



democracia,
participação e
controle social
na saúde

Luanda Lima
(Org.)

**Democracia, Participação e
Controle Social na Saúde**

Luanda de Oliveira Lima
Organizadora

Grupo Temático de Educação Popular e Saúde
da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO

Democracia, Participação e Controle Social na Saúde

*Editora do CCTA
João Pessoa/PB
2020*



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÁIBA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES

REITORA

MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA DINIZ

VICE-REITORA

BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA



DIRETOR DO CCTA
José David Campos Fernandes

VICE-DIRETOR

Ulisses Carvalho da Silva



CONSELHO EDITORIAL
Carlos José Cartaxo
Gabriel Bechara Filho
José Francisco de Melo Neto
José David Campos Fernandes
Marcílio Fagner Onofre

EDITOR

José David Campos Fernandes

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL

Paulo Vieira

LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO COORDENADOR

Pedro Nunes Filho

Copyright © 2020 – Luanda de Oliveira Lima.

Todos os direitos reservados à Editora do CCTA.

Depósito legal efetuado.

Autorizada a reprodução total ou parcial desde que citada a fonte.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade dos autores.

Realização: Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO

Organização: Luanda de Oliveira Lima

Programação visual e projeto gráfico: Luanda de Oliveira Lima

Diagramação e revisão ortográfica: Luanda de Oliveira Lima

Capa: Helena Lima.

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Setorial do CCTA da Universidade Federal da Paraíba

D383 Democracia, participação e controle social na saúde [recurso eletrônico] / Organizadora: Luanda de Oliveira Lima; prefácio: José Ivo dos Santos Pedrosa. - João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

Recurso digital (1,63MB)

Formato: ePDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN: 978-65-5621-088-9

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Educação e Saúde. 4. Saúde – Aspectos político-sociais. I. Lima, Luanda de Oliveira.

UFPB/BS-CCTA

CDU:614(81)

Elaborada por: Susiquine Ricardo Silva CRB 15/653

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA –
ABRASCO**

Presidência

Gulnar Azevedo e Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Vice-presidentes

Antônio Boing
Universidade Federal de Santa Catarina

Bernadete Perez Coelho
Universidade Federal de Pernambuco

Guilherme Werneck
*Universidade Federal do Rio de Janeiro e
Universidade do Estado do Rio de Janeiro*

José Ivo Pedrosa
Universidade Federal do Piauí

Marcio Florentino Pereira
Universidade Federal do Sul da Bahia

Mario César Scheffer
Universidade de São Paulo

Naomar de Almeida Filho
*Universidade Federal do Sul da Bahia e Universidade
Federal da Bahia*

Reinaldo Guimarães
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rosana Onocko Campos
Universidade Estadual de Campinas

Tatiana Engel Gerhardt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Conselho Deliberativo

Ana Paula Muraro
Universidade Federal de Mato Grosso

Ana Claudia Fassa
Universidade Federal de Pelotas

Cristiani Vieira Machado
Fundação Oswaldo Cruz

Deivisson Vianna
Universidade Federal do Paraná

Edna Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana

Eli Iola Gurgel Andrade
Universidade Federal de Minas Gerais

Luis Eduardo Batista
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Luis Eugenio Portela de Souza
Universidade Federal da Bahia

Luiza Garnelo
Fundação Oswaldo Cruz

Marília Louvison
Universidade de São Paulo

Regina Flauzino
Universidade Federal Fluminense

**GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DA
ABRASCO**

Membros

Carla Pontes de Albuquerque
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

César Augusto Paro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Eymard Mourão Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba

Grasiele Nespoli
Fundação Oswaldo Cruz

Helena Maria Scherlowski Leal David
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

José Carlos da Silva
Universidade Federal de Pernambuco

José Ivo dos Santos Pedrosa
Universidade Federal do Piauí

Marcos Aurélio Matos Lemões
Universidade Federal de Pelotas

Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará

Maria Waldenez de Oliveira
Universidade Federal de São Carlos

Muna Muhammad Odeh
Universidade de Brasília

Oswaldo Peralta Bonetti
Fundação Oswaldo Cruz

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Universidade Federal de Pernambuco

Pedro Cruz
Universidade Federal da Paraíba

Reinaldo Matias Fleuri
Universidade Federal de Santa Catarina

Sônia Acioli
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira
Universidade Tiradentes

Vanderléia Laodete Pulga
Universidade Federal da Fronteira Sul



“A gente não fez outra coisa nos últimos tempos senão despencar. Cair, cair, cair. Então por que estamos grillados agora com a queda? Vamos aproveitar a nossa capacidade crítica e criativa para construir paraquedas coloridos.”

Ailton Krenak

Esta obra é um pouco de cada uma das pessoas que colaboraram, direta e indiretamente para sua construção, em especial das autoras e autores que, gentilmente, compartilham suas pesquisas, experiências e vivências conosco.

Agradeço sobretudo aos (às) pareceristas, que avaliaram, sugeriram e contribuíram para a qualificação dessa publicação, em especial à Pedro Cruz, que acompanhou todas as suas etapas de produção, desde sua concepção à editoração. Agradeço igualmente à minha filha, Rosa, e meu companheiro, André, que dividiram as horas, dúvidas e angústias no processo de organização desse livro.

Num momento de necessária reafirmação da importância da participação popular e do controle social para o fortalecimento da democracia, destaco ainda a importância da Abrasco na garantia de manutenção do Estado Democrático e do Sistema Único de Saúde, gratuito, equânime e universal.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11	PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: A ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM UMA CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE EM RECIFE-PE	97
<i>Luanda de Oliveira Lima</i>		<i>Rafaella Miranda Machado, Alessandra Maria Monteiro e Silva, Enildo José dos Santos Filho e João Pedro Sobral Neto</i>	
PREFÁCIO	15	UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OFICINAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE	109
<i>José Ivo dos Santos Pedrosa</i>		<i>Jacqueline do Carmo Reis, Berenice de Freitas Diniz e Raimundo Loyola Júnior</i>	
AS LUTAS POR SAÚDE NO BRASIL	19	ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE: JUNTOS NA IMPLANTAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE NO DISTRITO DE PONTA DA SERRA, CRATO-CE	119
<i>Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes</i>		<i>Sandra Nyedja de Lacerda Matos, Antonia Silvânete Saraiva Silva e Aline Samara Dantas Soares Pinho</i>	
AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE ENQUANTO CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	37	TECNOLOGIAS SOCIAIS NAS PRÁTICAS EM SAÚDE: A DIMENSÃO PARTICIPATIVA EM PERSPECTIVA	135
<i>Julia de Campos Cardoso Rocha, Adalto Alfredo Pontes Filho, Gabriela Souza Murizine, Patrícia Ferreira de Andrade, Lucilene Barros dos Santos, Gleidiane Hedvigues dos Santos, Beatriz Pereira, Maria Altenfelder Santos, Jan Stanislas Joaquim Billand, Mariana Arantes Nasser</i>		<i>César Augusto Paro, Neide Emy Kurokawa e Silva e Miriam Ventura</i>	
AS RODAS DE COGESTÃO DA LUTA CONTRA O DESMONTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CAMPINAS	57	OUIDORIA DO SUS: ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DE CIDADANIA	157
<i>Isabelle Ruelland</i>		<i>Bruna Campos De Cesaro, Patrícia Legestão Lopes, Edyane Cardoso Lopes, Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes e Cristianne Maria Famer Rocha</i>	
O PROCESSO PARTICIPATIVO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	71	OUIDORIA: A VOZ DO CIDADÃO NO SUS	167
<i>Ana Paula Azevedo Hemmi, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Mônica de Rezende</i>		<i>Verônica Alves Martins e Aluisio Gomes da Silva Júnior</i>	
O CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE AIDS PAULISTA: ATIVISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PRIMEIRA DÉCADA DE ATUAÇÃO DO FÓRUM DE ONGS/ AIDS DO ESTADO DE SÃO PAULO	83	A INCLUSÃO DOS SURDOS: OFICINA DE LIBRAS PROMOVIDA PELA OUIDORIA	179
<i>Renato Barboza e Alessandro Soares da Silva</i>		<i>Verônica Alves Martins</i>	
		GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA	185
		ORGANIZAÇÃO	187
		AUTORAS E AUTORES	189
		PARECERISTAS	197



O Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da Abrasco (GT EPS/ABRASCO) tem como um de seus objetivos a divulgação das produções e reflexões teórico-metodológicas do campo da Educação Popular em Saúde e nos últimos anos tem se empenhado em promover diferentes espaços e oportunidades para promoção e propagação de experiências diversas de educação popular realizadas em todo o território nacional.

Nesse sentido, o GT EPS/ABRASCO realizou diálogos e sessões temáticas sobre “Democracia, Participação e Controle Social na Saúde” no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação, realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, de 24 a 29 de julho de 2018. Tal iniciativa tinha como objetivo estimular a reflexão, aprofundar e problematizar a discussão acerca da democracia e do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas interfaces com a luta pelo direito à saúde, a participação popular, os movimentos sociais, o controle social em saúde, o acesso aos serviços de saúde, a formulação democrática de políticas públicas, a gestão participativa, a formação de profissionais e lideranças comunitárias, a prevenção e a promoção da saúde e os desdobramentos das Políticas Nacionais de Participação Social no SUS (PARTICIPASUS), de Promoção da Equidade em Saúde, bem como da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS).

Desse importante espaço de partilha foi construída a presente publicação que tem como objetivo apresentar as reflexões realizadas pelo GT EPS/ABRASCO no

Congresso de Saúde Coletiva e seus desdobramentos tendo como foco a discussão das ações nos territórios no âmbito da saúde. O livro é composto por artigos temáticos originais de autoras e autores que apresentaram uma primeira versão destas discussões em Comunicações Orais durante o evento e aprofundam as discussões realizadas no Congresso.

A chamada de organização da publicação recebeu manuscritos entre 14 de dezembro de 2018 a 15 de abril de 2019, dos quais apresentamos 12 trabalhos que abordam os impactos negativos na saúde, educação e assistência social, em consequência da redução dos investimentos e desmantelamento das políticas públicas nos últimos anos, especialmente naquelas voltadas para o atendimento primário em saúde; o risco eminente de criminalização dos movimentos e práticas sociais, e o consequente esvaziamento dos espaços de participação comunitária e em políticas de saúde, assim como no controle social; o aumento da desassistência à população e a redução do Estado como promotor da cidadania.

