressaram sensações de bem-estar, leveza e de se sentirem tocados na necessidade de prestar mais atenção em si e de consolidar seu autocuidado. O Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação continua acontecendo semanalmente e conta com uma média de 6 participantes por encontro. Através de práticas simples, com pouco recurso material, conseguimos sensibilizar as pessoas que estiveram

conosco nestas atividades, com a intenção de despertar alguma mudança no padrão comportamental. Percebemos a importância de abrir novas frentes de trabalho, novas oficinas, novos encontros para que cada vez mais pessoas possam ser tocadas, acolhidas e aderirem à lógica do autocuidado. À medida que as pessoas apropriam-se da responsabilidade sobre a manutenção do seu bem-estar, espera-se que busquem recursos internos para conectar consigo e também com aquilo que transcende o aqui agora, para que possam a cada tempo estar mais conectados e mais sintonizados com suas próprias verdades.

#### **INSPIRANDO A TRANSFORMAÇÃO: O COLETIVO INSPIRASUS E A CONSTRUÇÃO DE UM VER-SUS INTERIOR DO PARANÁ**

*Lina Gonçalves Lopes, Cristiane Mehl, Thais Rodrigues dos Santos, Angela Haiduk*

Palavras-chave: VER-SUS, Coletivo InspiraSUS, Saberes Populares, Participação Social

Este trabalho tem como objetivo contar a história do VER-SUS Interior do Paraná, que se originou como uma ação do Coletivo InspiraSUS. O Coletivo surgiu no ano de 2013 com o intuito de fomentar discussões sobre a saúde de forma ampliada no município de Irati - PR. Uma de suas metas era trazer o VER-SUS para o estado, aliando o Movimento Estudantil aos Movimentos Sociais da região. Alguns integrantes que formaram o Coletivo já haviam participado de outras vivências e nossa principal dificuldade era olhar para vivências já concretizadas e não conseguir encaixar o interior em formatos já conhecidos foi então no Congresso da Rede Unida 2014 que conseguimos entender que o VER-SUS era amplo e que, como o SUS, deveria acontecer e se efetivar levando em conta territórios e possibilidades. A partir

disso, iniciamos nossa luta por um VER-SUS que representasse, de fato, nossa realidade, incluindo desde sua formulação os Movimentos Sociais, para que pudéssemos pensar juntos em formas de abranger os diversos modos de fazer saúde e suas várias concepções. Começamos do zero, e essa é a importância de ser um Coletivo. Corremos atrás de gestores, apoiadores e profissionais para que pudéssemos explicar a importância desta vivência. Para as duas experiências de VER-SUS que aqui relatamos docentes e instituições dos movimentos sociais, como por exemplo, o Instituto Equipe de Educadores Populares no VER-SUS Inverno 2014 e a Escola Latino Americana de Agroecologia juntamente com o Assentamento Constestado no Verão de 2015, foram primordiais para sua concretização. Eles acreditavam na nossa luta e abriram espaço não só para uma vivência de observação, abriram espaço para uma vivência de formação que com certeza dá a identidade para o nosso VER-SUS. As dificuldades de traçar um VER-SUS na realidade do interior vinha ao encontro do que presenciávamos na vivência, como por exemplo, a extensão do território, as dificuldades de acesso, dificuldades com alimentação e notas em lugares longínquos, etc. Precisávamos sempre recorrer a Rede Unida para pensar junto em estratégias para que as burocracias não travassem nossa construção, muitas vezes, recorrer até para não ferir os ideais de nossa vivência, como por exemplo, a realização de um evento no faxinal onde a alimentação foi em totalidade agroecológica e as notas emitidas, em suas possibilidades, pelos próprios produtores. Uma de nossas conquistas, fundamentais para concretizar o VER-SUS que idealizávamos, foi conseguir abrir vagas para viventes que não necessariamente estivessem vinculados à academia, mas que representassem algum Movimento Social. Além disso,

em ambas as vivências que realizamos, no inverno de 2014 e no verão de 2015, priorizaram nossa estadia em alojamentos e planejamos o nosso cronograma de forma a abranger os Movimentos Sociais mais fortes da região, sendo incluídos: faxinalenses, agroecologistas, benzedeiros e curandeiros, quilombolas e o MST. Portanto, do dia 25/07/2014 ao dia 03/08/2014, realizamos nossa primeira vivência. Logo após a formação, que foi realizada com a participação de nossos apoiadores, nos dividimos em três grupos que puderam conhecer diversos dispositivos de saúde das cidades de Castro- PR, Prudentópolis-PR e Irati- PR, contando com a presença de três pessoas de Movimentos Sociais que nos mostraram a importância de flexibilizar o conhecimento acadêmico de modo a contemplar a participação deles. Os viventes além de conhecer o sistema de saúde de Castro conheceram a história dos quilombos e sua resistência, em Prudentópolis aproximaram-se das comunidades faxinalenses e em Irati das comunidades agroecológicas. Ao final, terminamos nossa vivência no faxinal do Marcondes, com a realização do I Tecendo Redes - Encontro Paranaense de Povos Tradicionais, com rodas de conversa sobre saberes e práticas, trocas de experiência, e feira agroecológica para enfatizar a importância do cuidado com a terra e com as sementes crioulas na garantia da qualidade de saúde daqueles povos. Do dia 30/01/2015 ao dia 08/02/2015, realizamos nosso VER-SUS verão na cidade da Lapa, na qual ficamos alojados no Assentamento do Constestado e aprendemos com eles sobre coletividade, responsabilidade pelo espaço e o cuidado com o outro. A vivência na cidade da Lapa, contou com um cronograma de visitas e discussões no território das comunidades com benzedeiros, faxinalenses e quilombolas. Em todas as nossas ações aproximamos as práticas dos

saberes populares aos serviços de saúde da comunidade, como por exemplo, a realização de uma roda de conversa com benzedeiros que aconteceu dentro de uma unidade de saúde do território. Além das visitas e discussões, pudemos contar neste VER-SUS com uma formação voltada para as práticas de saúde, e para os movimentos sociais e estudantis. Destacamos a presença da discussão sobre saúde no assentamento, práticas no MST, saúde da população negra, conjunturas políticas do SUS, privatização da saúde e militâncias no contexto da saúde. Para estas falas contamos com nossos apoiadores que eram militantes da saúde, docentes, profissionais de saúde do Estado do Paraná e da gestora da Lapa que foi imprescindível para a contextualização do SUS no Brasil. Durante a visita aos espaços de saúde, questionávamos sempre sobre os saberes populares, a participação social e a presença de várias comunidades tradicionais no interior do município. Apesar das dificuldades, nosso VER-SUS sempre entendeu o quadrilátero da formação como algo que nos sustenta, por este motivo atentávamos para a importância de ter ensino, gestão, atenção e controle social na construção de nossa vivência. O movimento social representava acima de tudo o controle social, afinal o fazer saúde nas cidades interioranas precisa em primeiro lugar respeitar as peculiaridades e os modos de vida. Na nossa construção percebemos que era preciso ampliar ainda mais a nossa formação, era preciso olhar para a realidade da forma que ela estava se expondo, era abrir os olhos e escutar as vozes que muitas vezes falam e não são ouvidas. Aprendemos o sentido de saúde, aprendemos que saúde é sim, serviços, profissionais, equipamentos, medicamentos, mas aprendemos que a tecnologia mais importante, ou seja, a tecnologia leve está no agir do profissional junto com os benzedeiros, o pajé, o curandeiro, o sujeito que tem suas ervas

medicinais no quintal de casa e entende com riqueza o seu território. Pudemos presenciar o fazer saúde no assentamento, onde a unidade de saúde era compartilhada pela equipe de saúde da família e pela equipe de saúde local que oferecia o benzimento, a auriculoterapia e a bioenergia. Com a construção deste VER-SUS entende-se que trabalhar em coletivo não é fácil, mas se aprende principalmente com o movimento social que nossa luta por um SUS universal, equitativo e integral não pode se esgotar porque precisamos garantir esses direitos também fora do papel. Entendemos o nosso VER-SUS, hoje em dia, muito mais rico do que quando sonhávamos com uma vivência que estava distante das nossas possibilidades. O Coletivo hoje é mais que apenas estudantes que sonham por uma formação melhor, o Coletivo hoje é composto por estudantes, movimentos sociais, docentes e tem como parceiros gestores e profissionais que militam que se sensibilizam com as variadas formas de se fazer saúde. O VER-SUS Interior Paraná nos mostrou que a vivência não serve apenas para formação, mas serve principalmente para aberturas de olhares e transformações, serve para mostrar a nossa possibilidade de cuidar. Cuidar da saúde, do saber, da terra, da cultura, do humano.

#### **INSTRUMENTALIZANDO CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE CATARINENSE PARA O EXERCÍCIO DO PROTAGONISMO SOCIAL**

*Angela Maria Gomes, Liane Colliselli, Maraisa Manorov, Valéria Silvana Faganello Madureira, Larissa Hermes Thomas Tombini*

Palavras-chave: Conselhos de saúde, Poder Local, Educação permanente

APRESENTAÇÃO: Vivenciamos uma conjuntura governamental dentro dos processos decisórios onde, legalmente,

se preconiza a participação dos sujeitos e organizações junto à construção e gestão das políticas públicas na área da saúde. Surgem assim, os conselhos de saúde como espaços participativos de aproximação entre as instâncias governamentais e não governamentais promovendo a corresponsabilização entre elas, o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania. Estes Conselhos de Saúde são instituídos na perspectiva de atuar na descentralização das ações do Sistema Único de Saúde, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão. Contudo, compreendemos que, além dos atores reconhecerem o seu papel como conselheiros, é preciso que tenham conhecimento de como o fazer e de como participar do processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde. Esse cenário justifica a importância de promover iniciativas de educação, com vistas a contribuir com a qualificação dos processos decisórios e fortalecer a capacidade dos atores e organizações para uma participação mais efetiva nestes espaços. Assim, o relato aborda os resultados da atividade de extensão do projeto “Educação permanente para conselheiros municipais de saúde macrorregião Oeste II” vinculado à Universidade Federal da Fronteira Sul que tem como parceiros: Comissão Integração Ensino Serviço da Região Oeste, Gerência Regional de Saúde de Chapecó e Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina. A proposta teve como objetivo fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde da região Oeste de Santa Catarina através do desenvolvimento de um processo crítico-reflexivo.

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto abrange aproximadamente 120 conselheiros municipais de saúde pertencentes a 27 municípios da região

Oeste Catarinense. Os encontros foram organizados em três módulos presenciais, na perspectiva da participação ativa, incluindo atividades de dispersão. As temáticas contemplaram: legislação (Lei 8080/90, Lei 8142/90, Resolução 453/2012 e Portaria 2.488/2011), políticas na área da saúde, instrumentos de gestão, comunicação e a importância da articulação intersetorial. Na perspectiva de promover o alcance dos objetivos do processo crítico-reflexivo aos conselheiros municipais de saúde para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde, foram utilizadas metodologias que promovessem a construção coletiva de conhecimentos, baseadas nas experiências do grupo, levando em consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. Ou seja, utilizamos dinâmicas que propiciaram um ambiente de troca de experiências e de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde. Resultados: durante o desenvolvimento do módulo I identificou-se que existe considerável desconhecimento da legislação do SUS, especialmente em relação ao que define o funcionamento dos conselhos de saúde e a representação. Cabe destacar que a maioria dos conselheiros referiu não discutir, antes ou após as reuniões, temáticas pautadas nas reuniões do Conselho com os seus representados, o que leva a questionar sobre a legitimidade das deliberações desta instância colegiada. Em relação às políticas públicas e aos instrumentos de gestão abordados no módulo II, evidenciou-se diferenças significativas em relação ao conhecimento e participação dos conselheiros. No que tange às políticas públicas evidenciou-se maior conhecimento do segmento dos prestadores e profissionais. Em relação aos instrumentos de gestão (plano municipal de saúde e relatório de gestão) identificou-se limitação significativa na elaboração, acompanhamento e

compreensão destes. Observou-se que o segmento dos prestadores, em especial do governo, apresentavam maior domínio em relação à temática, fator que pode ser atribuído a sua proximidade com os instrumentos como integrantes da equipe técnica da saúde. Quando abordado as temáticas intersetorialidade e comunicação no módulo III buscou-se identificar, a partir do regimento do CMS e regimentos de outros conselhos (Idoso, Criança e Adolescente, Assistência Social entre outros), atribuições/competências que remetessem à intersetorialidade. Nesse momento, os conselheiros perceberam a importância e a necessidade da articulação dentro do próprio conselho considerando a abrangência a partir do conceito ampliado de saúde. Em relação ao processo de comunicação entre os conselheiros e destes com conselheiros de outros conselhos, bem como com a comunidade, também se evidenciou uma lacuna entre o ideal e o real. Com a finalização da etapa de capacitação, percebemos que existem muitos desafios a superar frente à efetiva participação social e à legitimidade destes órgãos deliberativos na construção de políticas públicas. É preciso ter clareza de que o fato dos conselhos estarem funcionando não significa sua real validação como espaço de exercício da cidadania, pois, acima disso, é necessário que estes estejam ativamente participando das decisões. Porém o que se percebeu, que existe uma mera frequência dos conselheiros no conselho municipal de saúde, deixando de lado atribuições muito importantes como o ato discutir propostas e votar conscientemente. Ainda, a utilização de metodologias ativas de aprendizagem e de estratégias que privilegiaram a sistematização do conteúdo, possibilitou a reflexão sobre os referenciais teóricos e participação a partir da correlação dos temas com as experiências dos participantes, ampliando o processo de empoderamento

dos conselheiros. Conclusões: constatou-se que a capacitação de conselheiros municipais de saúde para o exercício da sua função é necessária e urgente, em especial no que tange à legislação, o que implica diretamente na sua responsabilidade na condição de conselheiro municipal de saúde. Identificamos que, no início das capacitações, a maioria dos participantes não tinha clareza sobre seu papel e funções como conselheiro de saúde, assim como tinham pouco domínio sobre as ferramentas no processo decisório de gestão pública. As avaliações dos participantes ao final do terceiro módulo indicaram a efetividade desse processo de reflexão, relatando que o acesso à informação possibilitou-lhes retornar a seus municípios mais fortalecidos e conscientes. Percebemos que os conselheiros ampliaram a compreensão de que o Conselho é um locus de manifestação de interesses plurais. Acreditamos estar contribuindo para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas, alinhando as políticas públicas e de saúde com os princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde. Por fim, temos percebido que esse processo de construção de conhecimento aparece como uma possibilidade de superação das dificuldades de implementação das conquistas legais, tornando os atores articuladores na participação da sociedade no processo de implementação do SUS.