Iniciamos nossa viagem no livro *Democracia, Participação e Controle Social* com foco nas ações dos territórios no âmbito da saúde com o artigo “As lutas por saúde no Brasil”, que analisa a importância da mobilização popular para a manutenção e a concretização do SUS que queremos e para a construção e implementação de políticas públicas de saúde consistentes, que dialoguem com as necessidades das populações e territórios, reduzindo as iniquidades. Passamos então para os textos “*Ações de educação em saúde para o fortalecimento da cidadania na adolescência e juventude enquanto construção participativa de uma política pública de saúde*”, “*As rodas de cogestão da luta contra o desmonte da rede de atenção à saúde mental de Campinas*”, “*O processo participativo na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*” e “*O controle social da política de Aids paulista: ativismo e participação social na primeira década de atuação do Fórum de ONGs/Aids do Estado de São Paulo*” que abordam a importância do controle social e da participação popular na discussão, formulação e implementação de políticas públicas para que essas atendam às demandas e anseios da população.

Em “*Participação da comunidade e integração ensino-serviço: a atuação de residentes em uma conferência distrital de saúde em Recife-PE*”, “*Um relato de*

experiência sobre oficinas de formação de conselheiros de saúde” e “Ensino, serviço e comunidade: juntos na implantação do conselho local de saúde no Distrito de Ponta da Serra, Crato-CE” as autoras e autores abordam a importância das esferas de controle social e da formação dos conselheiros para a defesa do SUS e a garantia dos direitos conquistados. Os textos abordam ainda a importância da relação entre os espaços de participação popular e os espaços de formação, como as Universidades e os Programas de Residência em saúde, tanto para o fortalecimento dessas esferas de controle social como para a formação dos profissionais de saúde, pois permite-lhes compreender a dinâmica de funcionamento desse universo e de seu papel fundamental para a defesa do SUS.

No texto *“Tecnologias sociais nas práticas em saúde: a dimensão participativa em perspectiva”* é problematizada a dimensão participativa da Tecnologia Social (TS) e sua relação com o campo da saúde, apresentando as possibilidades e os limites das articulações entre TS e saúde para potencializar a dimensão participativa no desenvolvimento de experiências práticas de saúde.

Por fim, os textos *“Ouvidoria do SUS: Estratégia de Participação Social e de Cidadania”* e *“Ouvidoria: a voz do cidadão no SUS”* abordam a importância da Ouvidoria como espaço de participação popular, gestão e implementação de políticas públicas para a saúde, tratando ainda da subutilização dessa esfera pelos gestores do SUS. E em *“A Inclusão dos Surdos: Oficina de LIBRAS Promovida pela Ouvidoria”* a autora aborda a questão fundamental do acesso dos mais diversos públicos para a efetivação da democracia e da equidade no SUS.

As experiências relatadas apontam para o papel essencial da participação popular e do controle social para a consolidação e o revigoramento da democracia e da necessidade da incidência dos mais diversos atores e atrizes na constituição de políticas públicas e ações de saúde desde o microcosmos dos territórios às esferas de tomada de decisão.

Luanda de Oliveira Lima



José Ivo dos Santos Pedrosa

Prefaciando o livro *Democracia, Participação e Controle Social* com foco nas ações dos territórios no contexto da Atenção Primária à Saúde, uma publicação tão envolvente e provocativa, me parecia uma tarefa fácil pois, primeiro, trata de temas que fazem parte do cotidiano de militância, discussões e reflexões de quase duas gerações de cidadãos e cidadãs que se constituíram sob os movimentos de participação social e política. Uma geração que tinha na participação social, democracia e no Estado de direito e justiça social bandeiras de luta política e *leitmotiv* para lutar contra a ditadura vigente à época e continuar acreditando na possibilidade da existência humana digna e solidária; e uma geração que tem a participação, controle social e a democracia como desafios permanentes no contexto atual, nos quais emergem novos sujeitos, espaços e formas de participação.

E, segundo, por ter grande implicação com os temas discutidos em minha trajetória política e profissional, participando em movimentos sociais e desenvolvendo cursos e projetos de capacitação de conselheiro(a)s de saúde. A identificação com a educação popular e saúde me levou ao engajamento em vários processos de mobilização e a vivência com outras formas de organização.

Mas à medida que fui adentrando pelos escritos e refletindo como tal temática se faz presente, a familiaridade foi se transformando em perplexidade na medida que fui percebendo que a relação entre democracia, participação e controle social não é uma

simples relação de causa e efeito, em que a democracia propicia a participação e esta fortalece a democracia. São relações entrelaçadas, talvez em forma de espiral que quanto mais participação mais a democracia se torna presente. É bem mais complexo! Principalmente se pensarmos como esta relação ocorre nos territórios, nos grupos, movimentos e nas relações que temos com os outros, com as organizações e instituições em nosso cotidiano.

Da participação política em entidades organizativas como sindicatos, associações profissionais, associações de moradores e outros coletivos, à participação social institucionalizada e em espaços definidos, tal como ocorre no sistema de saúde brasileiro, transcorre um tempo histórico que deixa aflorar questões problematizadoras como: para onde nos leva a participação, qual sua direção? Quais as formas e espaços de participação social? Será que superamos uma participação reivindicativa em torno de necessidades básicas fundamentais e atingimos uma participação movida pelo desejo de ser pleno?

O livro trata destas questões. Questões amplas, densas e profundas que aqui são tratadas e apresentadas de um modo leve e tão próximo que temos a impressão de estarmos juntos, porque traz reflexões sobre a realidade dos autores e autoras que também é a realidade de muitos. A leveza da escrita, a implicação dos autores e a mensagem de esperança não diminuem a profundidade e o compromisso das reflexões sempre no sentido de superar opressões e concretizar direitos sociais fundamentais.

Por um lado, a participação social no SUS, consubstanciada nos Conselhos e Conferências de Saúde, representa um importante avanço nos processos democráticos de formulação, gestão e avaliação da política de saúde; por outro lado, temos sempre a nos indagar sobre as condições sob as quais a população ocupa estes espaços. E, mais que isso: como ocorre a articulação e comunicação com outros espaços e formas de participação que existem fora das instâncias institucionalizadas?

Como assinalado na apresentação, esta obra pode ser vista como uma trilha que inicia nos alimentando e dando força para continuar em busca de inéditos viáveis, tendo como dispositivos encorajadores a mobilização para uma participação ativa, crítica e criativa que ultrapassa os limites institucionais respaldada na histórica luta por saúde

pela população brasileira; e, a vontade coletiva de fazer valer um direito tão duramente conquistado que necessita ter expressão na vida dos sujeitos.

Mas o início da jornada também pode advir da reflexão das experiências vivenciadas que nos falam de processos de mobilização, formação, participação, ativismo e protagonismo. E todo esse movimento nos incita a repensar questões que nos levam para uma situação em que a democracia seja radicalmente vivida nas relações políticas entre o Estado e cidadãos e cidadãs. Existem diferenças entre o significado de representatividade dado pelo território e a representatividade formal regulada por normas? Como os representantes das comunidades que vivem nos territórios compartilham problemas, soluções e ganham legitimidade diante dos representados? É uma legitimidade dada pela práxis comprometida com a superação ou pelas relações clientelísticas que ainda persistem na cultura organizacional?

O percurso então é feito caminhando com as experiências e reflexões que revelam processos inovadores e instigantes de como a participação e o controle social se entrelaçam com a democracia construindo novos horizontes, nos quais os movimentos populares comparecem às rodas de participação não mais como sujeitos de necessidades, vitimados e demandantes de ações governamentais, mas se autorizam sujeitos propositivos, portadores de saberes e capazes de tomar decisões.

Uma outra pergunta que sempre se faz de forma sub-reptícia, mas que continua ecoando em nossas mentes é: quem deve participar? Em nossa história republicana a participação da sociedade na organização da vida tem se mostrado mais seletiva, elitista e excludente que democrática, equânime e inclusiva. Em nossa história, qual a referência democrática que temos considerando que a formação do estado brasileiro se fez às custas da colonização predatória, a escravidão e políticas públicas que servem a interesses privados?

Diante disso a leitura da coletânea recupera a amplitude dos temas aqui tratados evitando reduzir democracia ao voto eleitoral, participação social à espaços institucionalizados, controle social à fiscalização das contas públicas e sujeitos participantes aos que possuem certos atributos.

Nesse sentido nos apresenta processos de participação que ocorrem em diversos cenários, protagonizados por sujeitos que, pela opressão real e simbólica, não se sentiam potentes para agir. Processos que colocam em visibilidade as instituições formadoras e seu compromisso social promovendo encontros e diálogos que se concretizam em rodas de conversa onde a dinâmica dos territórios aponta os problemas percebidos e destacados que refletidos e discutidos, devem ser superados.

Processos que nos ensinam que o controle social pode ser exercido de outra forma, livre da captura de seu exercício ao domínio da fiscalização da gestão, mas compreendido como o movimento em que a sociedade diz ao Estado como quer ser tratada, como no caso em que estudantes mostram como utilizar as estruturas para organizar sua formação.

Os espaços de participação social instituídos nas estruturas governamentais representam conquistas democráticas que para se tornarem espaços de interlocução devem ser sempre instituintes, no sentido de estarem permanentemente abertos a questões e problemas, que muitas vezes, ainda nem foram vivenciados como tais. Experiências inovadoras e metodologias diversificadas são fundamentais para que as pulsões do mundo da vida possam orientar as relações entre o Estado e a sociedade.

Para tanto pensar com tem sido a trajetória da relação dos movimentos sociais com as entidades governamentais é essencial para o fortalecimento da autonomia diante do espectro ameaçador da cooptação, da subordinação e da falsa validação da vontade de poucos como sendo de todo(a)s. Dimensionar o quanto somos protagonistas ou mero ativistas ou como o ativismo fortalece o protagonismo são indagações que surgem nesse caminhar.

Por fim, diante da complexidade, riqueza e desafios dos temas aqui problematizados, convido todos e todas a se entregarem à leitura na perspectiva que nossas reflexões e movimentos certamente contribuirão para um outro mundo possível no qual a participação de todos e todas possa definir como se organizam os modos de viver.

Barra Grande, Cajueiro da Praia - PI, agosto de 2020



*Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes*

INTRODUÇÃO

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende!”

O brado acima é conhecido por quem vem participando dos atos em defesa da política pública de saúde brasileira, pois tem sido incansavelmente cantado por militantes dos diversos Fóruns de Saúde existentes em vinte e dois (22) Estados brasileiros e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

O artigo visa oferecer subsídios para o fortalecimento dos movimentos sociais e da participação popular na saúde através de novos mecanismos de controle democrático não institucionalizados, que estão sendo criados a partir de meados dos anos 2000. É fruto da análise das autoras das lutas dos movimentos sociais através de pesquisas documentais, observação participante e pesquisa empírica. Objetiva-se destacar o papel da sociedade civil¹ na defesa da Saúde, enfatizando a Frente Nacional

* Este texto é uma versão revista e ampliada do artigo de BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S e MENEZES, J. S. B. As lutas pela Saúde nos anos 2000: participação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: SILVA, A. X; NOBREGA, M. B e MATIAS, T. S. C (Orgs.). Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde. Campina Grande-PB: EDUEPB, 2017.

¹ A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os

contra a Privatização da Saúde como nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

Vai-se abordar, primeiramente, alguns marcos conceituais com relação aos movimentos sociais em saúde, retomando o debate dos anos setenta e oitenta. Nos anos 1990, com a Política de Ajuste, diversas entidades substituíram suas lutas coletivas por lutas corporativas. Neste período, tiveram destaque os conselhos de saúde. Nos anos 2000, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais. A mercantilização das políticas sociais faz com que surjam novos mecanismos de luta, entre eles a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

O DEBATE SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE²

A temática dos movimentos sociais em saúde não é nova na área de Saúde Coletiva, nem na das Ciências Sociais. Entende-se por movimentos sociais diversas lutas sociais engendradas no terreno histórico das lutas sociais (BRAZ, 2012). Busca-se compreender como essas lutas se apresentam em diversas conjunturas sob diferentes formas, e como instituições tradicionais vão reagindo e engendrando formas distintas de organizações das classes sociais para lidar com desafios políticos e ideológicos.

A literatura da área reconhece que, em diferentes períodos históricos, determinados tipos de movimento adquirem maior visibilidade, seja em termos de sua importância ou de sua emergência no cenário das lutas pela saúde e pelas políticas públicas.

No Brasil, nos anos 1970 e 1980, a literatura sociológica deu ênfase à emergência dos chamados movimentos sociais urbanos, tal como Ribeiro apontou em 1989. Isso contrastava com trabalhos ainda escassos na saúde. A autora atribuiu destaque ao papel

partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos (SEMERARO, 1999).

² Este item está baseado no artigo de BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S e MENEZES, J. S. B. As lutas pela Saúde nos anos 2000: participação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: SILVA, A.X; NOBREGA, M. B. e MATIAS, T. S. C (Orgs.). Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde. Campina Grande-PB: EDUEPB, 2017.

que a esfera da reprodução social ganhou no conjunto das contradições e conflitos da sociedade capitalista em adição a uma abordagem mais tradicional centrada apenas nos conflitos no campo da produção, ou seja, na relação entre o capital e o trabalho. Havia muita heterogeneidade nesses movimentos: desde movimentos de bairros, mulheres, comunidade de base da Igreja Católica, movimentos negros até movimentos ecológicos, ao lado de movimentos rurais inovadores, como os sem-terra ou os movimentos de atingidos por barragens. Ribeiro (1989) ressaltou ainda um grande papel da urbanização acelerada por que passa o Brasil e vários países da América Latina, levando ao aumento crescente das exigências do consumo coletivo, decorrentes do próprio desenvolvimento capitalista, e à incapacidade do sistema para resolvê-las satisfatoriamente. Assim, os temas da igualdade, da cidadania e da participação passam a constituir uma agenda de intervenção desses movimentos em face de um Estado de cunho autoritário.

Os anos 1990 primam pela discussão do controle social sobre o Estado, onde os movimentos sociais entram como sujeitos políticos na interface do Estado com a sociedade. Neste ano, vai-se formalizar o chamado controle social do Sistema Único de Saúde, que é regulamentado pela Lei federal 8142/1990. Com a abertura desses espaços de participação social institucionalizada, se intensifica a formação de movimentos de portadores de patologias, tais como hanseníase, renais crônicos, DST/AIDS, dentre outros.

Os Conselhos de Saúde se tornam um eixo privilegiado de reflexão acadêmica nesse período, o que não ocorre com as lutas autônomas pela saúde. Três linhas de análise desses Conselhos podem ser identificadas (BRAVO & SOUZA, 2002): A primeira concebe os conselhos como espaço de consenso, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção, pautada em interpretações de Habermas e nos neohabermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político.

Coutinho (1992, p. 268), ao analisar as contribuições de Habermas, considera que para o autor há dois tipos de interação social: as *interações sistêmicas*, chamadas pelo autor de Estado-burocracia e mercado ou “poder” e “dinheiro”, que se impõe coercitivamente aos indivíduos e nas quais vigora uma racionalidade instrumental e a *interação comunicativa*, própria do “mundo da vida”, em que a racionalidade é fundada no livre consenso intersubjetivo. A proposta política do autor pode ser resumida na luta

para que o mundo da vida não seja “colonizado” pelas interações sistêmicas. Trata-se de uma proposta resignada e, em última instância, conformista. Habermas considera que o “poder” e o “dinheiro” são realidades próprias da modernidade, que podem ser limitadas, mas não superadas.

A proposta gramsciana é, certamente, mais radical e realista do que a de Habermas. Para Gramsci, a “sociedade regulada” é concebida como construção progressiva e depende de um complexo processo de lutas sociais, capaz de conduzir à progressiva eliminação da sociedade em classes antagônicas (COUTINHO, 1992, p. 270). Com relação aos conselhos, esta interpretação mais crítica, concebe os conselhos não como espaço de consenso ou de controle, da sociedade sobre os indivíduos, mas como espaços de conflito, de disputa, onde possa ocorrer a “*construção de resistências às tendências do uso do fundo público para o financiamento da reprodução do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho*” (BRAVO & CORREIA, 2012, p. 126). Nesta perspectiva, a participação popular não está limitada aos espaços institucionais.

A dialética de Gramsci, segundo Nogueira (2000, p. 118), é a dialética do sujeito, isto é, uma dialética que fundamenta a passagem das formas parciais e econômico-corporativas dos interesses de classes para a consciência política, com a qual a classe se põe como capaz de projetar interesses universais e já não se deixa influenciar pelas ideias dominantes. Gramsci não é um idealista, pois preocupa-se sempre em ressaltar os elementos de identidade/distinção que fazem com que a estrutura e a superestrutura (sociedade civil e a sociedade política) possam ser vistas como partes de um mesmo “bloco histórico”. Os conselhos podem ser considerados como um dos novos institutos democráticos, resultado da auto-organização que compõe a sociedade civil, além dos partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairro. São espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir das classes, constituindo os sujeitos políticos coletivos (COUTINHO, 2000, p. 25 e 170). Atualmente, esta concepção, não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde.

Existe também a visualização dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Essa concepção também não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. É

influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser. Segundo Coutinho (1972), o estruturalismo de forma sintética, fundamenta-se em dois pontos chave. Primeiro, afirma que a estrutura social não tem em seu núcleo nenhum sujeito criativo. A formação social é antes um sistema de processos objetivos, sem sujeitos. Segundo, propõe que o conceito de modo de produção em Marx envolve três estruturas ou níveis distintamente articulados: o econômico, o político e o ideológico. Como problemas desta formulação destaca-se a negação da história como dimensão objetiva do real; a negação da dialética, o racionalismo formalista, ou seja, o empobrecimento das categorias racionais reduzidas às simples regras formais intelectuais que operam na práxis manipulatória (COUTINHO, 1972)³.

As formulações de Althusser influenciaram diversos autores e movimentos sociais para analisarem o Estado e as instituições apenas como aparelhos repressivos. Os conselhos, para os adeptos desta visão, também são concebidos desta forma, apenas como mecanismos que servem para a dominação burguesa, sem possibilidade de contradição, expressando uma visão maniqueísta da relação Estado – sociedade.

Bravo & Correia (2012) destacam a unidade de contrários existentes nos Conselhos institucionalizados de políticas públicas, onde coexistem elementos de coerção, consenso e de possibilidades de imposição de vontades majoritárias. Coutinho (1992) considera que é somente por meio da articulação entre mecanismos de representação indireta com os organismos populares de democracia de base que os elementos de uma nova concepção de democracia e cidadania podem surgir e tomar corpo. Explicita que é a partir desta articulação que as classes subalternas podem participar ativamente do poder político, influenciando nas decisões.

A partir dos anos 2000, ressaltam-se algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, onde é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. Aponta-se que “*há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo*” (DURIGUETTO, 2009, p. 62).

Nesta direção, destaca-se, no campo sindical, os setores que romperam com a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e que fundaram a CSP- Conlutas (Central Sindical

³ Não é objetivo deste texto o aprofundamento dessa concepção, para maior detalhamento ver Coutinho (1972).

e Popular) e a Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora)⁴.

No campo dos movimentos sociais, Duriguetto (2009) enfatiza a presença de movimentos que vêm ativando a luta de classes nos marcos das contemporâneas condições de dominação e exploração, tais como os movimentos que compõem a Via Campesina - o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST).

Com relação às organizações partidárias, ainda com limitações de impulsionar lutas de classe, tem-se o Partido do Socialismo e da Liberdade (PSOL), o Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU), o Partido Comunista Brasileiro (PCB)⁵ e a Consulta Popular⁶. Tais exemplos não estabelecem nenhuma limitação a muitos outros sujeitos sociais e políticos que sem a visibilidade nacional que os citados, tem mantido e aprofundado lutas contra o capital, numa perspectiva classista e independente.

É importante destacar que desde os primeiros meses do primeiro governo Dilma ficou visível a insatisfação de grupos sociais ligados aos setores subalternos, apesar de alguns avanços sociais alcançados pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) nas políticas assistenciais. Ressalta-se que diversas manifestações ocorrem neste momento, a saber: a dos estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação da passagem dos ônibus em várias cidades do Brasil; Fóruns Populares em todo país debatem a situação da saúde e da educação pública, organizando mobilizações contra o processo de privatização; trabalhadores da construção civil reagem às condições de super exploração impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais – como a Odebrecht, Camargo Correa, Queiroz Galvão, Mendes Junior e outras – nas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital (COSTA, 2011).