#### **MALOCA DO CONTO**

*Elves de Sá Guedes*

Palavras-chave: contar, escuta, acolher

Título: MALOCA DO CONTO Objeto da Experiência: Aproximar trabalhadores e

comunidade com a arte de contar histórias. Objetivos: A “Maloca do Conto” se constitui como uma dinâmica de encontros, onde o processo de aprendizagem ocorre a partir das trocas e saberes e de experiências. Esse trabalho em equipe oferece para os profissionais de saúde a oportunidade otimizar o acolhimentos e de estabelecer vínculos com a comunidade. Metodologia: Utilizamos objetos antigos que lembrem história e evoquem o passado. No centro social comunitário é montada a maloca, com folhas, palhas, bambus e uma rede. Ao centro uma canoa dá lugar à cadeira onde os usuários irão entrar, sentar e, com seus objetos contar suas histórias. São coordenados por um membro. São abordados temas como: saúde do homem, da mulher, do idoso, hiperdia, grávidas, crianças/adolescente, tabagismo, etilismo, prevenção de quedas, brincadeiras populares e educação. RESULTADOS: Os participantes contam suas histórias, falam sobre suas vidas, famílias e sentimentos que circundam essa fase da vida, nos dando ferramentas para promover a saúde em suas comunidades. É a arte de contar histórias com enfoque na troca de experiências. Os comunitários relatam ser um espaço de valorização de suas experiências e vivências, onde a troca de experiências, o desabafo são os remédios para seus problemas, tratados em um ambiente lúdico e acolhedor; Crescente número de participantes. Análise Crítica: A vivência da Maloca é válida no sentido de conhecimento recíproco, momento em que os profissionais e a comunidade trocam valores, experiências, saberes e idéias através de nossas próprias histórias. A Maloca do Conto foi eleita como ferramenta de trabalho para estreitar os vínculos entre a Comunidade Nossa Senhora do Livramento e os Profissionais de Saúde. Conclusões/ Recomendações: A Maloca do conto tem aproximado trabalhadores e comunidade

com arte de contar histórias, em espaços de diálogo fraterno onde escutar e acolher são as palavras-chave. Um espaço de promoção de saúde, pois a rede do pescador é lançada, centrada na valorização dos comunitários, em sua cultura, valores e saberes.

#### **MÚLTIPLAS FACETAS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: DOS CONSELHOS MUNICIPAIS À COPRODUÇÃO DE SERVIÇOS**

*Lucas Abraão Mosna, Patrícia Vicente Silva*

Palavras-chave: participação popular, controle social,

APRESENTAÇÃO: Usuários protagonistas em saúde compreendem que a participação nos processos de gestão de serviços é fundamental para superar desafios e impulsionar novas realidades. Considerando que os usuários possuem um olhar mais amplo no que diz respeito aos determinantes e condicionantes da saúde, pois vivenciam estes fatores que impactam no processo saúde-doença dia a dia, é notável que as intervenções destes indivíduos no sistema adquirem grande relevância e deixam marcas inesquecíveis e efetivas. Tendo em vista esta atuação, o objetivo deste trabalho é relatar experiências de participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes esferas, vivenciadas durante o VER-SUS 2015/1 nas cidades de Guarulhos-SP e São Paulo-SP. Descrição da experiência de eleição presidencial do Conselho Municipal de Saúde – Guarulhos (SP) A eleição presidencial do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos transcorreu de forma democrática. Primeiramente, candidatos são indicados por membros conselheiros. A justificativa de eleição de cada candidato é defendida também pelos membros conselheiros, devendo haver o mesmo número de defesas para cada concorrente.

Após esta etapa, cada pretendente tem um tempo para fazer considerações sobre a sua candidatura. É de responsabilidade dos membros titulares do conselho indicar e defender candidaturas. Na ausência do membro titular, cabe ao membro suplente realizar esta função. Ademais, um membro pode ceder direito de voz, a alguém que não é conselheiro, e nem atua como suplente. Na eleição de Guarulhos, foi notada esta ação quando um conselheiro cedeu voz a uma pessoa que desejava defender uma determinada candidatura. O conselho municipal é formado por 50% de representantes de usuários do SUS e 50% de representantes de atividades promotoras à saúde, sendo destes, 25% gestores e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos; e 25% representantes de entidades de profissionais de saúde. São no total, 40 membros titulares e 40 membros suplentes que representam diferentes segmentos sociais. Em paridade quantitativa, os membros defendem os interesses de uma determinada categoria. Em Guarulhos, atualmente, há uma forte tendência de liderança presidencial dentro da categoria dos usuários. Houve na eleição de 2015, reeleição presidencial de uma mulher, representante desta categoria. Ela foi eleita quase com o dobro de votos da concorrente representante da categoria de atividades promotoras à saúde (24 votos contra 14). Como a presidência foi representada pela categoria de usuários, obrigatoriamente a vice-presidência deve ser desempenhada pelos representantes de atividades promotoras à saúde. Descrição do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) – Vila Progresso – Distrito da Brasilândia/Freguesia do Ó (SP) O equipamento, que surgiu para facilitar a integração das pessoas com deficiências mentais e transtornos psiquiátricos à sociedade, hoje oferece práticas para todos os públicos da região,

bastando os usuários se cadastrarem no serviço para poderem acessá-lo. Do ponto de vista da participação popular, vemos que o diferencial da instituição reside no fato das atividades serem desenvolvidas em comum acordo entre profissionais e usuários, tornando as dinâmicas mais atrativas ao público, empoderando-o e dando-o uma sensação de pertencimento e ao mesmo tempo de posse sobre o serviço. Dentre as ações desenvolvidas estão oficinas de artesanato, de música e de organização de eventos. Como há uma grande carência financeira na instituição, há também a colaboração de serviços privados para sua manutenção. Como exemplo é possível citar instituições que oferecem transporte quando as atividades exigem, além de espaços da própria comunidade que são alugados de maneira gratuita (quadras, salões etc.). Por fim, convém destacar que o sucesso do espaço está intrinsecamente ligado ao protagonismo dos seus usuários, que formam um pilar sólido e que alicerçam um serviço com alto risco de sucateamento por falta de investimento. Assim, abre-se possibilidade para uma reflexão sobre a participação popular não só em nível de fiscalização, mas também sobre as práticas profissionais diretas que incidem sobre seu bem estar. IMPACTOS: Evidenciou-se em Guarulhos grande interesse em que o segmento de usuários seja ativo e à frente de questões do controle social no Sistema Único de Saúde, tendo em vista que, tanto membros da categoria de usuários quanto membros não usuários, defenderam veementemente a importância de ter um usuário como presidente do conselho, ainda mais, relataram, em um ano de Conferência Municipal de Saúde, no qual se pressupõe análises sobre a produção atual de saúde e novos repensares de melhorias no sistema. Já no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), o que pôde ser percebido foi à fidelidade dos usuários para com o serviço,

evidenciada tanto pela assiduidade de indivíduos que já fazem parte da instituição quanto pelo volume de novas adesões às atividades. Isso corrobora nossa percepção de que espaços onde a mecânica de funcionamento é baseada em ações pactuadas entre os diversos atores que os compõem se tornam mais atrativos ao seu público e se tornam mecanismos poderosos de promoção de saúde e de bem estar. Por fim, temos evidenciado também que a participação da sociedade pode estar inserida dentro das próprias práticas profissionais empregadas pelos trabalhadores da saúde na promoção do cuidado. O perfil técnico da assistência, massivamente protagonizada na relação médico/paciente ou terapeuta/paciente, pode ser ressignificada a partir de estratégias que visem dar maior autonomia ao usuário, colocando-o em primeiro plano. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O controle social, garantido através da lei 8.142/90, é um dos maiores trunfos do Sistema Único de Saúde e deve ser amplamente incentivado entre profissionais e gestores, além de difundido por toda sociedade. Quando realizada, a participação social contribui para exigir melhores serviços, fiscalizar o que é ofertado pela rede do município e também para ressignificar espaços onde há relação direta entre profissional de saúde/usuário do serviço. O presente trabalho, levando em conta tais preceitos, apresentou dois diferentes aspectos que contornam o que deve ser entendido como controle social. O primeiro deles aborda um eixo mais explanado dentro dos cursos de graduação que formam para o SUS, discorrendo sobre o poder deliberativo de “conselheiros usuários” e os impactos que estes podem causar na oferta dos serviços. O segundo, igualmente importante, porém pouco pensado e discutido nos bancos acadêmicos, versa sobre o protagonismo dos sujeitos na produção do próprio cuidado. Assim, acreditamos na importância de

nossa proposta de exposição como forma de ampliar a discussão sobre o verdadeiro conceito de participação popular e quais são suas possibilidades dentro do sistema.

### **ODONTOLOGIA EXTENSIONISTA – UM INSTRUMENTO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL ENTRE “DOIS MUNDOS”**

*Fernanda Ramos de Faria, Ana Carolina Organista Cörner, Luiz Sérgio Pacheco Santos, Marnene Soares de Souza, Antônio Carlos Pires Ferreira, Juliana Matos, Angela Scarparo*

Palavras-chave: educação em saúde, extensão, odontologia, cidadania

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem por objetivo reportar a experiência de uma proposta de extensão “odontológica” junto à ONG Amazonas Visão, durante uma expedição à Comunidade São Domingos (GO). Considerando a premissa de que educação em saúde é prática fundamental do trabalho em saúde, e que, em se tratando da Odontologia o tecnicismo mecânico (curativismo e/ou assistencialismo) se faz presente na grande maioria das ações, a extensão, por sua vez, tem proporcionado uma vivência integral e humanística ao acadêmico. Por essa razão, o PET Odontologia tem buscado parcerias com outras Instituições e Entidades, no intuito de promover o encontro destes “dois mundos”. Em setembro de 2015, uma comunidade (São Domingos - GO), dois projetos (PET Odontologia FOUFF/NF e ONG Amazonas Visão), três objetivos (melhorar a qualidade de vida, contribuir com a saúde preventiva e terapêutica, promover educação em saúde), e um “viés” (vivência para a vida toda). Considerando que a descrição da experiência está baseada no acesso à saúde, faz-se relevante contextualizar a região assistida. Desta forma, o projeto foi

desenvolvido em uma comunidade a 60 km da cidade de Cavalcante (GO). A estrada que liga o povoado à cidade é de terra e possui algumas passagens através de rios, o que dificulta o acesso por carros comuns. Não há transporte público disponível para a população, apenas o particular e o informal, este último denominado pau-de-arara. A taxa cobrada pelo transporte informal é alta, disponível um dia da semana com apenas um horário, tornando seu uso inviável e pouco acessível. Neste povoado, existem aproximadamente cem casas, em torno de setecentas pessoas; além disso, dois espaços de convivência comum, a escola e a igreja. A maior parte das construções é de adobe. A população não possui energia elétrica, água tratada e coleta de lixo. A agricultura é de subsistência, e a alimentação é predominantemente de arroz, feijão, frango e legumes. Por vezes, pode-se observar o consumo de sucos industrializados, na ausência da fruta; e, o frequente consumo de chá. Durante os dias de ação, pode-se constatar a ausência de unidade básica de saúde, sendo todos os atendimentos realizados na escola. Foram realizados tratamentos atraumáticos (TRA), exodontias simples, raspagens, orientações de higiene bucal, aplicações tópicas de flúor. A promoção da saúde foi alcançada através de palestras, rodas de conversa, teatro com fantoches, tendo como premissa abordar os seguintes eixos temáticos: doença cárie, doença periodontal, alimentação e higiene bucal, importância da pasta com flúor. Como resultado, pode-se constatar que a população está desassistida, carente de acesso e informação, vulnerável ao transporte informal para só então ter acesso à saúde em um “grande centro”. Sabendo-se da ausência de tratamento da água de abastecimento, bem como da dificuldade de acesso aos centros urbanos, teve-se a certeza do pouco ou nenhum acesso ao flúor, principal agente preventivo

à doença cárie. Em virtude do pouco tempo disponível não foi possível conhecer mais sobre os núcleos familiares e suas relações com a saúde bucal., o que se pode constatar foi a utilização em grande quantidade de açúcares, porém baixa ingestão de carboidratos fermentáveis. Observou-se também, com grande frequência, que a inflamação gengival é notória; isso se deve à ausência do entendimento de promoção da saúde, isto é, conhecimento sobre a importância da escovação para manutenção de gengiva e dentes saudáveis. Infelizmente sabe-se que a cronificação deste quadro levará a população à perda precoce dos dentes. Em função das instalações, isto é, ausência de equipamentos de esterilização, energia elétrica, pouco pode ser realizado considerando-se os procedimentos odontológicos existentes de média e alta complexidade (esterilização de materiais, utilização de caneta de alta rotação, etc.). Mas, muito foi observado, anotado, e vivenciado. Em 5 dias, teve-se a certeza de que algo precisa ser feito, com uma frequência “razoável” para que a saúde seja incutida nesta comunidade. A odontologia precisa de cuidados diários, frequentes, incessantes, pois o processo de instalação da doença é lento e contínuo; quando não diagnosticado e tratado em tempo, muito se perde, por vezes, de forma mutiladora. Promover saúde precisa ser frequente, principalmente para aqueles que não tem esse significado tão esclarecido e pungente em suas vidas. Após nossa chegada, pode-se perceber a carência da população por profissionais da saúde; além de nós, havia um médico pediatra, que também realizou atendimentos clínicos. A população demonstrou-se receptiva, pronta a receber orientações e já saudosa por saber que partiríamos em alguns dias, sem a certeza exata de quando voltaríamos. Esta incerteza, por sua vez, dizia respeito à Odontologia, pois nestas parcerias nem sempre se

consegue verba suficiente, rotina que desejamos mudar. A medicina pediátrica tem “chegado”, mensalmente, por prazer do médico e sua esposa, e também pela obstinação da ONG Amazonas Visão que acolheu a comunidade de Cavalcante e seu entorno. Fomos designadas a esse desafio: viajar para o desconhecido com a proposta de levarmos a nossa “bagagem” de conhecimento, contribuir com as necessidades odontológicas e promover educação em saúde, para que os moradores do povoado compreendessem a responsabilidade e a necessidade de terem autonomia em relação aos cuidados de saúde. A experiência nos propiciou ganhos tanto profissionais quanto pessoais. Retornamos com a “bagagem” mais sólida, humana e valiosa, e com certeza mais “pesada” comparada a que levamos. Exercer a odontologia de “primeiro mundo” dentro desta realidade é viver verdadeiramente a extensão universitária, é compreender a prática em saúde em um país com tamanha diversidade sociocultural, é finalmente compreender que profissional preciso ser, e que profissional esperam de mim. É preciso que mais e mais pessoas se engajem nesta busca por aproximar os “dois mundos”, mesmo que por momentos (mensais que sejam), mas momentos de troca, de aprendizagem bilateral, de integração verdadeiramente sociocultural, de ouvir e ser ouvido. O importante é que não seja pontual, único, unidirecional, distante, momentâneo e assistencial. Populações como esta precisam de mais que isso. Tivemos a certeza de que eles precisam do nosso olhar atento e cuidado fraterno. E por fim, apesar de não ser comum, mas um movimento importante diante de tudo que estamos vivendo, convidamos todos a assistirem a este vídeo que retrata parte da nossa vivência: <https://www.facebook.com/jumatosmelo/videos/998491613546311/>.