⁴ Um panorama da discussão sobre as Centrais Sindicais e a luta por saúde na atualidade pode ser encontrado em Bravo et al. (2011).

⁵ Uma análise dos partidos na realidade brasileira de hoje ver Mattos (2009).

⁶ A Consulta Popular a partir de 2007 foi caracterizada como movimento social, tornando-se partido político sem, contudo, institucionalizar-se. A tática política, portanto, não é a via eleitoral. A Consulta centra sua atuação política na articulação de lutas unitárias com os movimentos sociais e sindicais das classes subalternas (DURIGUETTO, 2009).

Dando continuidade às manifestações, em 2012, ocorre a greve nacional dos professores universitários, com adesão de mais de cinquenta universidades e instituições de ensino. E em 2013, mais especificamente o seu mês de junho, foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida⁷. Estas mobilizações tornam visíveis outras formas de protesto e movimentos sociais que lutam pela saúde e seus determinantes sociais. Que características eles apresentam para que possamos, ou não, avaliar que um novo período se abre na relação entre Estado e sociedade no Brasil?

O ano de 2013 representou uma grande reviravolta no país, com imensas mobilizações de ruas, como se viu em anos anteriores na Grécia, Turquia e Egito, para citar alguns exemplos. Surgem novos movimentos, como os de ocupações de espaços e edifícios públicos e em defesa de causas, todos não institucionalizados (GOHN, 2011). Têm, ainda, sido atribuídas às novas tecnologias de informação um papel na articulação e mobilização das manifestações no Brasil e outros contextos, embora seja polêmico seu papel de organização do movimento contestatório (SERRA JR E ROCHA, 2013).

Algumas análises são encontradas, apesar da contemporaneidade do fenômeno. Romão (2013), em São Paulo, aponta quatro fatores para a mobilização ocorrida: i) a existência de um movimento organizado que impulsionou as primeiras manifestações com uma demanda objetiva – o Movimento Passe Livre (MPL), ou seja, fora das organizações classistas tradicionais, como os sindicatos e movimentos urbanos da conjuntura de 1970-1980, como as associações de moradores; ii) a repressão policial; iii) a concomitância de um evento esportivo de âmbito mundial, a Copa do Mundo de 2014; e iv) o contexto de descontentamento generalizado com o sistema político.

Como fica a pauta da saúde nessa nova conjuntura? Nas grandes manifestações de 2013, a precariedade do sistema de saúde frequentemente se apresentava em grande estilo. Em junho, houve, no Rio de Janeiro, a famosa passeata do milhão, mobilizada em resposta a repressão policial que vinha ocorrendo, em manifestações anteriores, contra o aumento do preço das passagens dos ônibus. Nessa passeata, chamou a atenção uma enorme quantidade de cartazes em que a população escrevia

suas reivindicações. O tema da saúde, sob variadas formas, inclusive a “Padrão FIFA”, foi frequente nesses cartazes. Tal disposição fluida e dispersa da população ainda não se desdobrou em mobilizações específicas pela saúde.

Uma das consequências dessas mobilizações é que o enfrentamento da repressão se torna uma característica marcante que os aproxima das mobilizações de 1968. Tal enfrentamento tem tido um efeito demonstração, observando-se sua multiplicação em inúmeros espaços suburbanos e periféricos

Como analisar o surgimento de movimentos sociais desatrelados do Estado e dos seus aparelhos oficiais? Algumas hipóteses podem ser levantadas.

No Brasil, identifica-se perda progressiva da capacidade da maioria dos partidos políticos de elaborar políticas sociais universais e específicas para frações da classe operária e rural, além da cooptação de muitas organizações antes contestadoras da ordem, com projetos de coalizão de classes que tiveram como consequência o apassivamento social de alguns movimentos sociais importantes

Na luta pela implantação do direito universal à saúde, os sindicatos de categorias mais fortes economicamente centraram sua atividade na conquista de benefícios privados como planos de saúde e de previdência privada. Sua defesa dos direitos constitucionais fica cada vez mais formal. Segundo Boito Jr (2003), uma das principais vertentes do sindicalismo de grandes indústrias, o do ABC paulista, desde a década de 1970 apresenta uma concepção economicista e corporativa da ação sindical que tem impedido seu protagonismo na defesa de políticas públicas universais.

É fundamental o estudo dos movimentos surgidos neste período para encontrar a chave para a solução do dilema que nos encontramos desde 1988: um sistema de saúde democrático que assegura formalmente a saúde como um direito social e, portanto, um direito humano fundamental, e que descumpra a lei na sua prática cotidiana.

Ressalta-se que algumas manifestações continuaram a partir de 2014, questionando os gastos públicos com a Copa do Mundo e com as Olimpíadas, em 2016 que abordaram a não garantia de direitos sociais, a violência policial e a repressão com relação às manifestações. Cabe destacar também as atividades, eventos e passeatas realizadas no mês de abril de 2014 contra os 50 anos do golpe civil militar de 1964.

Em 2016, ocorreram manifestações pelo *impeachment* da presidente Dilma, lideradas por movimentos que se identificaram naquele momento com a proposta de

⁷ Não é objetivo deste artigo aprofundar essa questão, mas apenas pontuá-la.

impeachment, o "Vem para a Rua", o Movimento Brasil Livre (MBL), entre outros, que tiveram o apoio da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e de grupos conservadores da sociedade e apoio da mídia.

Houve também, posteriormente, no mesmo ano, em 2016, manifestações contra a proposta de *impeachment* da Presidente Dilma que envolveu uma parcela dos movimentos de resistência. Na saúde surge o movimento Ocupa SUS que foi uma forma de resistência ao governo ilegítimo de Temer que representa uma ameaça ao direito à saúde pública universal e de qualidade garantidos constitucionalmente, aprofundando os processos de privatizações e precarizações que estavam em curso. Este movimento ocorreu em diversas capitais do Brasil. No Rio de Janeiro, tal movimento ocupou de forma pacífica o espaço do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (NERJ), buscando dialogar com os servidores federais, estaduais, funcionários terceirizados e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 2016, ocorreram diversas manifestações contra as contrarreformas propostas pelo governo ilegítimo do presidente Temer, principalmente a trabalhista e da Previdência Social. No dia 28 de abril de 2017, ocorreu a greve geral no país, cem anos depois da primeira greve geral ocorrida no Brasil, em junho de 1917. No dia 30 de junho do mesmo ano, foi chamada a segunda greve geral, mas que não teve tanta adesão quanto a de abril pois não houve empenho das Centrais Sindicais majoritárias. Em 2018, ocorreram diversos movimentos e manifestações contra a prisão de Lula (#lulalivre).

Não é objeto deste texto, entretanto, analisar estes movimentos e sim os que tiveram como objeto a saúde e se fortaleceram em meados dos anos dois mil, principalmente a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, considerada como uma novidade no movimento da saúde, que será abordada no item a seguir.

A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE⁸

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) foi criada em 2010, com a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário

⁸ Discussão deste item utiliza como referência o texto de BRAVO & MENEZES, J. S. B. Lutas pela Saúde e os Desafios da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na Atualidade. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs). *A Saúde nos governos dos Partidos dos Trabalhadores e as Lutas sociais contra a privatização*.

nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista.

A Frente Nacional atualmente é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários e tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Essa frente tem realizado diversas atividades, como audiências com os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF); realização de Atos Estaduais de comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril); diversos atos e debates contra a privatização da saúde; elaboração de documentos sobre a situação de saúde nas diversas conjunturas (governos do PT e do ilegítimo Temer); participação nas Conferências de Saúde Nacionais, Estaduais e Municipais através dos Fóruns / Frentes Estaduais com documentos analíticos e propositivos; articulação com o Fórum dos Trabalhadores da Saúde que estão no Conselho Nacional de Saúde (FENTAS) e diversas outras atividades que serão explicitadas no decorrer deste item.

Foram promovidos oito Seminários em diversos estados a saber: O 1º Seminário Nacional, em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, que congregou 400 participantes de todo o país e criou a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. O 2º ocorreu em São Paulo, em 2011; o 3º em Maceió/Alagoas, em 2012, e o 4º Seminário ocorreu em Florianópolis/Santa Catarina, em junho de 2013. O 5º Seminário aconteceu no segundo semestre de 2014, no Rio de Janeiro, e foi um Seminário Internacional que teve a participação de oitocentas pessoas. O 6º ocorreu em Goiânia/Goiás, em 2016, o 7º em Maceió/Alagoas, em 2017 e o 8º em Porto Alegre/Rio Grande do Sul, em 2018. Estes últimos tiveram a participação aproximadamente de trezentas (300) pessoas. O de 2019 será realizado em João Pessoa/Paraíba.

A Frente tem tido algumas conquistas como: a constituição de Fóruns /Frentes de Saúde em vinte um estados brasileiros e no Distrito Federal: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará,

Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

Diversas forças sociais e/ou sujeitos sociais e coletivos têm sido mobilizados tais como: sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas, Intersindical), movimento sindical (Unidade Classista), professores universitários de diversas universidades (UERJ, UFRJ, UNIRIO, UFF, USP, UFAL, UEL, UnB, UFBA, UFRN, entre outras), instituições de ensino e pesquisa (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, CESTEH/ENSP/FIOCRUZ), entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição), União da Juventude Comunista (UJC), Coletivo Nacional de Residentes, entidades nacionais (ABEPSS, CFESS, ANDES, FASUBRA, ASFOC, FENTAS, FENASPS), movimentos sociais (MST e MTST). Tem-se também a participação de alguns movimentos feministas: Rede Feminista da Saúde e Coletivo Ana Montenegro.

Com relação aos partidos políticos, tem-se a participação dos setoriais de saúde e direções do PSOL e PCB. Cabe ressaltar que o PSTU participou até 2017, afastando-se posteriormente, mas não por diferenças explicitadas... Observa-se também a inserção de alguns militantes do PT, Partido Comunista do Brasil (PC do B), Consulta Popular e Partido Democrático Trabalhista (PDT). Os militantes da Nova Organização Socialista (NOS) e do Movimento por uma Alternativa Independente e Socialista (MAIS)⁹ que, a partir de 2018 unificaram na Resistência, uma tendência do PSOL, também participam da FNCPS.