### OS ATIVISTAS DO DIABETES: UM CASO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL ONLINE QUE MARCA PRESENÇA

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

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

As redes sociais se fortalecem e modificam com o advento da internet, e mais precisamente, com o surgimento da web. Nas comunidades virtuais há possibilidade de igualdade na participação de todos que ali se manifestam. Isto permite um novo modo de se comunicar, que reflete no campo da saúde como um movimento solidário na busca, se não da solução, da redução das consequências de problemas e de construção de conhecimentos de modo coletivo. Desde a criação do SUS, ampliar a informação dos usuários sobre questões de saúde é um esforço contínuo que traz consigo também novas formas de comunicação. Mas, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico e dos modelos comunicacionais, os paradigmas da comunicação - e também da informação - ainda buscam modelos que atinjam determinados objetivos, definidos apenas por um dos pólos da relação comunicacional, como, em geral, o gestor, o governo, as instituições públicas e privadas. A internet modifica esta lógica e traz não apenas a ampliação da participação, mas uma avalanche de diversidade e representatividade da sociedade na discussão do campo da saúde, conduzindo a uma legitimidade que não pode ser entendida como exclusiva e inquestionável apenas quando se pensa nas instâncias oficiais e formais de participação social (Conferências e Conselhos de Saúde). Nesse contexto, as redes sociais virtuais 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 trocam conhecimentos e, assim, produzem um novo conhecimento). Entendendo que é preciso fortalecer os direitos da população para a participação social no SUS, este estudo busca mostrar a experiência de blogueiros e ativistas do diabetes, que por meio das redes sociais virtuais. Tornam-se politicamente empoderados na busca pela resolução de seus problemas de saúde. O grupo dos ativistas de diabetes é composto por 35 pessoas, entre blogueiros e colaboradores e possui uma fanpage e um grupo fechado no Facebook, além de um perfil no Twitter. Estes espaços são utilizados para debaterem e organizarem suas ações. Como se espera em redes sociais da internet, toda a dinâmica é online e cada membro do grupo coloca à disposição seu conhecimento profissional: advogados, jornalistas, matemáticos, designers ou simplesmente aqueles que dispõem de tempo para construir informação e conhecimento sobre o assunto. Conhecendo as dificuldades sobre o diabetes, sempre que têm oportunidades, essas pessoas se articulam pela web participam de consultas públicas, audiências e fazem suas próprias reivindicações. É o que ocorreu no caso da campanha pelo teste de glicemia como procedimento obrigatório nos atendimentos de urgências e emergências, o qual será aqui relatado. Este movimento começou em abril de 2013, em virtude da morte de uma criança de um ano e oito meses em Minas Gerais, que foi diagnosticada com dengue sendo, na realidade, portadora de diabetes. Outra criança de oito anos morreu em Teresina-Piauí, por receber soro glicosado ao apresentar quadro de desidratação. A criança era diabética e veio a óbito após o procedimento. Ao longo desta campanha,

novos relatos foram enviados ao blog e ao perfil do Facebook. A mobilização resultou no Projeto de Lei 6769/13 - ainda em trâmite no Congresso - que requer a obrigatoriedade do teste glicêmico, reforçada pela estimativa da Sociedade Brasileira de Diabetes, que afirma que cerca de 12 milhões de brasileiros sejam portadores de diabetes, sendo que metade delas não sabe disso! Também em 2013, na época das atividades em torno do Dia Mundial do Diabetes, comemorado em 14 de novembro, estes blogueiros perceberam que a data não seria lembrada pelo Ministério da Saúde, pois não haviam ações programadas em torno disto. Então, eles resolveram chamar a atenção por meio de um "twitaço", que convidava a Presidente Dilma e o ministro da saúde, Alexandre Padilha, a realizarem, neste dia, o teste de glicemia, representando apoio a todos os portadores de diabetes e alertando sobre a importância deste procedimento em cidadãos não diabéticos. Alexandre Padilha atendeu ao pedido e na manhã de 14 de novembro publicou em seu Twitter fotos de seu teste de glicemia. Com as imagens, os blogueiros fizeram uma grande campanha nas redes sociais, chamando a atenção sobre o assunto e alertando sobre a importância do teste glicêmico ser realizado anualmente, principalmente devido aos portadores de diabetes tipo 2, que muitas vezes só descobrem a doença quando já apresentam sequelas. A experiência mostra que a participação popular é rica para os debates sobre saúde e podem trazer impactos positivos para toda a população. Em redes sociais da internet, ações vivas e interativas promovem a solidariedade entre as pessoas, disponibilizando as experiências da população no enfrentamento de problemas que podem servir de base para articulações e conquistas políticas, como nos exemplos mostrados aqui. Assim, estes ambientes podem ser um instrumento eficaz não só por sua efetividade ao criar uma rede

passível de ser acionada rapidamente, mas também porque podem servir como um importante espaço de empoderamento da população e produção de conhecimento coletivo em saúde, além de serem espaços de definição de práticas para as ações e políticas de saúde. O movimento realizado pelos blogueiros e ativistas exemplifica bem isto, ao conseguiu levar ao Congresso Nacional uma proposta de lei que pauta o diabetes, e quando mobilizou pelo Twitter o Ministro da Saúde para a causa, o que, certamente, trouxe grandes repercussões para esta causa ganhe mais visibilidade e ainda mais importância em nosso país. Para incorporar as novas tecnologias da Internet e aproximar a população do sistema de saúde é necessário criar novos hábitos culturais, como os que dizem respeito à utilização de comunidades de usuários desse sistema, onde eles troquem informações, experiências e discutam suas questões de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (integralidade, universalidade, participação, descentralização), como nos exemplos mostrados ao longo deste estudo. Ao invés de mantermos sites, blogs autoritários, devíamos utilizar toda a potencialidade da web 2.0, que é muito mais próxima dos hábitos dos usuários que estão crescendo acostumados com as complexas interações que esta ferramenta possibilita. A internet propicia o acesso do cidadão leigo a conhecimentos que antes eram pouco compartilhados fora do circuito médico. Desta forma a participação e o controle social enquanto diretriz e princípio do SUS estará como nunca mais perto de ser alcançada, para além dos canais tradicionais de participação popular no sistema de saúde. Comunidades vivas e interativas devem buscar promover a solidariedade entre usuários, disponibilizando-se recursos e saberes do sistema de saúde (direitos, contatos, serviços, etc.) e onde se informe e discuta as experiências - novidades e

alternativas - dos usuários no enfrentamento de problemas. Assim, as comunidades virtuais podem ser um instrumento eficaz não só por sua efetividade ao criar uma rede passível de ser acionada rapidamente, mas também porque podem servir como um importante espaço de pesquisas qualitativas e produção de conhecimento em saúde. Além de serem espaços de definição de práticas para as políticas públicas de saúde.

#### **PESQUISA-INTERVENÇÃO COM MORADORES DO MUNICÍPIO DE SANTIAGO/RS: CARTOGRAFANDO PERCEPÇÕES SOBRE O SUS E A CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO**

*Vanessa Rauter de Oliveira, Vanessa do Nascimento Silveira, Crischima Lunardi Vacht*

Palavras-chave: VERSUS, Pesquisa-Intervenção, Cartografia

**APRESENTAÇÃO:** O presente trabalho busca refletir sobre a percepção de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santiago/RS. **OBJETIVOS:** Dar visibilidade ao ato público realizado no município de Santiago/RS durante o estágio de vivências do VER-SUS/Brasil, edição inverno de 2015. **METODOLOGIA:** Esta intervenção estava contemplada do cronograma do VER-SUS Santiago, como uma das atividades de fechamento do estágio de vivências. As explanações, vídeos e visitas ao longo da semana deram-nos subsídio para planejamento e elaboração do ato público. Com a proximidade da atividade, ficamos um pouco apreensivos, pois a realização da atividade seria de responsabilidade dos viventes. Eis a hora que colocar em prática o que fora aprendido. Mas como colocar do papel tantos sentimentos e emoções? Para realização do ato público, nos dividimos em dois grupos. Nosso

grupo ficou responsável por questionar as pessoas sobre funcionamento do SUS e a corresponsabilização do cuidado. Ocupamos a praça do centro da cidade com cartazes que traziam questionamentos e mensagens: "Que nota você dá para SUS?", "O que você prefere: SUS ou Plano Particular?", "Você costuma se auto-medicar?", "Você sabe o que é Conferência Municipal de Saúde?", "Quando você procura o médico?", "Você tem medo de ficar doente?", "Por que o SUS não funciona?", "Eu cuido de mim? Eu cuido da minha saúde? Quem é responsável pelo meu cuidado?", "O médico do SUS é ruim?", "Você confia no SUS? Faz uso dele?", "Somente o atendimento médico dá resolutividade ao seu problema?" Ou outro profissional contribui?", "O que você percebe da saúde?" etc. Fixamos cartazes em um dos acessos da praça, colamos cartazes no chão, nos bancos, e dispusemos alguns como placas. Sentamos ao lado das pessoas na praça, nos colocamos nas rodas de conversa e abordávamos as pessoas que passavam. Para além desses cartazes, reservamos um espaço para que as pessoas pudessem deixar registrado (àquelas que se sentissem à vontade), dispomos de cartazes e um envelope que convidava as pessoas a deixarem um recado para o SUS, para os médicos, agentes comunitários de saúde e estagiários. Algumas pessoas deixaram recados tais como: "Falta humanização as pessoas nos atendem com muita arrogância, tanto médicos, como técnico no Pronto Socorro Municipal" (SIC), outro refere "O atendimento básico do SUS funciona, apenas faltam especialidades. O SUS como programa de saúde é ótimo, apenas falta ser executado como tal. Falta incentivo financeiro e humanidade por alguns profissionais" (SIC), "Eu quero que o SUS melhore mais" (SIC), relatos de usuários do serviço de saúde do município de Santiago/RS. **Metodologia:** Durante o planejamento da atividade, não dispúnhamos de referencial

teórico em mãos, mas tínhamos subsídios de oito dias de vivência e questionamentos e inquietudes que não caberiam dos cartazes. Diante da multiplicidade de saberes, cabeças pensantes e corações pulsantes, sem saber estávamos construindo uma cartografia. Questiono-me se fomos ao encontro da metodologia cartográfica, ou ela que teriam nos encontrado? Segundo Lourau (2004) citado por Barros (2013), a cartografia, consiste inicialmente, em acompanhar os processos e devires que compõem um campo social, que é a realidade, em contínuo arranjo e desarranjo. Não se trata de interpretar ou construir um discurso explicativo, mas evidenciar elementos que compõem um conjunto. No caso das ciências humanas acrescenta-se a isso a ideia de interpretação como operação de deciframento. A análise transforma-se em hermenêutica, como ciência da interpretação do que está oculto. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas. Assim, o modo como a pesquisa se organiza altera o sentido da análise. A análise se faz por problematização e tem dimensão participativa. Realizar uma cartografia significa mapear, obter um panorama sobre todos os aspectos que compõem a dinâmica de um território (que vai além do território-solo), ou seja, uma análise situacional sobre aspectos culturais, econômicos, sociais, sanitários e epidemiológicos, que interferem no processo saúde-doença de uma comunidade. Fonte: Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS. RESULTADOS: Despídos de formalidades e preconceitos, fomos a praça e fixamos nossos cartazes. Começava ali nossa intervenção, sem antes mesmo de fixar todos os cartazes, as pessoas já estavam lendo nossos questionamentos, víamos olhares questionadores, desaprovadores, após a leitura dos cartazes, muitos mudavam de assunto e nossos questionamentos viravam pauta, até mesmo

naqueles rostos que não víamos expressão, sabíamos que de uma forma ou de outra estaríamos intervindo; muitos deles não pararam para conversar conosco, mas só o fato de levantar tais questionamentos já faz com que as pessoas tornem-se pessoas mais críticas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tal operação de análise implica a desestabilização das formas instituídas e acessa o plano de forças a partir do qual a realidade se constitui, devolvendo-a ao plano de sua produção, que é o plano coletivo, heterogêneo e heterogênico, que experimenta, incessantemente, diferenciação. E é aí que se efetiva a análise como experiência clínica, ou seja, como experimentação no plano coletivo das forças, que não se restringe ao domínio das pessoalidades (BARROS, 2013). O estágio do VER-SUS é mais que um período de vivência, e sim uma imersão no sistema de saúde. Ao final no estágio, considerávamos detentores máximos do saber, convictos de que somente nossas verdades tinham valia. Mas o VER-SUS é uma constante construção, desconstrução e reconstrução de conceitos, significados e emoções. Entrevistamos “os anciãos da cidade” um grupo de senhores que estava na praça, professores, agente de saúde, etc. Independente da profissão/formação todos eram leigos, assim como nós, antes que ingressarmos no VER-SUS. Quando falávamos sobre as “filas do SUS”, um dos senhores disse que tinha medo de ter que depender do SUS, porque as pessoas morriam nas filas. Questionamos se ele conheceu alguém que havia “morrido da fila do SUS” e ele respondeu “Mas aparece nos jornais, na TV!” e me questionou ao final “Tu não acredita em repórter?”. Uma agente de saúde nos relatou que tem plano de saúde e teme ter que usar o SUS. Segundo Deleuze (2004), toda instituição impõe ao nosso corpo mesmo em suas estruturas involuntárias, uma série de modelos, e concebe à nossa inteligência um saber, uma possibilidade de

previsão como projeto. À luz da análise da intervenção, percebemos o quão limitado é nosso entendimento sobre o SUS/Saúde e sobre a corresponsabilização do cuidado em saúde. É preciso que a população tome conhecimento do funcionamento do SUS e sintam-se incluída, fazendo uso de todos os seus serviços e não somente de vacinas (como a grande maioria), bem como participando dos espaços de controle social. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BARROS, Leticia Maria Renault de and BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp. 373-390. ISSN 1984-0292. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-0292201300020001>>. Acesso em 22 de set. de 2013. DELEUZE, Gilles. *L'îledéserte. Textes et entretiens. 1953-1974.* Paris: LesÉditions de Minuit, 2004. Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS. Mas o que seria isso... CAR-TO-GRA-FAR em saúde? Disponível em: <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/TrabESF/Produto2-1.html>

#### **PROTAGONISMO ESTUDANTIL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONSTRUÇÃO DA FRENTE ESTUDANTIL PELA SAÚDE EM SALVADOR**

*Ismael Oliveira de Araújo, Aline de Souza Santana, Angelo Mendes Ferreira*

Palavras-chave: Protagonismo estudantil, movimento estudantil, saúde, Frente Estudantil pela Saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem como objetivo trazer o relato da construção da Frente Estudantil Pela Saúde (FES) em Salvador e os frutos de sua atividade, dentre eles o Primeiro Encontro de Estudantes de Saúde de Salvador, ambos objetivando o protagonismo dos sujeitos, especialmente

dos estudantes de saúde, que são oriundos de escolas com formações que não pautam a prática social e moldam os mesmos ao mercado capitalista; o protagonismo é uma construção coletiva que leva os sujeitos da inercial política-social a um sujeito ativamente político e criticista ao sistema político-econômico, social e cultural vigente. Saúde e doença são um único processo oriundo das interações humanas em relação com fatores ambientais, bióticos e abióticos, que correm em meios sociais e psicológicos com aspectos históricos de construção. A universidade forma pessoas políticas direcionadas a moldes do mercado e sistema capitalista, no entanto a saúde é mais ampla que os aspectos mercadológicos e econômicos e necessita de profissionais diferenciados; o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado com luta em cima de um problema concreto (a ausência de acesso à saúde de qualidade a maioria da população brasileira). Essa conquista não foi meramente política, mas sim popular, que alavancou atores de todas as classes da sociedade, pautando universalidade, equidade e integralidade na assistência saúde; porém a universidade não traz a prática política na sua formação acadêmica, não contemplando assim a saúde coletiva que trata a saúde como processo social. A participação e controle social no SUS possuem grande importância social e política, pois a população se insere nos processos de formulação e tomada de decisões das políticas públicas de saúde. Considerando a estrutura da saúde no Brasil e as dificuldades de implantação e implementação do SUS, faz-se necessário que os estudantes dessa área, futuros profissionais do sistema, estejam engajados nas discussões e que a sua formação aconteça em consonância com os princípios que regem o SUS, atendendo assim às necessidades do sistema. METODOLOGIA: A FES surgiu em 2013, quando discentes

de saúde, interessados em participar da XII Conferência Municipal de Saúde de Salvador, se organizaram e interviram naquele espaço, pautando à defesa da saúde pública, que foram deliberadas naquele contexto. Desde então, esse coletivo vem se reunindo e propondo ações e discussões junto à população de Salvador, Bahia. A FES é uma organização de estudantes da área de saúde composta por discentes de instituições de ensino superior e também da participação de movimentos sociais (em sua maioria do Levante Popular da Juventude) e diretórios e centros acadêmicos, além de coletivos do movimento estudantil (como Quilombo e Enegrecer) que, juntos à FES, buscam a reorientação da formação em saúde, pautando os aspectos socioculturais, políticos e econômicos da saúde no Brasil, no Estado (Bahia) e no município (Salvador), por meio das discussões em torno da participação popular com diversos atores sociais (líderes comunitários, profissionais de saúde, usuários, movimentos sociais e sindicatos), versando sobre o papel dos estudantes como atores no processo de transformação social no SUS, em contrapartida ao modelo hegemônico de saúde (biomédico centrado, tecnicista e hospitalocêntrico) que forma “profissionais de doença”. A organização em questão possui seus momentos de reuniões organizativas e formativas que pautam integração dos estudantes, reforma sanitária, controle social, reforma política, princípios e diretrizes do SUS, análise da conjuntura do país, da saúde, economia e política assim como fatores que agem direta ou indiretamente na saúde, reformas curriculares, educação popular, etc.; também organiza espaços de lutas, atos políticos, passeatas e manifestações populares com outros movimentos, pois acredita que o tripé da organização social é composto de organização, formação e luta. No ano de 2015, entre os dias 14 e 18 de maio, foi realizado o primeiro Encontro de