Identifica-se a motivação para criar núcleos, frações ou setoriais de saúde em alguns partidos políticos (PSOL, PSTU, PCB) e em algumas centrais como a CSP-Conlutas. a partir da participação na FNCPS. Cabe destacar a realização de seminários, debates e manifestações contra a implantação e implementação das Organizações Sociais e da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) em diversos estados e municípios brasileiros, bem como nas Universidades Públicas.

A Frente Nacional tem utilizado algumas estratégias de luta: no campo jurídico¹⁰,

⁹ Ocorreu a fusão das organizações NOS e MAIS em congresso realizado em abril de 2018, em São Paulo.
¹⁰ No campo jurídico cabe destacar: elaboração de ações civis públicas; Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais, estaduais e federais e contra as suas implementações, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE (Tribunal de Contas do Estado) e TCU (Tribunal de Contas da União).

no âmbito do parlamento¹¹, no conjunto da sociedade¹², nas ruas¹³, nos espaços de controle social¹⁴, no âmbito da formação¹⁵, nos meios de comunicação¹⁶.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde elaborou uma agenda para a saúde, apontando algumas questões que dificultam a implantação do SUS público, Estatal, universal e de qualidade e destacando algumas propostas para a garantia do direito à saúde, em cinco eixos estruturantes: Determinação Social do processo saúde e doença - saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social.

Sobre o primeiro eixo, a Frente aponta para a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como no Movimento de Reforma Sanitária. E isto significa inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, lutas antineoliberais e anticapitalistas com prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

¹¹ No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da saúde, por meio de manifestações nas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas nas sessões de votação dos Projetos que privatizam saúde, denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; além de participação em Audiências Públicas nas Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas e Congresso Nacional (Câmara e Senado).

¹² No conjunto da sociedade, realizando debates sobre a privatização da saúde com os trabalhadores da saúde e usuários do SUS.

¹³ Nas ruas, com caminhadas, atos e manifestações. A Frente tem participado das Marchas dos Servidores Públicos; dos Atos do Dia Mundial da Saúde, da Luta Antimanicomial, Dia Internacional de Luta das Mulheres, Dia do Trabalhador, Grito dos Excluídos, Jornadas de Junho e Julho de 2013. Atos em 2014 contra a Copa e em 2015 e 2016 contra as Olimpíadas e a partir de 2016 contra as contrarreformas do Temer.

¹⁴ Nos espaços de controle social através da pressão sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os “novos” modelos de gestão. A participação da Frente Nacional e dos Fóruns de Saúde foi fundamental nas 14ª e 15ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 2011 e 2015, bem como na Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, ocorrida em 2017. A Frente também participou da Conferência Nacional de Vigilância à Saúde realizada em 2018.

¹⁵ No âmbito da formação com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública. Vários projetos universitários integram os diversos Fóruns /Frente de Saúde Estaduais e/ou municipais com a preocupação de socializar o conhecimento bem como realizar investigações.

¹⁶ Nos meios de comunicação através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos além da grande imprensa, bem como a utilização de blogs, Facebook®. Há também preocupação de elaborar textos científicos a serem apresentados em congressos da área de saúde coletiva e afins, além de publicação em coletâneas e revistas científicas.

Com relação a gestão e financiamento ressalta a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os denominados “novos modelos de gestão” – Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) Tendência que está coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. A Frente compreende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Defende-se o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a universalidade, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico.

Destaca-se também que o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde, tendo um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano em todas suas dimensões. A Frente reivindica condições dignas de trabalho e uma política de valorização do trabalhador da saúde.

E, por fim, no último eixo da agenda da Frente Nacional, sinaliza-se como desafio tornar os espaços institucionais de controle social de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal. E aponta a experiência dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como espaços não

institucionais de controle democrático importantes para fortalecer a participação social e o SUS.

No item a seguir vai-se apresentar algumas reflexões com relação ao potencial político da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Frente Nacional, tendo como referência o projeto da Reforma Sanitária que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado, vem se posicionando contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Concorda-se com Arouca (1989), ao afirmar que

discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que [...] estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil. (AROUCA, 1989, s.p.)

A defesa e luta pela saúde pública estatal – que além de possível, mostra-se necessária – como demanda real das classes subalternas e como instrumento estratégico com vistas à criação de outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde são espaços importantes na luta por direitos sociais e se colocam como desafio na atualidade, na construção de uma frente anticapitalista.

Esses espaços tomam como referência inicial a luta por saúde. Para Escorel (1989), a saúde é considerada um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso. A autora, recuperando Arouca (1982), ressalta como potencial revolucionário, o fato de a saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes. A saúde igualmente constitui-se um campo propiciador de consenso, espaço de um direito que pode unir um conjunto de forças para empreender lutas para a sua conquista. Segundo Escorel (1989), a saúde é um elemento

potencial de consenso, mas a forma de distribuição desse direito consensual é que é o motivo de dissenso.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e vincula-se a um projeto societário que orienta um novo poder, um novo Estado, visando à construção de uma sociedade sem dominação e exploração de qualquer natureza. Dessa forma, admite-se a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo (PAIM, 2008).

A Frente Nacional e os Fóruns tendo como referência a Reforma Sanitária compartilham dessa concepção. E tais espaços, comparando com o movimento sanitário, são inovadores por articular organizações políticas tradicionais, como os partidos políticos, centrais sindicais e sindicatos, com os movimentos sociais e a academia.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social e com um horizonte ainda mais desfavorável à classe trabalhadora, o desafio que está colocado é ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana, e um novo projeto societário anticapitalista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, S. Contra-capa. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.
- BOITO JÚNIOR, A. A hegemonia neoliberal no governo Lula. *Crítica marxista* 17, 10-36, 2003.
- BRAVO, M. I. S. & SOUZA, R. O. S. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. Brasília. *SER Social*, UnB, 2002.
- ____ et al. *As Centrais Sindicais e a Luta por Saúde: Algumas Reflexões*. In FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org.). **Coletânea Nova de Serviço Social - Trabalho e Direitos: Conquistas e Retrocessos em Debate**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.
- ____; CORREIA, M. V. C. *Desafios do controle social na atualidade*. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

____; MENEZES, J. S. B. *Lutas pela Saúde e os Desafios da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na Atualidade* In BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **A Saúde nos governos dos Partidos dos Trabalhadores e as Lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

____; ANDREAZZI, M. F. S.; MENEZES, J. S. B. *As lutas pela Saúde nos anos 2000: participação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde*. In SILVA, A.X; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C (Orgs.). **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande-PB: EDUEPB, 2017.

BRAZ, M. *Mudanças no perfil da luta de classes e modismos conceituais: o tormento de Sísifo das Ciências Sociais*. In BRAVO, M.I.S. e MENEZES, J.S.B. (Org.) **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

COSTA, R. *Primeiros meses do Governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital*. **Partido Comunista Brasileiro**. [Online] 09 de abril de 2011. Disponível em: http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551;primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao. Acesso em: 05 jul 2020.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

____. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

____. **Contra a Corrente: Ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe*. **Temporalis/Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, n. 16. Brasília: ABEPSS, pp. 45-66, 2009.

ESCOREL, S. *Saúde: uma questão nacional*. In TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

GOHN, M. G. *Movimentos sociais na contemporaneidade*. **Rev. Bras. Educ.** [Online]. 2011, vol.16, n.47, pp. 333-361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>. Acesso em: 20 jul 2020.

MATTOS, M. B. **Reorganizando em meio ao refluxo**. Ensaios de intervenção sobre a classe trabalhadora no Brasil atual. Rio de Janeiro. Vício de Leitura, 2009.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Gramsci desembalsamado: em torno dos abusos do conceito de sociedade civil*. **Em Foco**, n. 5. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2000.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RIBEIRO, L. *Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde*. **Caderno de Saúde Pública**. v.5 n.3. Jul/Set. Rio de Janeiro: 1989, pp. 264-275.

ROMÃO, W. M. *As Manifestações de Junho e os desafios à Participação institucional*. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 4. Brasília: IPEA, 2013, pp 11-18.

SEMERARO, G. **Gramsci e a Sociedade Civil**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1999.

SERRA JUNIOR, G. C.; ROCHA, L. M. L. N. *A Internet e os novos processos de articulação dos movimentos sociais*. **Rev. katálysis [Online]** 2013, v.16, n.2, pp. 205-213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000200006>. Acesso em: 20 jul 2020.



AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE ENQUANTO CONSTRUÇÃO PARTICIPATIVA DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

*Julia de Campos Cardoso Rocha**
Adalto Alfredo Pontes Filho
Gabriela Souza Murizine
Patrícia Ferreira de Andrade
Lucilene Barros dos Santos
Gleidiane Hedvigues dos Santos
Beatriz Pereira
Maria Altenfelder Santos
Jan Stanislas Joaquim Billand
Mariana Arantes Nasser

RESUMO DA EXPERIÊNCIA

Este capítulo apresenta o relato da experiência local com ações de educação em saúde sobre direitos humanos, promoção da saúde, participação social e intersetorialidade, intitulada Ocupe o Centro de Saúde Escola (Ocupe o CSE), inicialmente desenvolvido como parte do projeto de pesquisa Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J). As atividades do Ocupe o CSE aconteceram em 2017, com os seguintes objetivos: (1) desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde e dos direitos humanos, educação em saúde e intersetorialidade; e (2) promover a participação social

* Todos os autores deste artigo integram a equipe de pesquisa do projeto LCA&J, suas filiações institucionais são descritas na sessão "Autoras e autores" dessa publicação.

na construção da "Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo" (LCA&J). As ações foram desenvolvidas dentro do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSE/FMUSP), em um espaço específico para o público. O Ocupe o CSE se desdobrou na forma de encontros com adolescentes e jovens, a partir de convites em escolas, serviços de saúde, unidades públicas e conveniadas da assistência social e equipamentos de esporte, lazer e cultura da região do Butantã, no município de São Paulo. Os encontros foram divididos em duas etapas. Na primeira etapa, discutiu-se concepções de saúde a partir das experiências de cuidado e do cotidiano. Na segunda, temas foram escolhidos pelos participantes para a discussão, entre eles: gravidez, culturas africanas, sexualidade, drogas e acesso ao Sistema Único de Saúde. Demandas específicas e abrangentes, com finalidades de promoção e prevenção e parcerias com serviços do território pautaram essa proposta de integralidade do cuidado à saúde na adolescência e juventude, caracterizando sua relevância para abordagem com esse público, considerando suas propostas para a construção e análise das ações. O "Ocupe o CSE" consolidou um espaço no qual adolescentes e jovens têm potencializada a formação cidadã, considerada fundamental para a promoção da saúde. Durante a realização dos grupos, os participantes e parceiros apontaram positivamente para sua continuação, incentivando a configuração do "Ocupe o CSE" como estratégia permanente do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência no CSE/FMUSP. A partir de então, ao longo de 2018 e início de 2019, vêm sendo realizadas atividades assistenciais e de educação em saúde no Ocupe o CSE, bem como encontros para a discussão do processo e o aprimoramento da formação dos profissionais e estudantes participantes, no bojo de um projeto de extensão universitária para a manutenção do Ocupe o CSE.