Estudantes de Saúde de Salvador com a temática “Em Defesa do SUS – por um projeto popular em saúde”, desenvolvido pela FES com apoio da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), do Fórum Acadêmico de Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, de Centros Acadêmicos Unificados de Saúde (CAUS) da UNEB e de sindicatos representativos de profissionais de saúde. O Encontro teve o objetivo de organizar os estudantes de saúde de Salvador em defesa da saúde de qualidade para a população e incitando o protagonismo estudantil e participação popular. O Encontro teve 186 participantes de inúmeras instituições de ensino públicas e privadas da Bahia, e de outros estados do nordeste e 32 palestrantes, dentre eles docentes da UFBA; discentes da UNEB, UFBA e Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; representantes de movimentos sociais como Levante Popular da Juventude, Consulta Popular, Quilombo e Enegrecer; sindicalistas; conselheiros de saúde do estado e município e pessoas de representatividade nas comunidades, como parteiras, líderes comunitários, presidentes de associações, etc. A organização do encontro foi dividida em comissões de estrutura, comissão político-pedagógico, mística e cultural, mobilização, alimentação e financeiro entre os membros da FES. Sobre a metodologia do evento, os espaços tinham palestrantes, mediadores e facilitadores, atentando-se a representatividade de gênero e de estudantes que organizavam os espaços: mesas redondas em que ocorreram os espaços coletivos para exposição de temas centrais a todos os presentes; grupos de trabalho em que grupos menores subdivididos previamente no credenciamento discutiam os temas centrais e compartilhavam questionamentos e experiências; e oficinas que versavam sobre práticas lúdicas, culturais, educacionais e políticas sobre temáticas

específicas. Dentre as temáticas abordadas nas mesas redondas pode-se citar: Análise de Conjuntura político-econômica do Brasil; Formação em saúde; Protagonismo estudantil; Reforma psiquiátrica; Reforma do sistema político; Constituinte exclusiva e soberana do sistema político; Opressões; Análise situacional da saúde na Bahia; Saúde nas populações negra, LGBTQI+ e de mulheres; Privatizações e terceirizações; Educação Popular; Movimentos Sociais, dentre outras, além das oficinas de Soberania Alimentar, Massoterapia, Mundo do Trabalho, Saúde mental, Estágios de vivências no SUS, Turbante e dreads, Batucada, rap e outras. RESULTADOS: Após o encontro de estudantes o resultado foi o desenvolvimento da criticidade em relação a formação acadêmica em saúde, dos modelos em disputa na saúde, um do lado do povo e outro do capital, e o papel que estudante deve ter no processo de transformação social; a Frente Estudantil conseguiu expandir o número de membros e apoiadores na luta em defesa do SUS em Salvador, fazendo-os entender a importância da organização dos estudantes em quaisquer grupos ou coletivos do movimento estudantil para somar-se a luta. CONSIDERAÇÕES FINAIS Atualmente a conjuntura atual do país está levando ao retrocesso de inúmeras conquistas sociais, que levam ao risco da desformulação do modelo de saúde pensado pelos movimentos que emergiram na década de 70 pela Reforma Sanitária Brasileira, apenas a organização da população em unidade na pauta de lutas e com forte formação política são instrumentos massivos de defesa e ataque às afrontas que são direcionadas do capitalismo e dos representantes políticos, a FES tenta organizar uma massa de estudantes que nessa geração perderam o entendimento dos seus papéis sociais e da sua força política, a FES busca o reavivamento do protagonismo estudantil

na defesa de uma saúde universal, equitativa, integradora e de qualidade para a população, respeitando e analisando os seus condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

#### **RELATO DE EXPERIÊNCIA COM O GRUPO DE APOIO A PORTADORES DE HANSENÍASE – GAPHAN DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

*Clélia Cristina Neves Pinto, Edilene Machado, Elizane Nascimento, Roseli de Jesus Michalowski, Rosiléa Clara Werner*

Palavras-chave: Hanseníase, Saúde Pública, Educação em Saúde

O Projeto de Extensão: “Saúde e Cidadania: Recriando a Realidade Social”, é desenvolvido por professoras e acadêmicas de Serviço Social, e tem entre seus objetivos; desenvolver atividade de educação em saúde que gere a autonomia do usuário do SUS, abordando temas como o que é SUS, direitos constitucionais na saúde, conceito de saúde, acesso aos serviços de saúde, para além do cuidado da doença. O relato aqui apresentado será das atividades desenvolvidas com o Grupo de Apoio aos Portadores de Hanseníase (GAPHAN), no período de 2014 e 2015. Em Ponta Grossa, o atendimento aos portadores de hanseníase é realizado no Serviço de Atenção Especializada (SAE). De acordo com o serviço, entre 2008 e 2014 foram registrados 250 casos de hanseníase na cidade. O SAE tem equipe multidisciplinar composta por médico, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, psicóloga e assistente social. As reuniões do GAPHAN acontecem na última segunda-feira do mês no SAE, são acompanhadas pela equipe de profissionais e desde agosto de 2014 pelo projeto de extensão. OBJETIVOS: Os objetivos do Projeto de Extensão Saúde e

Cidadania: Recriando a Realidade Social com o Grupo de Apoio aos Portadores de Hanseníase (GAPHAN), foram: contribuir para a melhoria do tratamento rompendo com estigmas sociais; viabilizar metodologias diferenciadas para facilitar as discussões sobre auto cuidado; e também apoiar os portadores de hanseníase e seus familiares no cotidiano do tratamento, além de instigar esse público à participação social como atores da produção de mudanças na saúde. DESENVOLVIMENTO: Um dos primeiros temas trabalhados com GAPHAN foi à descrição da hanseníase, características e informações sobre a doença. A partir de alguns encontros de observação pode se perceber que os integrantes do grupo possuíam conceitos diferenciados sobre a doença e desconheciam sua forma de transmissão e tratamento. Através de uma roda de conversa o médico fisioterapeuta passou informações importantes sobre a doença como, por exemplo: a hanseníase é uma doença transmitida principalmente pelas vias respiratórias, essa transmissão só se dá a partir de um período longo de contato com uma pessoa que não está em tratamento e seus sintomas podem levar anos para ser identificados. Outro tema abordado foi o projeto de vida, foram produzidos cartazes com o projeto de futuro dos participantes, utilizando recortes de revistas, construção de cartazes, e roda de conversa. Por ser uma das primeiras atividades, o grupo se mostrou um pouco tímido, mas ao longo da atividade começaram a interagir. Notou-se se grande parte do grupo, ou não tinha um projeto de vida, ou desejava coisas inviáveis para o momento, muitos colocaram como projeto de vida a aposentadoria, no entanto nunca contribuíram com a previdência social. Após essa atividade optou-se por marcar um encontro para orientar os integrantes do grupo sobre os seus direitos previdenciários, para isso foi convidada uma assistente social do INSS. Esse foi um

dos encontros com a maior participação do grupo. Foi realizada ainda uma visita guiada ao shopping que fica ao lado do SAE, no sentido de inserir o grupo nos diversos espaços sociais. No decorrer dos encontros e das atividades percebeu-se que o grupo apresentava uma carência cultural, muitos nunca havia entrado em um shopping. A hanseníase é uma doença que tem cura, no entanto pode deixar sequelas, uma delas é a falta de sensibilidade, por esse motivo foi realizada uma atividade no grupo sobre autocuidado, onde foi realizada a montagem de um boneco, utilizando a roda de conversa para orientar sobre os cuidados que se deve ter com as mãos, pés, olhos, nariz, orelhas e as outras partes do corpo. Em um dos encontros foi feita a dinâmica do espelho, a partir da qual foi trabalhada com o grupo a visão que cada um tem de si, da sua história, das suas dificuldades, como aceitar essas condições, se reconhecer como importante, foi trabalhado ainda as possibilidades a partir dos limites de cada um, e por fim a importância de estar no grupo, GAPHAN. Em outro encontro foram discutidas as formas de participação social, através dos conselhos, ouvidoria e conferências e a importância da mobilização social. É fácil confundir mobilização social como uma reunião de pessoas em lugares públicos, mobilizações, mas, esses movimentos mencionados não são necessariamente uma mobilização social. É possível perceber que a mobilização social é um processo do nosso dia a dia, cabe a nós escolhermos participar ou não. A construção da mobilização esta relacionada com a utilização de recursos de comunicação. É por meio deste mecanismo, que surge uma ligação com outras pessoas, sendo assim possível uma transformação da realidade. No decorrer das discussões sobre participação, mobilização, um dos integrantes sugeriu que fosse feito uma carta para o poder público, a partir daí surgiu a ideia de construir com o grupo uma

moção, que deveria ser colocada em votação na Conferência Municipal de Saúde que foi realizada no mesmo mês do encontro com o grupo, no entanto ela não foi aprovada. Foi incentivado aos integrantes a não desistirem e participarem da Conferência do Sistema Único de Assistência Social, participando primeiramente das pré conferências realizadas no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) de abrangência, para participarem na Conferência como delegados, podendo assim ter direito a voz e voto. Nessa conferência a moção foi aprovada. Ocorreu a participação de alguns integrantes do grupo. RESULTADOS: As atividades realizadas no SAE proporcionaram a troca de experiências entre os participantes, assim como o fortalecimento dos participantes para enfrentarem as adversidades cotidianas e o aprendizado de como melhorar a qualidade de vida, mesmo com as sequelas da hanseníase. Na medida em que os encontros foram acontecendo ocorreu o aumento de participantes e participação com perguntas, relatos e sugestões, enriquecendo ainda mais as atividades desenvolvidas. Possibilitou as acadêmicas conhecerem novos espaços de atuação do Serviço Social e serem multiplicadoras de informações sobre a hanseníase. Além de adquirir experiência e perceber a importância do trabalho de equipe multidisciplinar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As mudanças que ocorrem no corpo, à exclusão da família e da sociedade bem como a perda do padrão de vida, fazem com que muitos usuários cheguem para realizar o tratamento, desanimados, sem perspectiva positiva de seu futuro. Por meio disto, percebe-se a importância do resgate dos vínculos familiares e comunitários, a recuperação da autoestima, a troca de experiências, e o compartilhamento de sentimentos para que o paciente sintasse acolhido e pertencente à sociedade.

O ambiente provocado pelas atividades extensionistas, proporcionaram a troca de experiências entre os participantes, assim como também o fortalecimento dos participantes para enfrentarem as adversidades cotidianas. Durante as atividades com o grupo foi possível concluir que a hanseníase deixa marcas profundas e difíceis de serem apagadas e que deformidades no corpo são apenas a expressão aparente da doença e as cicatrizes mais dolorosas são o estigma social e o impacto psicológico.

#### RELATO DE EXPERIÊNCIA CONCURSO DE CULINÁRIA DA VELHA – SABORES TRADICIONAIS E CULTURAIIS

*Mariana Campos Martins Machado, Renata Szpak Rodrigues, Letícia Pereira Zancanaro, Aline Luisa Mafra, Maristela Rodrigues Zancanaro, Maria Urânia Alves, Alessandro Guedes, Karla Ferreira Rodrigues*

Palavras-chave: Educação popular em saúde, Participação social, Educação alimentar e nutricional, Identidade alimentar, Concurso de culinária

Apresentação: O incentivo à alimentação adequada e saudável é parte integrante das principais políticas de saúde no Brasil, como o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a). A Educação Alimentar e Nutricional, através da educação popular em saúde, deve buscar o resgate, valorização e incentivo aos saberes culinários tradicionais da população brasileira (BRASIL, 2012b). No dia 15 de agosto de 2015 ocorreu o Segundo Saúde na Praça na Praça Cirilo Theiss, ao lado do Ambulatório Geral (AG) Haroldo Bachmann, evento realizado pela equipe do próprio AG,

em parceria com o Programa de Extensão Liga da Saúde Coletiva, da Fundação Universidade Regional de Blumenau. O objetivo do evento foi fortalecer e valorizar a diversidade cultural do bairro da Velha, em Blumenau (SC). Entre as atividades desenvolvidas no Saúde na Praça esteve o Concurso de Culinária da Velha – Sabores Tradicionais e Culturais, que foi organizado com o objetivo de resgatar, fortalecer, valorizar e incentivar as práticas culinárias tradicionais das diversas identidades culturais presentes na comunidade envolvida. Desenvolvimento do trabalho: O Concurso foi lançado em atividade desenvolvida pelo Projeto de extensão “Desatando os Nós da Velha Grande” na Unidade Básica de Saúde Arão Rebelo, onde ocorrem encontros mensais com o grupo de puericultura - composto por mães e cuidadoras de lactentes. Em roda de conversa sobre as preparações culinárias, realizada no mês de junho de 2015, foi feita a proposta de realização do Concurso de Culinária no bairro, no dia do Saúde na Praça. Posteriormente, houve roda de conversa sobre alimentação saudável com grupo de mulheres da Velha, onde a comunidade foi novamente convidada e incentivada a participar do Concurso. É importante destacar que este grupo de mulheres é extremamente envolvido nas ações desenvolvidas na comunidade, participando ativamente das construções coletivas em saúde. O concurso contou com três juradas voluntárias. A primeira, representante da comunidade, foi uma senhora envolvida no grupo de mulheres da comunidade e em diversos movimentos da sociedade civil organizada do município. A segunda, chefe de cozinha e professora do único curso de graduação em gastronomia do município. E a terceira, dona de um restaurante tradicional do município. Somente foram aceitas inscrições de preparações que representassem a culinária

tradicional e as diversas manifestações culturais da população. Não foram permitidos os alimentos industrializados, como: leite condensado, creme de leite, chocolate, margarina, alimentos com corantes e conservantes, gelatina, temperos e molhos prontos industrializados, carnes processadas industrializadas e preparações que não fossem da cultura alimentar da comunidade local. Resultados e Impactos As rodas de conversa realizadas antes do Concurso possibilitaram espaço para o processo de escuta e reflexão sobre o conhecimento prévio das pessoas sobre a alimentação. Através de problematização e reflexão sobre as práticas alimentares da comunidade, ocorreram atividades educativas horizontais, valorizando a partilha de saberes populares, e a sua interface com os saberes dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014). Participaram do concurso quatro concorrentes, e as preparações apresentadas foram: coxinha de frango com massa de aipim, panqueca de brócolis com carne moída e molho de tomate, bolinho integral, bolinho de alface. A participante que levou a preparação coxinha de frango com massa de aipim trouxe a receita de Rondônia, o que representa a diversidade cultural do Bairro da Velha, que acolhe migrantes de diversas regiões do País, e imigrantes de outros países. A representante que levou a preparação bolinho de alface relatou ser uma tradicional receita de família, e que sua mãe preparava este alimento em situações de restrição alimentar, em períodos de dificuldades econômicas. Esta preparação demonstra a criatividade da população brasileira diante de escassez alimentar, que assolou o país por tantos séculos. A participante que levou a panqueca de brócolis com carne moída e molho de tomate também relatou este preparo em circunstâncias de insegurança alimentar e nutricional devido à falta de acesso aos alimentos. A

participante que levou o bolinho integral relatou preocupação com a qualidade de vida, e a busca de alimentação saudável e alternativa aos alimentos industrializados presentes no mercado, ricos em sódio, conservantes, aromatizantes e realçadores de sabor. Quando se trata de alimentação, as percepções são impregnadas de significados emocionais, sociais e culturais que precisaram ser conhecidos e respeitados. Durante a realização do Concurso, pôde-se perceber claramente estas significações para as participantes e a comunidade envolvida. Assim, percebe-se que o Concurso ofereceu a possibilidade de reflexão e diálogo sobre as práticas alimentares da comunidade, e estimulou a interação entre os envolvidos. A alimentação humana vai além do biológico, é um fenômeno social e cultural, e assim existem diversos sistemas alimentares, constituídos a partir de fatores ecológicos, históricos, culturais, sociais e econômicos. Neste contexto, destaca-se a construção de identidades socioculturais, em que a comida assume-se como um elemento cultural, que pode se transformar em um marcador identitário, utilizado pelo grupo como “símbolos de uma identidade reivindicada” (MACIEL, 2005, p.52). Considerações finais: O Concurso de Culinária caracterizou-se em excelente espaço para diálogo entre os saberes populares e o serviço de saúde. Houve envolvimento, participação e motivação da comunidade, aproximando o saber científico do saber prático, considerando que o início de todo trabalho educativo é conhecer onde o outro está.

#### RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO NO HIPERDIA

*Maiara Aparecida Nunes da Silva, Luciene Antunes Barbosa, Conrado Neves Sathler, Cátia Paranhos Martins*

Palavras-chave: Saúde, Prevenção, Intervenção

Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças que acometem grande parte da população brasileira e se não forem tratadas precocemente podem gerar agravos e invalidez (Ministério da Saúde, 2002). Diante disso, este trabalho tem como proposta analisar e intervir no HiperDia: programa do Ministério da Saúde que tem por objetivo acompanhar e monitorar os usuários com HAS e DM na Atenção Básica. A intervenção começou no período de março de 2015, inicialmente com observações a respeito do funcionamento do programa e a partir disso, desenvolveram-se estratégias com o intuito de melhorar a assistência. A Atenção Básica tem como uma de suas responsabilidades a prevenção de agravos, sendo HAS e DM pré-condições para doenças mais graves, como por exemplo: Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal, dentre outras (SOUZA e GOMES, 2015). O programa HiperDia tem por intuito promover a prevenção e orientar os cuidados que os pacientes devem tomar a fim de evitar agravos das doenças e para garantir uma melhor qualidade de vida. Devida a essa demanda, esse trabalho foi realizado com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um bairro da periferia de Dourados (MS), na qual o programa acontece em duas igrejas próximas a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro, atendendo toda a população que mora nos arredores, por volta de 7 bairros que são

divididos em micro áreas. Semanalmente é realizado o HiperDia abrangendo uma região e cada Agente Comunitária de Saúde (ACS) é responsável por uma microárea e por fazer o convite às famílias que possuem hipertensos e diabéticos. O programa acontece nas quintas-feiras no período matutino. Nos encontros observados, foi notado que os pacientes chegam bem cedo e pegam uma senha, para que a triagem seja feita por ordem de chegada. Também notou-se que a adesão da população é positiva e sempre participam por volta de 30 ou mais pessoas. Diante disso esta pesquisa faz-se necessária para analisar o que tem sido feito nesses encontros e observar se eles têm apresentado resultados eficazes, como por exemplo: diminuição dos índices de hipertensão, diabetes e seus agravos. Este relato caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, na qual o ambiente é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (GIL, 2006), nesse caso foi realizada a observação do cotidiano do HiperDia, das atividades realizadas que possuíam resultados positivos e também observar os desafios encontrados pela equipe. A partir disso, foi traçada uma estratégia de colaboração com o programa, realizando atividades que possam trazer melhorias para a saúde da população. Após esse período de observação, notou-se que o programa, apesar de ter boa adesão da população não possuía nenhuma atividade que envolvessem os pacientes. Em alguns programas eram realizadas palestras com temas de prevenção, saúde bucal e realização de exercícios físicos, mas nem sempre surtiam resultados, pois mesmo assim, os pacientes apresentavam índices elevados de HAS e DM. Durante a realização do programa, foi notada a necessidade de um espaço para que fossem ouvidas as queixas trazidas pelos pacientes, investigar a história de vida deles, saber a quanto tempo é hipertenso ou diabético, o que faz para melhorar ou controlar a enfermidade.

Para isso, a estratégia pensada foi então de promover uma roda de conversa com os participantes em parceria com a equipe da ESF, com o objetivo de escutar a população e promover uma troca de informações, valorizando o saber popular. No programa eram realizadas apenas a triagem pelo enfermeiro com o auxílio das ACS's, realizando os processos de: aferição de pressão arterial, controle de glicemia, medida de circunferência abdominal, peso e altura, algumas consultas médicas e troca de receitas. Então com a sugestão das rodas de conversas exposta para o enfermeiro chefe e a equipe, foram observadas algumas mudanças. No mês de agosto de 2015 iniciaram-se as rodas de conversa, sendo realizadas pelas estagiárias com o apoio da equipe da EFS, e foi possível perceber que nessas rodas os pacientes expõem suas angústias, trocam informações sobre medicamentos, fornecem dicas para melhorar a saúde e esse momento proporciona o diálogo da comunidade que muitas vezes só assistia passivamente o programa. As rodas de conversa acontecem após a triagem, antes de passarem pela consulta médica, é um momento de espera que passou a ter utilidade, pois muitas vezes as pessoas se queixavam da demora pela consulta. Então, a roda de conversa está preenchendo esse momento de maneira produtiva promovendo oportunidades para as pessoas conhecerem-se, ouvirem os outros usuários e a comunidade. Nesses momentos é perguntado aos pacientes há quanto tempo residem no bairro e se conhecem todos que frequentam o programa, alguns começam a contar as experiências que fizeram e os auxiliaram a melhorar a qualidade de vida. São passadas informações sobre grupos de caminhada que um paciente conhece então pode compartilhar com os demais, dentre outras informações. É possível também durante a roda de conversa promover a vinculação do paciente com a equipe, pois torna-se

um momento em que o paciente sente-se valorizado, pois são levados em consideração as suas opiniões e o conhecimento que ele possui e pode passar adiante, em alguns casos as pessoas começam a contar as suas dificuldades diárias e aqueles que compartilham de situações semelhantes podem ajudar uns aos outros. Além de continuar o procedimento padrão de controle das HAS e DM, consulta médica, troca de receitas, o programa possui um diferencial que proporciona um encontro de promoção de saúde entre a população que leva em consideração o saber popular e o aumento do conhecimento dos serviços da rede. Com o intuito de contribuir com o HiperDia, esta pesquisa faz-se necessária para mostrar que algumas técnicas de intervenção podem contribuir para promover uma melhor qualidade de vida. Essas pessoas podem conviver com essas doenças por muito tempo sem possuírem agravamentos em relação às pessoas que não procuram esse tipo de cuidado. Por fim, espero que essa pesquisa intervenção sirva para contribuir com os trabalhadores de saúde que procuram estratégias para melhorar a qualidade de programas do SUS.

#### **RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE APRENDIZADO VIVENCIADO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES**

*Marlyara Vanessa Sampaio Marinho*

Palavras-chave: Doação de órgãos, Transplantes, Família

**APRESENTAÇÃO:** O transplante de órgãos ainda é a única alternativa da sobrevivência para diversas patologias. Doar aumenta a oportunidade de salvar tantas pessoas que esperam por um órgão com a esperança do recomeço. No primeiro semestre de 2015, pela primeira vez em oito anos, segundo

pesquisas do RBT (Registro Brasileiro de Transplantes), foi observada uma diminuição na taxa de potenciais doadores e doadores efetivos para o número de transplantados de rim, fígado e de pâncreas em relação a 2014. O maior obstáculo para o aumento no número de doações ainda é a recusa familiar. A motivação que impulsionou este relato foi à convivência com várias pessoas que esperavam por um órgão, muitas delas estavam em estado elevado da doença, uma delas inclusive era um familiar, que precisava de um fígado e que, mesmo com a queda de doador não vivo do órgão, conseguiu a tão almejada cura. Este relato tem como objetivo incentivar as pessoas a efetivação na captação de órgãos, bem como, mostrá-las a experiência de uma família que se recusava a doar. Incentivando assim, outras famílias para a importância de um gesto solidário, de amor e coragem. **DESCRIÇÃO DE EXPERIÊNCIA:** Todos os dias alguém morre. A morte pode ser em qualquer lugar do mundo, que talvez a maioria da população mundial nem saiba o nome. Todos os dias alguém precisa de um órgão. A intempérie para o processo do tipo vida por vida é que nem todo falecido é doador e nem toda família aceita a doação. A mudança de mentalidade da família sobre a doação de órgãos só é modificada quando o médico diz: "A única forma de cura para o paciente é um fígado novo, através do transplante." A partir disso a maneira de pensar em relação ao assunto muda. Há uma cultura por parte dos familiares mais idosos que doar órgãos não é bom para o corpo. Sendo assim a família absorve esta ideia e passa para os demais membros. Embora isto possa mudar e o que antes dizia não aceitar doar órgãos por motivos religiosos, psicológicos, espirituais e culturais, passa a ver o processo de forma diferente. Muitas vezes o genitor da família é o paciente em questão e seria preciso que alguém morresse e doasse o fígado para que ele

continuasse vivo. É alarmante devastador emocionalmente se deparar com tantos casos doentes no hospital de transplantes, são inúmeras pessoas ansiosas por um ato de solidariedade. É impactante para os acompanhantes e para o paciente hepático ver o quanto à fila é e era grande e nela havia um número considerável de pessoas doentes em busca da sobrevivência e da esperança na cura. Muitas são as histórias, como por exemplo, quando o idoso da família estava internado com altíssimo grau de encefalopatia e uma das visitas falou que o paciente do leito da frente havia chegado de outra cidade vomitando sangue; que ele havia sido contemplado com um fígado, mas que depois a família do doador desistiu. Pode-se acompanhar pelo acesso ao jornal que as famílias desistem da doação causando um mal maior para quem aguarda por uma doação. A equipe multiprofissional daquele hospital foi de grande importância para a evolução do tratamento. O idoso da família com crises intensas de encefalopatia, barriga d'água e depressão era muito bem atendido por todos do setor responsável pelo transplante. O respeito pelo paciente, pelo medo, pela angústia, pela pressa, pelo sofrimento da extensão do paciente - a família - foram muito bem assistidos. Era uma cultura de diferentes profissionais ligados à redução do dano e atentando-se também ao desejo, a emoção, ao interesse pela vida do paciente, alicerçados a todos os saberes técnicos e humanitários. No início de julho de 2015 fui com o integrante da família a uma consulta hospitalar. O setor estava participando de uma matéria para os meios televisivos, o motivo para as entrevistas eram: o número de doações estar fraco. Falavam que havia um número exacerbado de pessoas na fila, muitas estavam mal, algumas internadas e outras em casa enquanto o nódulo crescia. É muito comum o futuro transplantado ficar imaginando como seria o doador, do que seria a morte,

se iria ter doador, se ele aguentaria a espera, se ele morreria logo. Uma transcendência de pensamentos e indagações, como se talvez o braço do doador fosse grande e a estatura alta, careca e gostasse de feijão com arroz, enquanto o "doente" tivesse braços finos, estatura mediana, um aglomerado capilar na cabeça e comesse somente frango; que talvez o fígado fosse de mulher, ou de um jovem ou de alguém que se suicidou. Apesar de todas as diferenças nesse processo de devaneio, em tudo não há desigualdades quando o que se leva em consideração vai além da perspectiva apenas de sobrevivência, mas também a da intensidade da vida com honestidade e a possibilidade de renovação do futuro de pessoas que nunca se viram, um precisando receber uma doação e a outra doando. O transplante ocorreu no início de agosto de 2015. O doador tinha 41 anos, talvez fosse muito diferente do transplantado, ou até mesmo parecido em fenótipo. Todas as dúvidas e indagações se transformaram em respeito ao doador e sua família. O transplantado de 71 anos tem um fígado de 41 anos e a sua família assim como tantas outras aprenderam que a manipulação de corpos para a retirada de órgãos não interfere nas crenças religiosas e espirituais e que esse ato pode dar à continuidade a vida de várias outras pessoas que aguardam muito pela chance de continuar a viver. IMPACTOS: Hoje, minha família é de doadores efetivos e potenciais doadores. O impacto com a precisão de transplante para o patriarca da família fez-nos atentar-se de que o corpo pode salvar muitas pessoas. Aprendemos que doar é salvar o outro e não saber que está se salvando. Aprendemos que não importa a cor, a etnia, classe social, todo ser humano tem os mesmos órgãos específicos, diferenciando-os em algumas peculiaridades. Aprende-se que enquanto a terra decompõe órgãos há pessoas precisando deles para continuar

vivendo. Aprende a valorizar a vida e incentivar outras pessoas a entender o quanto isso é importante. Aprende que se não tiver doação não terá transplante e milhares de pessoas poderão morrer. Aprende que dar a continuação da vida para outras pessoas vai além de um órgão de um momento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ainda é imprescindível a doação de órgãos. Recebê-los para pacientes que tanto almejam a vida é a esperança na reconquista e na renovação. Há muito que se fazer para ultrapassar as fronteiras da recusa familiar e da dificuldade na realização dos testes para diagnósticos de morte encefálica, por exemplo. O que se presencia nesse longo período além de muito sofrimento foi a grande falta de doações. Enquanto a doença avança e não há expectativas para muitos doadores, a família sofre com a acelerada progressão do caso clínico, psicológico e deformador. Um ato de solidariedade, de coragem, de amor pode salvar até 25 vidas, que esperam viver mais, sorrir mais, ser feliz, mais.

#### REUNIÃO COM A COMUNIDADE: UMA FERRAMENTA DE TERRITORIALIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

*Mylene Caroso Melhem, Aline Gomes Fernandes Santos, Camila Ramos Reis, Ábia Lima de França, Marta Teixeira Rocha, Joseane Conceição Anunciação Paim*

Palavras-chave: Educação Popular, Mobilização Social, Controle Social, Territorialização

O trabalho a seguir é um relato de experiência sobre a realização de Reunião com a Comunidade na Estratégia de Saúde da Família como ferramenta de territorialização e mobilização social. Ocorreu no cenário de uma Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Camaçari, interior da Bahia, parte da região

metropolitana de Salvador. O programa de residência instituído pela Fundação Estatal Saúde da Família, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, no seu processo de implantação, em março de 2015, alocou as equipes de residentes conforme seu desenho pedagógico, como os próprios profissionais da equipe mínima e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nas Unidades de Saúde da Família (USF) em que os residentes entraram os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que lá estavam foram deslocados para outras unidades de Camaçari. Além de residentes professores de Educação Física, nutricionistas e fisioterapeutas dando apoio técnico-pedagógico e assistencial as equipes saúde da família. Há presença também, de preceptores de cada categoria profissional que contribuem para o processo de formação e os tutores que dão apoio pedagógico. As equipes novas com diversos profissionais começaram a fazer reflexão sobre o cotidiano e atividades de planejamento, tendo como uma das ações primordiais a territorialização e a reunião com a comunidade. A equipe iniciou a operacionalização através de uma visita à escolavizinha Unidade de Saúde da Família, com o objetivo de identificar parcerias, uma vez que a escola é um equipamento social potente, e já solicitar espaço para a reunião. Identificou-se coordenação pedagógica bastante implicada com os estudantes e disposta a trabalhar conjuntamente. A resposta foi positiva quanto ao espaço para a reunião. Nos momentos de planejamento e sistematização da reunião com a comunidade, alguns profissionais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicas de enfermagem e gerente da USF demonstravam receio com o momento. Pois, esses alegavam que a equipe sofreria por receber todas as reclamações dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e não ter governabilidade para dar respostas.

Relatavam que, antes da implantação da residência, havia ocorrido um episódio de tensão: ao saber previamente de uma visita do secretário de saúde à USF, os moradores se organizaram para estarem na unidade neste dia e exigiram melhorias no serviço de modo hostil. Os profissionais temiam que o episódio se repetisse. Com a presença de uma tutora de campo da residência na reunião de equipe, foi trabalhado o objetivo dessa reunião, pois era aparente que havia muita discrepância desse entendimento. Havia profissionais que tinham a expectativa de sair da reunião com a criação de grupos. Também, havia quem achasse que deveria chamar um dirigente para dar respostas. E por fim, profissionais que achavam que o objetivo não era dar respostas às demandas dos usuários do SUS. Sendo assim, foi discutido na tutoria o método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares, onde muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajam-se neste processo. (VASCONCELOS, 1997), tendo a equipe chegado à conclusão de que, apesar das muitas expectativas, era preciso estar aberto para as possibilidades de desenvolvimento da reunião pelos próprios moradores do bairro presentes. Nessa perspectiva, foi pactuado que a equipe iria iniciar com dinâmicas e falas que deixassem claro o objetivo principal do convite: criar vínculo e parceria, construir juntos. Assim, poderemos visualizar de que forma a equipe pode trabalhar a educação em saúde nos serviços e como contribuir para a construção da melhoria da qualidade de vida, da consciência crítica e participativa da população usuária do SUS (ALBUQUERQUE, 2003). Foram definidas comissões para a produção deste momento: a de logística, metodologia e construção das falas.

Entretanto, as tarefas e os responsáveis por tais não funcionaram. Um possível empecilho foi que as equipes receberam, de última hora, uma solicitação da gestão municipal de que todos os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) participassem da capacitação de DST de segunda à quinta, exatamente na semana da reunião com a comunidade, a ocorrer na sexta. Desse modo, as discussões foram feitas informalmente, por celular, em horários de almoço, e por uma pequena parte da equipe. Uma parte da equipe que ficou na unidade durante essa semana, construiu um planejamento para a reunião e enviou para todos os profissionais de saúde. Havia a necessidade de que as pessoas se colocassem como responsáveis para cada momento, especialmente para facilitar a reunião. Durante essa semana de preparação para a reunião, alguns outros profissionais, do NASF e preceptores, participaram de atividades do Encontro Regional da Rede Unida, onde surgiram outras ideias, como a de usar o Cordel do SUS para finalizar a reunião. Na sexta-feira, com a volta dos profissionais da capacitação de DST, no turno da manhã estes ficaram envolvidos com atividades assistenciais. Os profissionais do NASF conseguiram praticar o Cordel do SUS para incluir na programação. No almoço e no início da tarde quem foi chegando foi preparando o ambiente da sala de aula da escola para a reunião, cada um ao seu modo: spray com aromático, música de recepção, entre outros. As tarefas da equipe de logística não tinham sido realizadas, mas foi sendo providenciadas tarjetas, piloto. Os sujeitos sociais da comunidade foram chegando, cerca de 70 pessoas, enquanto eram esperados apenas 30 a 40 pessoas. Diante da intenção de tornar o momento mais um encontro do que uma reunião formal, dos poucos momentos que a equipe teve para elaborar o planejamento da reunião e do número de

indivíduos maior que o esperado, algumas outras mudanças foram feitas. A dinâmica de apresentação que tinha sido preparada for uma Agente Comunitária de Saúde teve que ser cancelada diante do número de participantes. Os profissionais do NASF sugeriram receber cada um que chegava com uma música de boas-vindas, criando um clima de descontração de disposição. Foi feita a fala de início pela médica residente que a havia escrito, finalizando com o questionamento: “o que é saúde para você e como esta a saúde no seu bairro?”. Uma fisioterapeuta residente do NASF se propôs a ser facilitadora da reunião com a comunidade, enquanto uma nutricionista residente foi relatora. E uma professora de Educação Física residente ficou organizando tarjetas para sintetizar e expor as colocações. As preceptoras ficaram acompanhando as tarjetas e a facilitação, principalmente. Houve registros fotográficos, inscrição de fala, e a reunião estava funcionando bem, rapidamente muitas pessoas se inscreveram para falar. Diante das falas, as tarjetas foram sendo organizadas em “pontos positivos”, “pontos negativos” e “sugestões”. As falas começaram com algumas queixas sobre o sistema de saúde no município. Dificuldade em acessar exames e especialistas era uma das principais queixas. A falta de entendimento da Estratégia de Saúde da Família esteve presente em muitas falas. A histórica baixa credibilidade da USF era evidente, porém algumas colocações demonstraram que essa visão estava começando a mudar: alguns moradores que vinham frequentando a USF desde ampliação da residência relataram boas experiências. Uma das falas que mais representou o objetivo cumprido neste encontro foi a de uma moradora: “Vocês foram a primeira equipe que procuraram saber o que a gente quer!”.

## SAÚDE E BEM ESTAR DAS CUIDADORAS NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE DOURADOS-MS

*Leticia Aragao Alencastro Candido, Margareth Soares Dalla Giacomassa*

Palavras-chave: Saúde, Educação Infantil, Prevenção, Promoção

CANDIDO, Letícia A. A.<sup>1</sup> email: leticia\_alencastro1@hotmail.com Bolsista PIBEX. GIACOMASSA, Margareth S.D.<sup>2</sup> e-mail: margasdg@uems.br <sup>1</sup>Acadêmica do curso de Enfermagem (UEMS). <sup>2</sup>Docente do curso de Enfermagem (UEMS) E-mail:margasdg@uems.br  
Resumo Introdução: O presente artigo é um subprojeto e integra o projeto de extensão Práticas diárias em cuidados e educação nos Centros de Educação Infantil (CEI) de Dourados/MS. Deseja compreender os fazeres diários dos funcionários e atuar de forma preventiva nas questões de saúde. A equipe que desenvolve atividades nos CEI executa um numero significativo de funções que pode causar uma sobrecarga física e mental pela indissociabilidade do cuidar e educar com crianças no CEI. O tema proposto para o desenvolvimento deste projeto é importante tanto a nível social como de saúde pública, levando em consideração a demanda de funcionárias que solicitam afastamento do trabalho por ano em decorrência de LER (lesões de esforço repetitivo) e DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) além de agravos em saúde mental tais como estresse, depressão e outros. Objetivos: Propiciar conscientização das educadoras sobre a importância do autocuidado, fornecendo conhecimento necessário para evitar e aliviar situações estressoras dos componentes físico e mental. A promoção de oficinas com interação entre as participantes que atuam no CEI é a principal ferramenta nesse projeto.

**Métodos:** A metodologia empregada será qualitativa com metodologia de análise de dados pelo DSC- discurso do sujeito coletivo, com TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) bem como apreciação do comitê de ética. Os dados serão obtidos por entrevistas e após análise final será proposto reuniões ou rodas de conversas entre equipe de funcionários, equipe de saúde, através das quais será enfatizando o autocuidado, importância dos cuidados com a postura correta durante as atividades de trabalho que demandam esforço físico, do alongamento antes e após a jornada de trabalho e das boas práticas diárias que contribuem para a prevenção de lombalgias, artralguas e outras patologias recorrentes de LER e DORT. Válido salientar que durante o processo todos serão convidados e estimulados a participação ativamente das atividades propostas de modo a promover a descontração pela socialização e aplicação diária dos aprendizados na promoção de saúde e prevenção de agravos. Os materiais utilizados para este fim serão utilizados multi meios, palestrantes convidados e atividades fora do ambiente de trabalho, adequando às solicitações e atividades propostas. **Resultados:** Com base na metodologia empregada, apesar de ainda ser um projeto em andamento que possibilitará mudanças e melhora na qualidade de vida das funcionárias para uma melhor assistência às crianças, pode-se notar interesse por parte dos envolvidos. Perguntas com curiosidade e questionamentos pertinentes quanto às manobras puderam ser exploradas a fim de dar mais confiança e clareza para as funcionárias no CEI. **Considerações finais:** As contribuições desse projeto são em médio e longo prazo como a redução de danos e agravos na saúde, redução do número de atestados médicos seja por lesões físicas ou problemas de saúde mental e contribuir na qualidade do trabalho realizado com as crianças sob a responsabilidade desses

profissionais. Além de que esse seja um projeto com caráter de continuidade pela sua importância e significado na educação infantil de Dourados/MS.

### SE EU FALAR, VOCÊ ME OUVI?

*Silvia Regina Costa dos Santos, Vania Lopes Silva*

Palavras-chave: Atenção Básica, Crianças, Linguagem, Social

**APRESENTAÇÃO:** A comunicação é observada em todos os seres humanos, apesar de haver diferentes padrões mais ou menos desenvolvidos, se um ato comunicativo for tomado como modelo. É importante destacar que, os atos não verbais são informes de grande significação, portanto, a comunicação não se forma apenas com o falar, ouvir, escrever e ler. O conjunto dessas habilidades, verbais e não verbais, é determinante no desenvolvimento da comunicação. Seguindo a vertente sociointeracionista, o ser humano nasce com atos reflexos e disposições comunicativas, mas necessita do meio, da comunidade, para que sejam atribuídos valores comunicativos a cada ato, seja esse motor ou sonoro e, assim, é construída a linguagem e o pensamento, com características peculiares ao ambiente em que o indivíduo está inserido. Segundo Vygotsky, 1989, o pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inato, mas, determinado por um processo histórico cultural com propriedades e leis específicas. A criança começa a desenvolver a sua fala a partir da fala do adulto e da comunidade. No contato com “o outro”, portanto, a linguagem assume o seu papel de função comunicativa e de reguladora do pensamento. Torna-se, assim, indispensável à vida, as relações sociais e linguísticas na constituição do indivíduo. Objetivo O grupo

de crianças na Atenção Básica surgiu a partir da necessidade de atender a demandas específicas para a fonoaudiologia. O espaço inicialmente estudado, pelas organizadoras do projeto, foi a Comunidade Vila São Jorge, que está localizada no bairro de Irajá, na Zona Norte do Rio de Janeiro, é dividida em quatro sub-bairros (Vila Emanuel, Rapidinho, Estrada da Pedreira e Horta) e conhecida pelos moradores como Para Pedro. Possui, aproximadamente, vinte mil habitantes, os quais são acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Apesar de existir grupos e projetos locais que oferecem atividades esportivas e culturais para a população, nem sempre o ambiente lhes permite tal integração, seja pela violência do território ou pelo número reduzido de ofertas. A carência de estímulos cognitivos muitas vezes, leva a um atraso no desenvolvimento global ou específico de linguagem, em algumas crianças; fator também motivador para a criação desse espaço. Através de encaminhamentos e rastreio inicial, com avaliação observacional e específica da linguagem, foi possível verificar que, em alguns momentos, é real a necessidade de um acompanhamento específico por um profissional da rede secundária; em outros momentos, o “problema”, inicialmente, relatado pelos pais e/ou escola, pode ser entendido como uma carência de estímulos, falta de diálogo, e até por um excesso de cuidado, provocando um atraso no início da comunicação oral. Além disso, há crianças com um convívio social restrito, devido ao medo dos responsáveis, com relação à insegurança na comunidade onde moram, afetando o desenvolvimento social e cognitivo destas. A partir dessas observações e constatações, verificou-se a necessidade da construção de um espaço coletivo para convívio e estímulos cognitivo linguísticos, objetivando a interação social, a construção coletiva das funções mentais superiores (atenção, concentração e

memória) e a produção e compreensão da linguagem. Desenvolvimento do trabalho O projeto foi iniciado em maio de 2015, com a formação de um grupo mensal, para crianças de 04 a 10 anos, tendo a duração de 2 horas, em um espaço fornecido pelo CIEP, ao lado da Unidade de Saúde, devido a carência de espaço físico na Unidade. Todas as crianças do território seriam acolhidas pelo grupo, desde que tivessem chegado à equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), através de uma demanda da Estratégia Básica de Saúde. Entretanto, não havia a necessidade de ser confirmada uma patologia de cunho anátomo-fisiológico ou sociocultural. Uma vez por mês, para as crianças que fossem diagnosticadas com necessidade de acompanhamento específico, seria feito um encontro individual com o profissional do NASF em questão, a fim de serem avaliados os ganhos, com a participação no grupo, e orientados estímulos específicos a cada caso. As atividades realizadas eram planejadas de acordo com demandas observadas através do comportamento singular, mas trabalhadas em grupo. Assim, através de atividades lúdicas almejava-se estimular a fala propriamente dita, a diferenciação de sons, a compreensão de textos, a construção de situações dialógicas, a construção do contexto familiar e a vida em comunidade, entre outras. No terceiro mês de funcionamento, percebeu-se boa aceitação do projeto pela comunidade e, com isso, o aumento do número de participantes no grupo. Foi necessário, então, modificar a formulação inicial, dividindo-o em 2, sendo 1, com crianças de 3 a 5 anos e o outro, com crianças de 6 a 10 anos. Percebeu-se também a necessidade de um desdobramento desse grupo, através da construção de um grupo mensal com os responsáveis, para debater expectativas e ganhos nas relações interpessoal e comunicativa. Caracterizando o grupo, tem-se 100% das crianças (23) foram encaminhadas por problemas de

fala e /ou aprendizagem e todas que se mantém no grupo, tem de fato alguma desordem; entretanto somente 47,8% (11), apresentavam Distúrbio Específico de Linguagem (DEL).26% das crianças (6) mostram problemas comportamentais não neurológicos ou psiquiátricos, mas de cunho social.21,7% das crianças (5) estão em processo de investigação neurológica e/ou psiquiátrica.4,3% das crianças (1) apresenta dificuldade no desenvolvimento cognitivo linguístico, agravada pela sua realidade social. Resultados / impactos De acordo com o desenvolvimento e reformulações do grupo, percebe-se uma maior participação das crianças no seu ambiente social, no contato com o outro e no desenvolvimento da linguagem, não somente como articulação da palavra. Um dado interessante foi o surgimento das correções das crianças por elas mesmas, enquanto ouvintes da palavra falada e atores do contexto imediato. O grupo, dessa forma, nos possibilita observar o quanto essas crianças são ouvintes, e como ouvintes, o quanto lhes é dado o poder da fala e o quanto essa fala lhes é significativa. Junto com a fala, surgiram demandas sociais através das crianças, fatores que eram perturbadores para seus desenvolvimentos linguístico, cognitivo e/ou emocional e que, até então, ficavam ocultos. A partir da revelação desses dados, foi possível trabalhar aspectos da realidade social e incentivar as crianças a serem mobilizadoras e capazes de produzir mudanças e conhecimentos. Foram observados, portanto, ganhos na aquisição da linguagem, na reconfiguração da linguagem, na socialização, na compreensão da linguagem e de mundo. Considerações finais Levando em consideração o trabalho em equipe multidisciplinar, o acolhimento de forma integrada da demanda em saúde e os estímulos ampliados abordando aspectos sócio culturais, linguísticos e cognitivos, é possível destacar o grupo de crianças como tendo um ganho ponderal na estratégia

de saúde da família e na sociedade como um todo, já que é possível intervir na constituição e desenvolvimento do ser, desde a infância.