O PROJETO LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

A relevância da proposição da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)¹,

¹ Para maiores informações sobre projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo que possui como pesquisadora responsável

considerando o grupo populacional e a perspectiva da saúde pública, está em critérios de magnitude dos problemas de saúde, mas, sobretudo, no impacto social e na permeabilidade desse grupo às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, atenção curativa e reabilitação. Esse desafio requer a busca pela integralidade, considerando adolescentes e jovens como sujeitos participantes do cuidado, por meio de tecnologias para o encontro entre adolescentes, jovens e profissionais de saúde; e da articulação entre os serviços de atenção à saúde e intersetorial em cada região, com trabalho interprofissional e interdisciplinar.

A adolescência e juventude são construções sociais da nossa cultura que não dependem estritamente da idade ou da maturação biológica. De maneira geral, considera-se que a adolescência tem início com as mudanças físicas da puberdade - mesmo que, apesar de intrinsecamente relacionadas, adolescência e puberdade não caracterizem a mesma coisa - e segue até a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta (AYRES *et al*, 2012, p. 10-11). As definições de adolescência e de juventude, no campo da sociologia, não se referem a uma idade precisa, mas a um papel social diferenciado (FORACCHI, 1972).

Além dessa variabilidade social e cultural, as definições de infância, adolescência e juventude também variam de acordo com as fontes de referência:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990): define legalmente como crianças as pessoas com até 12 anos de idade incompletos e como adolescentes aquelas entre 12 e 18 anos incompletos.
- Estatuto da Juventude (EJ) (BRASIL, 2013a): define legalmente como jovens pessoas entre 15 e 29 anos de idade.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1986): para fins de pesquisa, análise e planejamento, considera como crianças as pessoas de 0 a 9 anos e como adolescentes aquelas entre 10 e 19 anos. Para a OMS, o período de 15 a 24 anos é denominado de juventude, incluindo as fases

Mariana Arantes Nasser acesse <http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/>. Acessado em 15 abr. 2019.

intermediária e final da adolescência de 15 a 19 anos (jovens adolescentes) e o início da vida adulta de 20 a 24 anos (jovens adultos).

Esses critérios são utilizados, com os mesmos fins, pelo Ministério da Saúde e na maior parte das pesquisas científicas brasileiras sobre o assunto (HORTA; SENA, 2010). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também usa esses critérios, dando enfoque, em algumas pesquisas, à faixa de 15 a 19 anos, “em razão de sua importância social e cultural no conjunto da sociedade” (IBGE, 1997, *Online*).

O objetivo geral da LCA&J é garantir o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens em serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo.

Os objetivos específicos da LCA&J são:

- Garantir os direitos em saúde e cidadania de adolescentes e jovens, por meio de orientações sobre modos de organização do trabalho que visem a concretizar os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.
- Estabelecer as atribuições de cada tipo de serviço ambulatorial de saúde que atende adolescentes e jovens no SUS, em São Paulo: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Casas do Adolescente, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS, e ambulatórios especializados em adolescência de hospitais universitários.
- Qualificar as práticas de cuidado com a saúde de adolescentes e jovens, voltadas ao reconhecimento de suas necessidades de saúde, à busca por atingir as finalidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção curativa e reabilitação, bem como ao aprimoramento da interação entre adolescentes, jovens e equipe de saúde.
- Aprimorar as formas de articulação entre os serviços ambulatoriais de saúde que atendem adolescentes e jovens – UBS, Casas do Adolescente, CAPS, SAE e CTA e ambulatórios especializados em adolescentes de hospitais universitários – no SUS, em São Paulo, considerando as particularidades na composição da rede assistencial em cada região de saúde.

– Orientar sobre as possibilidades de buscar articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, os equipamentos sociais e os serviços de outros setores.

A LCA&J foi construída por meio de um projeto com a coordenação compartilhada entre o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP), o Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), além do estabelecimento de parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de DST/Aids e hepatites virais e a área de Saúde Mental da SES-SP. Esse projeto ocorreu em 2017 e 2018 e contou com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016).

A metodologia envolveu a realização de revisão bibliográfica; a elaboração e aplicação de questionário a serviços de níveis primário, secundário e terciário; grupos focais com profissionais de saúde e da rede intersetorial, gerentes, gestores, adolescentes e jovens; consulta a *experts*; experiência-piloto da LCA&J em três regiões – Comissão Intergestores Regionais (CIR) Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais –; elaboração de documento da LCA&J; reuniões com gestores para coleta de recomendações para pactuação, com destaque para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2017; e elaboração de indicadores para avaliação.

O projeto reuniu ainda seis subprojetos, conduzidos por bolsistas de treinamento técnico (PPSUS/FAPESP), por um médico residente em Medicina Preventiva e Social e por uma pesquisadora associada, voltados para o aprofundamento dos seguintes temas em relação à atenção à saúde de adolescentes e jovens no SUS-SP: Intersetorialidade para a promoção da saúde e dos direitos humanos; Educação em saúde e para a cidadania; Participação social em saúde; Direitos humanos e saúde de adolescentes e jovens: estudo de ações desenvolvidas em serviços dos do SUS do estado de SP; Geoprocessamento de pontos da linha de cuidado e Avaliação da atenção à saúde de adolescentes e jovens.

Os quatro primeiros subprojetos supracitados estiveram articulados em uma experiência local de promoção de direitos e participação social na saúde de adolescentes e jovens, intitulado *Ocupe o Centro de Saúde Escola (Ocupe o CSE)*². A proposição do *Ocupe o CSE* tinha dois objetivos principais: construir uma interface do projeto LCA&J junto ao CSE/FMUSP, em especial com seu Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA)³; e servir de dispositivo metodológico que permitisse a participação social de adolescentes e jovens na política pública de saúde em construção. Além disso, pretendia-se criar e implementar uma experiência de promoção à saúde e aos direitos de adolescentes e jovens no contexto da atenção primária à saúde.

O *Ocupe o CSE* se estruturou em torno de quatro grandes temas: (1) educação em saúde, (2) participação social, (3) intersetorialidade e (4) direitos humanos e promoção da saúde. Os três primeiros temas foram o enfoque do trabalho de três bolsistas de treinamento técnico (TT), vinculados ao apoio PPSUS/FAPESP. O tema direitos humanos e promoção da saúde foi utilizado como articulador dos demais, sendo objeto de estudo do Trabalho de Conclusão de Residência do médico residente participante do projeto. O *Ocupe o CSE* é detalhado na terceira seção deste artigo (Experiência local de promoção direitos e participação social na saúde de adolescentes e jovens - o *Ocupe o CSE*).

O projeto contou com a aprovação dos comitês de ética em pesquisa da FMUSP (CAAE: 64912817.5.0000.0065 / Parecer: 1.977.538), do Instituto de Saúde CEPIS-SP (CAAE: 64912817.5.3001.5469 / Parecer: 2.110.899) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 64912817.5.3002.0086 / Parecer: 2.208.541).

Os resultados alcançados incluem o desenvolvimento e a análise dos resultados de um questionário com 50 questões, respondido por 949 serviços respondentes, de 252 (39,1%) municípios de São Paulo; a consulta a dez especialistas (*experts*) sobre

² O *Ocupe o Centro de Saúde Escola* está sediado no Centro de Saúde Escola Samuel B. de Pessoa, unidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Vital Brasil, 1490, Butantã, São Paulo, SP. Maiores informações disponíveis em <http://fm.usp.br/cseb/portal/>.

³ O Programa de Atenção à Saúde na Adolescência do CSE/FMUSP atua desde 1989 com enfoque nas necessidades de saúde específicas dos adolescentes. O PASA conta com atendimentos médicos, de enfermagem e abordagem psicossocial, realizando ainda atividades de grupo educativo no serviço e na comunidade. O programa é campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação, notadamente do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde, e do Programa de Residência Médica em Pediatria do HCFMUSP.

adolescência, juventude e planejamento; a realização de seis grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde, intersetoriais, gerentes e gestores (10 participantes cada); experiências-piloto em 3 CIR (Itapetininga, Litoral Norte e Mananciais), compostas de duas oficinas presenciais e seis semanas de exercício nos municípios; a elaboração de documento da LCA&J, com recomendações de boas práticas; e consultas para revisão do documento (pesquisadores, *experts*, Comissão Científica do Programa Estadual de Adolescentes e Grupo Técnico Bipartite em Atenção Básica da SES-SP).

As principais recomendações para a LCA&J são relativas a considerar sua coordenação a partir da Atenção Primária; reconhecer as necessidades de adolescentes e jovens como condutoras dos trabalhos; e buscar a implementação e manutenção da LCA&J mediada por grupos de trabalho em redes regionais.

DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE ADOLESCENTES E JOVENS⁴

Para melhorar a qualidade do trabalho com adolescentes e jovens em serviços de saúde, é importante que as equipes estejam informadas a respeito dos direitos dessas faixas etárias (AYRES *et al*, 2012). No caso de crianças e adolescentes, as políticas de garantia de direitos instituídas pelo ECA (BRASIL, 1990) são, senão integralmente aplicadas, ao menos relativamente conhecidas. Por outro lado, os textos que garantem os direitos de jovens adultos, tais como o EJ (BRASIL, 2013b) ainda são pouco conhecidos e utilizados por profissionais, gerentes e gestores com os(as) quais conversamos no âmbito do projeto.

Direitos são históricos e podem ser construídos por nossa atuação (VENTURA, 2001) tanto ao lidar com a legislação diretamente quanto participando de fóruns interprofissionais e intersetoriais. Discutir os seus direitos com os(as) próprios(as) adolescentes e jovens também é uma possibilidade para a nossa participação voltada à transformação social (NASSER, 2015). A participação e o controle social exercidos pelos

⁴ Esse tópico se baseia em resultados e análises sobre esse tema intermediados pelo projeto LCA&J e contidos no Documento da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (Nasser et al., 2018), disponível em <http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/> especificamente o item 5.5, na página 61.

adolescentes e jovens – um direito inscrito tanto no ECA (BRASIL, 1990) como no EJ (BRASIL, 2013a) – constituem não somente uma aprendizagem prática da cidadania, como também o meio mais eficaz de enfrentar barreiras e incompreensões entre adolescentes e serviços de saúde, e, desta forma, promover seus direitos e sua saúde. Para tanto, os serviços precisam identificar os eventuais obstáculos (tal como a questão de uma linguagem técnica) que afetam a participação de representantes adolescentes e jovens nos conselhos gestores dos serviços, nas reuniões de rede e na organização, realização e avaliação das atividades que lhes são destinadas. Buscar apoio de grêmios escolares e estudantis, de movimentos sociais e de ONG envolvendo adolescentes e jovens no território ou ainda incentivar a criação e consolidação desse tipo de organizações são componentes importantes em qualquer projeto de intervenção com essas faixas etárias.

A participação de adolescentes e jovens precisa ser considerada em atividades assistenciais, de educação em saúde, educação popular em saúde e por meio da construção de espaços e organização de reuniões para a discussão sobre o serviço e as políticas públicas de saúde, entre outros temas de seu interesse. Devem ser tomados como sujeitos de direito, adotando sempre atitudes e dispositivos que favoreçam a emergência de suas necessidades de saúde e de vida, bem como possibilitando a formulação de respostas em que a construção conjunta de suas escolhas e caminhos seja um princípio.

A garantia desse direito à participação social de adolescentes e jovens foi um desafio apontado por profissionais, gerentes e gestores que participaram do projeto LCA&J. Entretanto, muitos profissionais e gerentes dos serviços de saúde com quem dialogamos mostraram sua vontade de conhecer melhor os(as) adolescentes do seu território. Foram ao encontro deles e delas e desenvolveram ferramentas para conhecer suas demandas e opiniões acerca dos serviços oferecidos. Institucionalizar esse tipo de iniciativa é outro possível primeiro passo. Referências de qualidade já existem para desenvolver atividades mais participativas em serviços de saúde, desde sua concepção até sua avaliação.

Além da questão da participação social, muitos(as) profissionais de saúde com os(as) quais conversamos durante o projeto LCA&J expressaram inseguranças e dúvidas

a respeito dos aspectos legais do atendimento a adolescentes e jovens. Por não terem um bom conhecimento desses direitos, muitas vezes optam por não realizar intervenções e procedimentos com esses públicos ou, alternativamente, realizam procedimentos sem saber que vão contra os seus direitos.

Os problemas mais comuns se devem à compreensão ultrapassada segundo a qual crianças e adolescentes teriam direitos restritos em comparação com adultos (BRASIL, 2007). Desde 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece como prioritária a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. O Marco Legal estipula que “o direito à saúde constitui [...] um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial” (BRASIL, 2007, p. 40). A seguir, destacamos as principais implicações desse quadro jurídico para as práticas em saúde.

Primeiramente, deve ser implementada em cada serviço uma forma de acolhimento incondicional das demandas dos adolescentes e jovens - considerando também que a partir dos 12 anos, não é obrigatória a presença de um familiar ou responsável para acessar um serviço ou receber cuidados⁵. Esse acolhimento incondicional pode ser uma simples conversa com um profissional que toma o tempo de ouvir a demanda e fornecer orientações básicas para garantir que a pessoa não fique desatendida.

Em segundo lugar, profissionais de saúde nunca devem comunicar informações para terceiros tais como familiares, responsáveis ou parceiros(as) íntimos(as), sem o consentimento dos(as) adolescentes e jovens (inclusive divulgação de consumo experimental de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual, estatuto sorológico, gravidez etc). Os(as) adolescentes e jovens devem ser informados(as) dessa garantia de sigilo no início de sua primeira consulta, de modo a fortalecer sua confiança no serviço. Nos casos em que os(as) profissionais, dialogando com adolescentes, julgarem que estes(as) estão em situação de risco e não têm capacidade plena de discernir ou se cuidar sozinhos, devem conversar com eles(as) sobre essa percepção para: (1) compreender melhor a situação; (2) definir o melhor modo de proceder, considerando alternativas à quebra do

⁵ Para procedimentos considerados invasivos, como pequenas cirurgias, colocação de Dispositivo Intrauterino (DIU), entre outros, é requerida a presença de um responsável no caso dos menores de 18 anos. Entretanto, todo o processo que envolve o acolhimento e o diálogo sobre essas possibilidades de cuidado com adolescentes requerem o diálogo que os considere como sujeitos.

sigilo tais como combinar um prazo para que o(a) próprio(a) adolescente fale do assunto com a mãe, o pai ou outro responsável; ou definir uma forma de adolescente e profissional contarem juntos, considerando que a falta de sigilo e confidencialidade está entre os motivos que mais dificultam a relação entre adolescentes e serviços de saúde (do mesmo modo, os compromissos feitos com pais, familiares e responsáveis no início da consulta ou do acompanhamento no programa precisam ser honrados). Quando o(a) profissional e o(a) adolescente optarem por uma quebra de sigilo, esta decisão deve buscar o benefício real para a pessoa assistida e não ser uma forma de “livrar-se do problema”.

Essa forma de proceder é corroborada pela experiência do PASA nos atendimentos de casos complexos e envolvendo riscos: em geral os(as) adolescentes envolvidos entendem também essas situações como sendo arriscadas e estão clamando por apoio. Divergências sem saída entre adolescentes e seus pais ou responsáveis são raras e podem ser evitadas com a boa realização do contrato a cada encontro, a manutenção do compromisso, conversando com calma com os(as) adolescentes e identificando cuidadosamente, junto com eles(as), quais informações precisam - ou não - ser reveladas. Nos casos de maior complexidade (inclusive em casos com risco de vida ou envolvendo a comunicação compulsória de crimes), para evitar uma quebra de sigilo descuidada que poderia prejudicar o direito à saúde de adolescentes e jovens, recomenda-se que os serviços de saúde busquem o apoio do Conselho Tutelar e da Promotoria da Infância e Juventude do seu território. Durante as oficinas nas regiões-piloto, gerentes e profissionais disseram encontrar dificuldades para trabalhar de modo produtivo com essas instâncias: muitas vezes, seu envolvimento nos casos resulta em destruição de vínculo e pode até aumentar a vulnerabilidade das pessoas que se pretende defender. Entretanto, também recolhemos experiências locais bem-sucedidas em que existia um diálogo produtivo entre a saúde e as instituições judiciárias, permitindo reflexões e ações coordenadas e construtivas. Trocas de experiências entre serviços e entre regiões são necessárias para melhorar essas articulações.

Outros fatores que costumam causar restrições no direito à saúde de adolescentes e jovens são diversos preconceitos difundidos na sociedade que levam a considerar que algumas pessoas não seriam verdadeiramente sujeitas de direitos:

peessoas consideradas jovens demais para ter “direito a ter direitos” (LAFER, 1997); pessoas negras, indígenas, LGBT, pobres, imigrantes, pessoas em situação de rua, favelas, assentamentos ou ocupações; pessoas com consumo julgado abusivo de álcool ou outras drogas (observamos que os critérios podem variar para a definição de experiências pontuais ou abuso); pessoas que cometeram atos de violência ou outros crimes ou delitos, que já foram presas ou que passaram por medidas socioeducativas; pessoas portadoras de transtornos e deficiências mentais; pessoas que realizaram tentativas de suicídio ou automutilações; meninas e mulheres que têm relações sexuais consideradas precoces ou fora do casamento, que criam filhos de uma maneira julgada inadequada (por exemplo, sem o pai biológico, e/ou com recursos financeiros julgados insuficientes), etc.

Para enfrentar tais situações, vale consultar materiais que orientam sobre como cuidar dos direitos e da saúde de grupos específicos, incluindo populações vulneráveis. Um exemplo é a situação de adolescentes que procurem um CTA em busca de testagem de HIV, sífilis ou hepatites virais. A orientação é conversar com eles(as) para avaliar junto com eles práticas, riscos e critérios. Caso ele(a) opte por fazer o exame, é recomendável perguntar como ficaria em caso de resultado positivo e verificar se não teria mais confiança e bem-estar trazendo alguém para estar junto com ele(a), com o estímulo para trazer um familiar ou, até mesmo, um amigo. Nessas conversas com adolescentes, sempre devemos lembrar que o nosso objetivo é cuidar de suas necessidades.

EXPERIÊNCIA LOCAL DE PROMOÇÃO DE DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS - O *Ocupe o CSE*

Conforme mencionado na introdução, o projeto LCA&J contou com uma experiência local de promoção à saúde de adolescentes e jovens no contexto da atenção primária à saúde - o *Ocupe o CSE*. Essa experiência se deu no distrito do Butantã, na cidade de São Paulo, sendo sediada no CSE/FMUSP, com o objetivo de promover a participação social dos adolescentes e jovens do Butantã na construção da LCA&J, bem como discutir temas de saúde de interesse do grupo.

O *Ocupe o CSE* trabalhou em torno de quatro eixos temáticos centrais para a promoção da saúde de adolescentes e jovens: educação em saúde, participação social,

intersectorialidade e direitos humanos, sendo o último articulador dos demais. Ressalta-se que as ações desenvolvidas se limitaram ao distrito do Butantã, mais especificamente no CSE/FMUSP, sendo a análise das informações feitas considerando a abrangência local.