#### **TRAJETÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS**

*Kássia Cristina Soares da Silva*

Palavras-chave: conferência, saúde, relatoria, plano municipal

Este trabalho relata a trajetória do grupo de relatoria municipal nas Conferências Locais, Distrital e Municipal no Município de Campo Grande/MS no ano de 2015, abordando também a filtragem das propostas que serão encaminhadas para a conferência estadual e nacional. O trabalho final da relatoria cria o Plano Municipal de Saúde do município de Campo Grande/MS de 2017-2019 que norteará as ações de saúde nesse período, explicitando as intenções e os resultados a serem alcançados, bem como o monitoramento das propostas elencadas alinhando com o Plano Plurianual- PPA. No município de Campo Grande foram realizadas 66 Conferências Locais, 04 Conferências Distritais e 06 Conferências Livres, totalizando 1114 propostas, que após filtragem foram encaminhadas para Conferência Municipal, perfazendo um total de 398 propostas. O trabalho da relatoria permitiu a análise das políticas instituídas e pode ser observado que muitas propostas não foram efetivadas e que novamente foram solicitadas pelos delegados durante as conferências. A experiência da relatoria aponta para a construção de um instrumento/ferramenta de análise para fortalecer e facilitar o monitoramento da execução das políticas e do Plano Municipal de Saúde a fim de efetivar as propostas aprovadas nas conferências

#### **UM OLHAR SOBRE A COMUNIDADE DO DOM ANTONIO BARBOSA II**

*Maria Betina Leite de Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Sabrina Oliveira Cangussu, Kenia Caceres Souza, Ariane Calixto Oliveira*

Palavras-chave: (educação ambiental, saneamento básico, realidade)

Introdução: A disciplina Enfermagem Saúde Ambiental propôs a realização de um trabalho aos acadêmicos do quinto semestre do curso de enfermagem com o intuito de proporcionar uma experiência oportuna de conhecer as condições ambientais de determinada região, agregar conhecimentos referente à saúde ambiental e reforçar o conteúdo trabalhado em sala de aula. Para desenvolver a atividade proposta foi organizada uma visita ao Bairro Dom Antonio Barbosa II que localiza-se na região urbana Anhanduzinho, Parque Lageado, no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, é um loteamento social lançado pela prefeitura no ano de 1994, com o objetivo de extinguir as favelas existentes daquela época, como sanar o déficit habitacional. Contudo o trabalho de promover habitação não teve continuidade nos anos posteriores, dessa forma as famílias que não possuíam condições financeiras para morarem em outras regiões da cidade numa habitação adequada acabaram se mudando para esse território, o que acarretou expansão irregular do lugar, que hoje é reconhecido como Dom Antonio Barbosa II, onde habita uma comunidade que vive de forma precária, sem nenhum tipo de assistência, pois o local não possui endereço, já que é ilegal. Descrição da Experiência: A disciplina Enfermagem Saúde Ambiental propôs na sua ementa a realização de uma atividade que visava proporcionar uma compreensão maior do seu conteúdo, além de demonstrar a importância de seus preceitos e conscientizar os acadêmicos

sobre a relevância de promover educação em saúde ambiental não só no decorrer da graduação, mas também após o término do curso. A docente que ministra a matéria propôs a realização de uma visita ao bairro Dom Antonio Barbosa II, por ser um território habitado irregularmente que não possui nenhuma infraestrutura, como rede elétrica, coleta de esgoto e água tratada. Prévio ao dia combinado para realizar a visita foi explanado orientações sobre a importância de sempre andar em grupo ao abordar as pessoas, levar água e o mínimo de objetos possíveis e exposto um roteiro que deveria ser seguido, nesse material constava questionamentos que os acadêmicos deviam fazer no decorrer da sua busca ativa e para finalizar a tarefa era necessário escrever um relatório final. Na data estipulada para a visita, que foi o dia 18 de maio de 2015 os graduandos se encontraram na universidade, o ônibus foi utilizado como meio de transporte para levar os acadêmicos até local. Após chegar ao bairro e percorrer o lugar observou-se que as moradias são construídas de lona, madeiras, papelão e cobertas com telha amianto; algumas habitações possuem energia através de ligações irregulares da rede elétrica do Bairro Dom Antonio Barbosa; entre as moradas se nota a presença de muito lixo e animais domésticos; os habitantes da comunidade utilizam a fossa seca como banheiro e consomem água que é retirada de um poço existente naquelas proximidades. No princípio os moradores foram hostis com a presença dos acadêmicos, o que tornava a primeira abordagem difícil, mas aos poucos acostumaram-se. Durante as entrevistas quando os habitantes foram questionados sobre o porquê vivem nessa situação responderam que não tem condições para sair daquele lugar e que seu sustento depende do lixo, sendo predominantemente catadores do lixo que também se encontra na região. Todos que

residem no Dom Antonio Barbosa II não tem acesso a serviços de saúde, pois para serem atendidos precisam ser cadastrados no Sistema Único de Saúde, mas sem endereço isso não é possível, só são atendidos em unidades de pronto atendimento em casos de emergência. A comunidade é formada principalmente por mulheres e crianças. Desse modo o acesso à educação é totalmente dificultado, e poucas crianças têm a oportunidade de estudar, como também não possuem acesso nenhum a lazer. Depois da visita o grupo de acadêmicos escreveu um relatório final que apresentava todas as exigências do roteiro e após essa etapa ocorreu uma discussão sobre o diagnóstico situacional da comunidade, quais são suas necessidades, as condições ambientais da região, como o meio do local em que se habita interfere significativamente no modo de vida. Impactos: Estar em contato com essa realidade de uma comunidade que não possui acesso a serviços de saúde, educação, habitação, saneamento básico, cultura, transporte e lazer em pleno século XXI, apesar de esses direitos serem assegurados pela constituição brasileira para todos os cidadãos. A impressão que passa é como se esses indivíduos que compõem a comunidade não existissem. E devido ao ambiente aonde vivem favorece a exposição dessa população a agravos de saúde complicando a situação, pois se esses adoecer não será atendido nas unidades de saúde, salvo em casos de emergência

**Considerações Finais:** A visita ao Bairro Dom Antonio Barbosa II foi uma oportunidade maravilhosa para conhecer as condições ambientais de uma comunidade que reside numa região sem a mínima infraestrutura, totalmente exposta a agravos, pois a falta de condições ambientais adequadas interfere de maneira significativa na saúde dos indivíduos que habitam aquele local. Observou - se a importância de promover saúde ambiental, pois essa é considerada

essencial a existência, já que assegura qualidade de vida visto que a sua ausência pode gerar problemas decorrentes de efeitos físicos, químicos, sociais ou biológicos, que tem o poder irreversível de afetar a saúde dessa e das próximas gerações. Assim através da visita foi possível agregar competências e conhecimentos referentes à saúde ambiental, de forma a cumprir o objetivo proposto, que era promover o contato dos acadêmicos com a realidade, a fim de que o convívio reforçasse o conteúdo apresentado em aula. Além disso, é de suma importância que todos os acadêmicos ou cidadãos tivessem acesso a comunidade Dom Antonio II, para vivenciar e retratar suas rotinas, dessa forma contribuir para formação de sua consciência como cidadão, assim ter conhecimento de que essa realidade ainda existe em nosso país, é o primeiro passo para começar agir com o intuito de promover medidas que visem mudar essa situação atual, de forma a fazer a diferença em relação ao ambiente e na vida não só dos habitantes da comunidade Dom Antonio Barbosa II, mas de todos os indivíduos que passam pela mesma situação.

#### **UMA EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA COLABORATIVA E ABERTA**

*Alessandra dos Santos, Nilton Bahlis dos Santos, Beatriz Cintra Martins*

**Palavras-chave:** Inovação, Novas Formas de Produção de Conhecimento, Interatividade, Colaboração

**APRESENTAÇÃO:** A produção e o acesso ao conhecimento científico, mesmo com o avanço do modelo open access em nível nacional, ainda estão baseados em modelos fechados e privados. O processo clássico de publicação em ciência é lento, seguindo um padrão sequencial fechado e centralizado.

Quando o artigo enfim é publicado, a pesquisa muitas vezes já perdeu sua relevância. O advento de dispositivos que viabilizam a colaboração na Internet, como redes sociais, wikis e blogs, dinamizou a comunicação entre pesquisadores e o público em geral, fazendo surgir modos de produção de conhecimento inovadores, associados a diferentes formas de compartilhamento e validação. Verificamos que isso cria um ambiente eficiente para o progresso da pesquisa científica, pois facilita a interação, a sincronização, a colaboração e a partilha de dados, favorecendo seu avanço e difusão de forma rápida e distribuída. Esse trabalho apresenta uma reflexão sobre as primeiras fases da experiência de produção e edição colaborativa de textos e de uma publicação usando ferramentas interativas da Internet dentro do Curso "Oito Temas para se pensar a Ciência, a Sociedade e as Redes na Era da Complexidade" de caráter misto, presencial e em rede, oferecido no primeiro semestre de 2015, pelo Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas (Next) da Fiocruz, no Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/FIOCRUZ).

**DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Descrição da experiência: As aulas do Curso Oito Temas foram oferecidas de uma forma mista, tanto presencialmente quanto via web. Os alunos podiam assistir ao curso através da filmagem online da sala de aula que era transmitida via Youtube, gravada e replicada em um Post dentro do grupo do Curso no Facebook, que era aberto para todo e qualquer interessado. No final do semestre, todos os alunos presenciais e em rede foram chamados a fazer seus trabalhos de conclusão de Curso. Os critérios adotados foram os seguintes: o trabalho deveria ser colaborativo utilizando o aplicativo Google Docs e com a participação de no mínimo duas pessoas; eles deveriam abordar algum tema do curso;

era permitido qualquer tipo de conteúdo: resenha; apresentação de slide; vídeo; e até "remixes" de conteúdos encontrados na rede, elaborando um texto coerente e dando os devidos créditos. Deveria ter até 14 páginas e eram obrigatórios para todo aluno regularmente inscrito na disciplina oferecida pelo Programa, ou para os participantes virtuais que desejavam certificação. A essa metodologia demos o nome de Processo de Produção e Edição Colaborativa do Ebook do Curso. Em um primeiro momento, na fase de produção colaborativa dos textos, um documento do Google.Docs foi criado para os alunos inserirem os títulos dos trabalhos com os nomes dos autores e os links de acesso. Eles eram compartilhados de forma aberta para que outros alunos pudessem visualizar e comentar. Foram escritos 10 textos com no mínimo dois autores cada, no período estipulado de um pouco mais de um mês. Em um segundo momento, fase atual, de avaliação, revisão e melhoria dos textos, tendo como prazo três semanas, pareceristas foram convocados no grupo do Facebook para desempenharem as seguintes funções: ler no mínimo dois textos apresentados, sugerindo, em comentários, mudanças ou melhoras em seu conteúdo. Treze pessoas, dentre autores e alunos virtuais do curso, se juntaram à equipe de edição como pareceristas. Para cada texto avaliado, o parecerista deveria enviar um Formulário onde respondia a 6 questões: (1) o artigo possui condições mínimas de publicação; (2) o texto tem um propósito claro, apresenta ou induz a uma reflexão? (3) Possui menos que a quantidade mínima ou mais que a quantidade máxima de páginas? (4) Está explícita a relação do texto com o curso? (5) Necessita de melhoria gramatical ou adaptação às regras de citação e referências? Em todos os casos, o parecerista era também estimulado a fazer observações na forma de comentários nos textos avaliados. Devemos observar que em

todas as fases, para chamar a atenção dos alunos para o processo colaborativo, um Post com uma plaqueta (imagem com título da ação e a indicação “E-book do Curso”) era publicado no grupo do Facebook do Curso indicando a fase do Processo de Produção do E-book. Atualmente estamos na última semana de avaliação e os autores foram chamados para entrarem no processo de revisão e modificação dos textos, de acordo com os comentários dos pareceristas. Nessa fase, cabe aos autores além de lerem todas as sugestões, a tarefa de escolher as alterações mais pertinentes e modificá-las ou não. Nossa expectativa ao longo dessas duas fases da produção e edição era de que além dos textos serem criados coletivamente, fossem inseridas práticas de revisão que incorporassem formas de avaliação social através de comentários por parte dos “pares”, gerando sinergia entre os participantes. Pudemos perceber que nem sempre é fácil iniciar uma produção colaborativa usando recursos da web 2.0 entre pessoas que nunca, ou muito raramente usam tais ferramentas. O pré-requisito para que os links dos trabalhos fossem compartilhados desde o início para que todos pudessem ver, não foi de imediato acatado por todos. Alguns preferiram escrever o texto no Word, da forma tradicional, e só no fim disponibilizar o texto completo. O que causa inevitavelmente uma multiplicidade de cópias e dificulta a colaboração. Em nosso caso esta dificuldade foi reduzida devido ao fato de o curso ter tido como um dos temas a reflexão sobre novas formas de produção de conhecimento. Através dessa experiência foi possível vivenciar e refletir sobre as diferentes fases da produção do conhecimento científico, dando um caráter inovador para a função do parecerista que no fim ganhou mais ares de parceiro de escrita do que de um mero avaliador de trabalho.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência

ainda não está de todo acabada, mas ela permitiu a incorporação de uma nova forma de comunicação científica baseada na prática da ciência aberta e colaborativa, fundamentando os primeiros aspectos que podem ser utilizados no amadurecimento de formas inovadoras de construção do conhecimento.

### **VER-SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A VIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JARDIM DO SERIDÓ/RN**

*Leonardo Diego da Silva Silveira*

Palavras-chave: VER-SUS, Sistema Único de Saúde, Vivência

**APRESENTAÇÃO:** O VER-SUS (Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto do Ministério da Saúde em parceria com algumas entidades (dentre elas a Rede Unida e a União Nacional dos Estudantes - UNE) que visa à realização de vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando aos participantes desse projeto a oportunidade de acompanhar o processo de trabalho dos profissionais nos diferentes equipamentos sociais de uma cidade (que é definida pela comissão organizadora do projeto em seus respectivos estados) com o intuito de debater acerca do SUS e formar profissionais comprometidos para atuar nesse sistema.

**DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Durante o período de 12 a 21 de janeiro do ano de 2015 foi realizado o projeto VER-SUS na cidade de Jardim do Seridó, município localizado próximo à cidade de Caicó no estado do Rio Grande do Norte. Tal cidade recebeu a equipe de estudantes composta pelos cursos de enfermagem, fisioterapia, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, odontologia e biomedicina com o objetivo de vivenciar a realidade do SUS no município e propor, através de um olhar

crítico, possíveis melhorias e sugestões caso necessite-se. Durante os 10 (dez) dias de atividades realizada na cidade foi visitado: A secretária de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (5 ao todo), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Centro Clínico de Saúde, o Hospital, Os equipamentos sociais de Assistência (CRAS e CREAS), áreas de concentração de grupos (praças, bares, feira livre), áreas de risco (Matadouro e Aterro Sanitário). Ainda foram efetuadas visitas a zona rural e ao setor de endemias da cidade. Ao final foi produzido um documento com os resultados observados pela equipe na cidade e apresentado ao público da cidade (gestores, profissionais e comunidade).

**IMPACTOS:** O município possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) que trabalham com o Programa Saúde Família (PSF) onde visam a prevenção da saúde em cima das famílias distribuídas nos diferentes territórios da cidade. Dessas UBS's, três ganharam reforma, sendo que duas dessas ainda não começaram a serem reformadas e uma já foi reformada e é tida como unidade modelo no município. As outras duas funcionam na zona rural e cidade. Numa visão geral desses equipamentos de atenção básica foi notado que existe a preocupação por parte dos profissionais em proporcionar um atendimento de qualidade, entretanto, existe problemas em relação a estrutura (menos na unidade modelo, que é o PSF I) e falta de materiais disponíveis em todas as unidades, impedindo a continuidade e qualidade do serviço prestado a população. Ainda fiquei bastante preocupado com o PSF III (Zona rural), pois a mesma só abre uma vez na semana e nos outros dias tal população fica desassistida de atendimento, tendo de ir a cidade caso ocorra algo urgente. A gestão de saúde do município trabalha de forma positiva e ativa visando materializar o SUS que desejamos, entretanto várias vezes se esbarra com burocracias a cima dela que faz com que se impeça todo o

desenrolar dos procedimentos. Mesmo com essa burocracia (que no meu ver existe em todo território nacional) a equipe de profissionais que atuam na gestão trabalha de forma a promover uma saúde que atinja a todos, sem distinção de cor ou raça, de acordo como preconiza a universalidade do sistema. No que diz respeito à relação gestão/instituições/profissionais pude ver que existe uma relação de harmonia entre esses, flexibilizando assim o processo de trabalho onde no final o resultado é uma maior facilidade no desenvolver das ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde. Mesmo com todas essas divergências, os profissionais efetuam seu trabalho de forma humanizada para com a população, exceto no PSF II, onde há uma enorme queixa em relação a uma médica do programa Mais médicos. No que se refere à atenção secundária e terciária a cidade possui um centro clínico e um hospital filantrópico onde os casos que não se resolvem nessas unidades são transferidos a cidades polos próximas como Caicó e a capital Natal. A respeito da participação da população no exercício do controle social foi visto que os mesmos só procuram os órgãos competentes quando algo grave os acontece. Em relação aos equipamentos de assistência, foi visitado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) com prédio próprio e alugado, respectivamente. Entendo que a política de assistência atua em consonância com a de saúde (Não pelo fato de fazerem parte do tripé da seguridade social, mas sim num papel de educação social e melhor dissipação de direitos e deveres quanto à políticas sociais, pois em várias vezes esquecemos que também temos deveres, além dos direitos) e é de extrema importância que se firme laços entre essas políticas para estarem melhor objetivando os direitos das pessoas. Para tal, notei que

existe essa parceria saúde/assistência e que os mesmos efetuam campanhas de cunho socioeducativo que para mim foi um ponto muito positivo. Mas quanto a ponto negativo, notei novamente a falta de estrutura para com os atendimentos nas duas unidades e que os profissionais com essas deficiências não se lamentam e exercem suas atividades com amor para assim melhor proporcionar o acesso dos cidadãos a seus direitos. Além de visitar equipamentos de saúde e assistência, foi visitado também locais que considero de total influência no processo saúde-doença. Visitou-se o matadouro, equipamentos de lazer, aterro sanitário e setor de endemias, onde fomos entender a realidade de como funcionava tais locais. O matadouro e o setor de endemias me surpreenderam muito, tanta pela segurança por parte dos trabalhadores ao realizar o trabalho, como da organização no processo de trabalho, e que mais uma vez o ponto de maior relevância é a falta de estrutura para uma melhor realização do trabalho e a má valorização do trabalho, respectivamente. Os equipamentos de lazer da cidade são escassos e teve morador que chegou a reclamar de tal. Notei que a cidade possui muitas praças, mais são praças precarizadas que tendem a serem mal frequentadas por isso. Durante toda a vivência e as visitas realizadas notou-se que a cidade possui um alto índice de pessoas com sífilis e Câncer. Mas a maior preocupação que observei foi em relação a pessoas com algum tipo de doença mental. Numa visão geral, em minha opinião, os casos que merecem uma maior atenção por parte dos profissionais são esses, sendo necessária a criação de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPSI) na cidade para trabalhar nessa questão do alto índice de doenças mentais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por tanto, durante tudo que vivenciei, vi que o SUS em Jardim do Seridó não está ruim. Precisa melhorar? Sim. Mais comparando a alguns outros municípios do estado a saúde

da cidade está regular, pois possui diversos serviços que funcionam como o Programa Saúde na Escola, o NASF, entre outros. Os medicamentos que fazem parte do RENAMI são distribuídos sem falta à população. Enfim, mesmo sendo um município considerado de pequeno porte, pois possui cerca de 12.800 habitantes, e com todas as dificuldades que lhe são impostas, o mesmo se organiza e se empenha para estar repassando e promovendo uma saúde de qualidade a todos, preconizando o que está posto no SUS.

#### **VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS MUNICIPAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Jussiana Barros Oliveira, Julio Souza Barros, Jamilly Gusmão, Jamine Barros Oliveira*

Palavras-chave: formação, controle social, medicina

**APRESENTAÇÃO:** Trata-se da vivência de estudantes de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no que se refere ao processo adotado pela gestão na organização e execução das conferências citadas, apontando a metodologia utilizada, bem como os resultados alcançados, apresentando ainda as discussões e considerações sobre prática neste cenário de participação da comunidade no âmbito municipal na formação médica. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O internato de Saúde Coletiva, do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Vitória da Conquista, é desenvolvido no 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> ano, um dos objetivos é desenvolver aprendizagem em serviço de Atenção Primária em Saúde, e gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. No 5<sup>o</sup> ano do internato de saúde coletiva, o enfoque é dado ao trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da

Família, sendo acompanhada a rotina dos atendimentos e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. No 6<sup>o</sup> ano o internato de saúde coletiva é dividido em três módulos: saúde mental, do trabalhador e de gestão. No módulo de gestão da saúde são acompanhadas as atividades desenvolvidas nos espaços da gestão do município, compreendendo ações de planejamento, avaliação de políticas e programas, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente, participação popular e controle social no SUS. Estas ações são desenvolvidas na gestão da atenção primária, vigilância da saúde, atenção especializada, auditoria e assessoria de controle social. Particularmente em relação ao controle social, são desenvolvidas ações juntamente com a gestão municipal como: educação permanente de conselheiros locais e municipais de saúde; planejamento de conferências da saúde e temáticas (idoso, trabalhador, entre outros); pesquisas operativas de avaliação; participação nas atividades das comissões do conselho municipal de saúde e demandas apontadas pela coordenação dos serviços. Durante o internato de saúde coletiva do 6<sup>o</sup> ano no módulo de gestão que aconteceu no período de 11 de maio de 2015 até 05 de julho de 2015, o grupo teve a oportunidade de participar de diversas atividades. Dentre as atividades destacamos a organização da IV Conferência Territorial dos Direitos da Pessoa Idosa que teve como tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa: por um Brasil de todas as idades”. A Conferência reuniu representantes de 24 municípios do Território de Vitória da Conquista. Nessa Conferência foram debatidos temas relevantes para o campo do envelhecimento, assim como os desafios da Política Nacional do Idoso. A Conferência teve como objetivo sensibilizar a sociedade para o contexto de envelhecimento da população brasileira e mobilizar especialmente a

pessoa idosa para a conquista do direito ao envelhecimento com dignidade. Também no período do internato de gestão, os estudantes de medicina participaram da comissão de organização e relatoria da VIII Conferência Municipal que teve como tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro”. O evento aconteceu durante dois dias, em espaço público, reunindo usuários, estudantes, profissionais da saúde e gestores. O momento foi marcado pela discussão da saúde pública no município, na Bahia e no Brasil. Nessa conferência foram debatidas propostas para a formulação do SUS a partir dos eixos temáticos apresentados, pelo Conselho Nacional de Saúde, na resolução para o desenvolvimento das etapas municipais e estaduais em todo o território nacional, sendo assim organizados: Eixo I – Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; Eixo II – Participação social e reformas democráticas e populares do estado; Eixo III – Valorização do trabalho e da educação em saúde; Eixo IV - Financiamento do SUS/Relação Público Privado; Eixo V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; Eixo VI - Informação, educação, e política de comunicação do SUS; Eixo VII - Ciência, tecnologia, e inovação no SUS. A realização de ambas as conferências foi precedida por reuniões de planejamento com técnicos da gestão municipal, que seguindo as orientações do nível Estadual e Nacional organizaram comissões de trabalho, dentre elas a de relatoria. A comissão de relatoria tinha como uma das funções, organizarem as propostas das etapas anteriores à municipal ou territorial, disponibilizar textos para subsidiar os debates, apoiar os grupos temáticos de trabalho, organizar moções e relatório final para votação em plenária na conferência. Durante todo o processo os estudantes de medicina e técnicos da gestão municipal trabalharam de maneira conjunta, dividindo

responsabilidades e participando das discussões com usuários e trabalhadores de saúde. No caso, da Conferência Municipal de Saúde, houve também participação na elaboração dos roteiros para os facilitadores na realização das pré-conferências. As pré-conferências de saúde foram importantes espaços de diálogo e formulação de propostas, bem como, eleição de delegados representantes de usuários, gestores, prestadores e trabalhadores do SUS. Resultados e/ou impactos: A vivência do internato de medicina da UESB, diferentemente dos processos de formação que envolve breves estágios em centros de saúde-escola, requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade. Tal fato possibilita reflexões que fundamentam a consolidação da aprendizagem baseada no contexto sócio-político, alinhado aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Com base nestas premissas, seria promovido no estudante o engajamento para compreender a dinâmica social e a utilização deste conhecimento como instrumento de formação profissional, tendo como cenário a Atenção Primária em Saúde, particularmente neste relato, os espaços de participação popular e controle social do SUS. Durante as atividades do internato desenvolvidas nas atividades referentes a Conferência: Direito da pessoa Idosa e Municipal de saúde, foi fundamental a experiência dos profissionais envolvidos no processo de organização. Essa experiência possibilitou uma troca interessante nas reuniões de planejamento, relacionando a teoria com a prática vivenciada. O envolvimento e participação ativa dos idosos, trabalhadores e gestores demonstrou o papel pedagógico desses encontros na formação do graduando em medicina. Vale ressaltar, o compromisso da gestão municipal na garantia de infraestrutura e do amplo debate, mobilizando toda a sociedade em torno da discussão de direitos sociais

como assistência social e de saúde ao idoso e a toda população. No caso da Conferência Municipal de Saúde, foram realizadas 76 pré-conferências, contemplando todas as áreas das unidades básicas da zona urbana e rural, com envolvimento dos conselhos locais e municipal de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se então, fundamentado no relato exposto, que é de suma importância a inclusão do estudante de medicina nos espaços de controle social no âmbito municipal, que neste artigo constituiu-se na participação nas conferências: Direito da Pessoa Idosa e da Saúde. E que a vivência na gestão municipal, num momento próximo à conclusão do curso, propicia ao estudante um olhar mais amplo sobre a realidade do SUS. A experiência relatada neste artigo demonstra ainda seu papel pedagógico na discussão de políticas públicas a respeito do SUS nos três níveis de gestão, contribuindo na formação de um profissional ético e politicamente envolvido em interesses coletivos, corroborando com seu protagonismo na consolidação da política pública de saúde em nosso município, estado e país. Sendo assim, esperamos que o trabalho realizado possa subsidiar a reorganização de práticas de ensino nos internatos dos cursos de medicina em outras instituições formadoras, ratificando o potencial da gestão municipal, em especial dos espaços de participação e controle social no SUS.

## Eixo Educação - resumo simples

### Trabalhos de Pesquisa

#### (COM)PARTILHA SUS AÇÕES EDUCATIVAS DE SAÚDE NAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA

*Lucas Santos Flores, Daniel Canavese*

Palavras-chave: educação, sus, educação ensino fundamental,

**INTRODUÇÃO:** A intenção é abordar a diversidade de assuntos relativos à saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta visa produzir um jogo educativo que possa ser utilizado pela comunidade escolar, organizando momentos lúdicos de aprendizagem com os/as educandos/as jovens e adolescentes. **DESENVOLVIMENTO:** O projeto foi dividido em atividades e momentos, para organizar os processos de desenvolvimento. Foi analisado em salas de aula do Colégio Marechal Rondon, do município de Canoas, os aspectos de aprendizagem e do interesse dos alunos sobre as matérias de ensino. Para definir a faixa etária que será instituída no projeto. Após foi formulada o tema: SUS. Criado a didática para ser utilizada nos colégios públicos, tendo o aproveitamento e o acolhimento dos alunos, será construído o jogo educativo. Primeiramente no Colégio Marechal Rondon, em Canoas e após em algum colégio a ser definido, localizado em Porto Alegre, será implantada a didática em quatro encontros, sendo que dois em uma turma da quarta série e mais dois em outra, com alunos de nove a dez anos de idade sendo desenvolvida de forma lúdica. Serão utilizados fantoches para o auxílio na compreensão do tema, proporcionando uma dinâmica em grupo com os alunos.

**RESULTADO:** Até o momento, através da análise no colégio Marechal Rondon, obtivemos alguns interesses dos alunos em aprender e a forma pedagógica de alguns professores mesmo com a subjetividade de cada aluno. Foi optado para utilizarmos de faixas etárias de 8 a 14 anos, referentes à 3<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> séries. Pois apresentavam um envolvimento com as matérias e interesse em aprender e a questionar dúvidas, observando, também algumas regalias, como, conversas paralelas e utilização de celulares em sala de aula. Após a conclusão da análise dos alunos, definimos o assunto principal, SUS, elaboramos a primeira parte da didática e colocamos em prática. Foi realizada o primeiro encontro com cerca de trinta alunos, sendo apresentado a didática em formato de powerpoint, cerca de vinte minutos, incluindo vídeo educativo e conversação entre os mesmos, concluímos, que utilizando imagens das instituições de saúde da cidade local, usando a linguagem voltada para a idade respectiva para o projeto, dialogando com os mesmos, obteve se eficácia. Nos dez minutos restantes pedimos que fizessem um desenho de como seria o personagem/herói do SUS, conseqüentemente, tivemos muitos desenhos com diversos aspectos e imaginação, Porém temos alguns aspectos a serem desenvolvidos, mas até o momento o assunto abordado e a forma como foi apresentado, mostrou se eficiente. Após será desenvolvida a segunda parte, que elaboraremos o assunto sobre os tipos de atendimentos para cada unidade de saúde do SUS. O projeto está em andamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A proposta é trazer ao ensino fundamental o ensino sobre o Sistema Único de Saúde. O jogo e a didática trarão resultados que possam impactar na compreensão de como é o sistema de saúde com os alunos entendendo e questionando como funciona. Visando que os mesmos possam tornar se os próximos defensores do SUS.