Dadas as características do trabalho desenvolvido no *Ocupe o CSE*, este pode ser considerado um estudo de caso, já que de acordo com Gil um estudo de caso “*consiste no estudo aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento*” (Gil, 2002, p. 45).

O *Ocupe o CSE* se desenvolveu em seis etapas, conforme descrito abaixo:

I – Composição da equipe e integração de projetos: esta etapa compreendeu uma aproximação inicial entre as três pesquisadoras bolsistas TT e o médico residente participantes do projeto, leitura dos projetos individuais de cada pesquisador na construção de uma proposta integrada para o *Ocupe o CSE*. Nesta etapa realizou-se ainda a revisão de conceitos-chaves para o trabalho a ser desenvolvido, como redes de atenção à saúde e linhas de cuidado, além do estudo dos referenciais teóricos que embasam o projeto LCA&J.

II – Planejamento e formação: nesta etapa os pesquisadores do *Ocupe o CSE* se reuniram com profissionais da equipe do CSE/FMUSP, para conversas formativas sobre temas pertinentes ao projeto, tais como trabalho em saúde com adolescentes e jovens e promoção à saúde no contexto da atenção primária à saúde. Esta etapa envolveu ainda o estudo e construção do método de trabalho de grupos a ser utilizado durante as atividades do *Ocupe*⁶.

III – Divulgação: etapa na qual se deu a divulgação do *Ocupe o CSE* e a busca de parcerias com instituições do território do Butantã, tais como escolas, Centros para Crianças e Adolescentes e Serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Para identificação dos potenciais parceiros, inicialmente realizou-se uma pesquisa nos portais eletrônicos da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, Secretaria de Assistência Social de São Paulo e Secretaria Estadual de Educação de São Paulo, em

⁶ Essa formação foi favorecida por meio de consultoria com a educadora em saúde pública Beatriz Pereira, que trabalhara no PASA/CSE/FMUSP, bem como pela participação ativa das técnicas de enfermagem que atuam no PASA/CSE/FMUSP, Gleidiane Hedvigés dos Santos e Lucilene Barros dos Santos, apoiadoras do projeto LCA&J.

busca de escolas e equipamentos de esporte, lazer e cultura da região do Butantã. Posteriormente, com o auxílio do *Google Maps*, realizou-se a localização geográfica de cada instituição, sendo montada uma escala de visita a cada uma delas para apresentação do *Ocupe o CSE* e formalização do convite de parceria (vide Figuras 1 e 2 abaixo).

IV – Grupos temáticos: etapa em que, após o aceite e pactuação com as instituições, se deu o contato com o grupo de adolescentes e jovens participantes, que atuaram ativamente na definição dos passos para a reforma do espaço físico que hoje abriga o *Ocupe o CSE*, escolha dos temas a serem trabalhados e realização dos grupos, sendo o cotidiano das atividades registrado por meio de diário dos grupos, fotos e cartazes. Os grupos foram divididos em duas etapas. A primeira delas tinha maior enfoque na promoção da participação dos adolescentes na elaboração e apreciação da LCA&J em construção, o que se deu por meio da discussão de concepções de saúde, o conhecimento do sistema de saúde e construção de um mapa falante para o reconhecimento do território local. Na segunda parte, os próprios participantes escolheram os temas que seriam discutidos, sendo eles: gravidez, culturas africanas, sexualidade, drogas e acesso ao SUS. O último encontro do ano de 2017 foi organizado como uma festa de fim de ano, a partir da temática *Sonhos e Planos para 2018*, com a participação dos A&J que estiveram em encontros anteriores, pesquisadores do *Ocupe o CSE* e do projeto LCA&J, profissionais do CSE/FMUSP e das instituições parceiras.

V - Estruturação e funcionamento de espaço de convivência: paralelamente a realização dos grupos estruturados, foi reformado e reaberto um espaço de convivência para adolescentes e jovens localizado no CSE/FMUSP, desativado há cerca de uma década. Os participantes do projeto puderam participar da reforma desse espaço, dando sugestões de como este se estruturaria. Além de abrigar os grupos temáticos e as atividades com adolescentes realizadas desde sua reinauguração, o espaço se manteve aberto em diferentes dias e horários para que adolescentes e jovens pudessem visitar de maneira espontânea (vide Figura 3 abaixo).

VI – Devolutiva e planejamento das ações futuras: etapa na qual foram realizadas reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas até então, bem como o planejamento de ações de divulgação acadêmica, tais como participação em eventos e produção de artigos científicos. Foi possível ainda participar dos encontros anuais de

encerramento de atividades promovidos pelas instituições parceiras, de modo a se realizar uma devolutiva do trabalho desenvolvido em conjunto, e reafirmar parcerias futuras. Nesta etapa realizou-se ainda a discussão e planejamento da transição das ações desenvolvidas no *Ocupe*, até então sob responsabilidade da equipe de pesquisadores do projeto LCA&J, para o corpo técnico do CSE/FMUSP e outros parceiros que pudessem colaborar com a manutenção desse espaço em funcionamento.

Neste sentido, a atividade de *Apoio psicossocial à Adolescentes e Jovens na Atenção Primária à Saúde* se integrou aos demais em realização no *Ocupe o CSE* a partir das demandas dos participantes dos grupos em desenvolvimento, bem como por solicitação dos profissionais do CSE/FMUSP.

Esta atividade propôs a realização de atendimentos psicológicos dos usuários do PASA/CSE/FMUSP, a partir da identificação de demandas por apoio psicossocial nas consultas médicas e de enfermagem. Os atendimentos realizados eram compostos por quatro encontros individuais com uma psicóloga, durante os quais buscava-se aprofundar a compreensão de questões trazidas pelos usuários por meio da escuta e da conversa. Ao final, solicitava-se um registro gráfico, anônimo, a ser compartilhado com outros/as adolescentes e eram identificadas formas adicionais de apoio. Foi clara a diferença na profundidade do envolvimento do adolescente quando a atividade transcorria em outro espaço do serviço, como um consultório, ou no *Ocupe o CSE*, com um melhor aproveitamento neste local, dados seus recursos e sua atmosfera de acolhimento específico de adolescentes. Os atendimentos psicossociais a que nos referimos ocorreram em 2017 e 2018, sendo que em 2018 o *Ocupe o CSE* foi o *setting* preferencial.

Nos encontros, emergiram questões sobre sexualidade, corpo, autoimagem; relação com parceiros/as, familiares, amigos/as; socialização na internet; vivências no contexto escolar, *bullying*; sentimento de tristeza, ansiedade, raiva. Após discussões de caso com a equipe multiprofissional, passou-se a introduzir técnicas do Psicodrama visando facilitar a expressão dos/as adolescentes. A estratégia de conciliar a escuta e conversa com outros recursos, como a dramatização, ampliou as possibilidades de diálogo com os/as usuários/as. De forma complementar aos grupos temáticos realizados

no *Ocupe o CSE*, o compartilhamento de conteúdo por meio de registros gráficos possibilitou a percepção de vivências em comum entre os adolescentes.

Ainda como desdobramento da experiência inicial do *Ocupe o CSE*, por um período de seis meses em 2018, experimentamos também manter o *Ocupe o CSE* não apenas aberto durante as segundas-feiras à tarde em que dispomos de atividades de assistência à saúde do PASA, como em relação com as mesmas. Passamos a convidar os adolescentes para chegarem mais cedo ao serviço, dirigindo-se inicialmente ao *Ocupe o CSE*, onde as facilitadoras realizavam acolhimento inicial, incluindo a aplicação da Ficha Vida e Cuidado com a Saúde⁷, com vistas à identificação de necessidades, vulnerabilidades e ao favorecimento do diálogo. Além disso, eram discutidos temas de interesse, por meio de atividades lúdicas e de tecnologias comunicacionais.

Foi possível perceber alguns ganhos, como maior disponibilidade dos adolescentes para o diálogo com os profissionais de saúde, contribuindo para a identificação de problemas e riscos, com destaque para o relato de situações de vulnerabilidade comunitária e para a discussão de relações de gênero e preconceito

racial. Além disso, houve economia de tempo para as consultas e atendimentos individuais, contribuindo para a otimização da agenda.

Figura 1 e 2 - Cartazes de divulgação do *Ocupe o CSE*.



Fonte: Acervo dos autores.

Os resultados e as possibilidades para a continuidade, incluindo os dois desdobramentos acima destacados foram temas de reuniões envolvendo os pesquisadores, bolsistas de treinamento técnico, residentes, a equipe do PASA/CSE e profissionais interessados de outros setores, em uma iniciativa embrionária para um projeto de extensão universitária, que desde 2018 tem se reunido bimestralmente, com realização de ações no *Ocupe o CSE*.

⁷ Ficha Vida e Cuidado com a Saúde, disponível em http://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf. Acesso em 15 abr 2019.

Figura 3 - Boletim de notícias do *Ocupe o CSE*.

OCUPE O CSE: DISPOSITIVO METODOLÓGICO DE PESQUISA E EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EM SERVIÇO

A experiência de trabalho aqui relatada é expressão da consideração do pressuposto do PASA/CSE/FMUSP de que os adolescentes e jovens são sujeitos para o projeto LCA&J em que importava saber sua percepção para a política pública em construção. Desse modo, desde sua concepção, o *Ocupe o CSE* tem uma dupla função:

atuar como dispositivo metodológico para a promoção da participação social de adolescentes e jovens na construção de uma política pública de saúde, e experimentar uma abordagem de trabalho junto a este mesmo público, visando a promoção de seus direitos e saúde, por meio de ações voltadas ao coletivo e à comunidade, com articulação intersetorial.

No que diz respeito ao primeiro propósito do *Ocupe o CSE*, isto é, de funcionar como dispositivo promotor de participação social na construção da LCA&J, pode-se dizer que esta estratégia, realizada de forma mais longitudinal e dialogada com os participantes, permitiu um reconhecimento de necessidades que de outro modo dificilmente apareceriam, bem como de aspectos que estes consideravam condicionantes para seu acesso aos serviços e adesão aos cuidados propostos. Desse modo, houve maior objetividade da enunciação do que a LCA&J, enquanto política pública, precisa conter para contemplar, de fato, adolescentes e jovens.

Além disso, o *Ocupe o CSE* vem favorecer a concretização de propostas do PASA/CSE/FMUSP de um espaço específicos para o acolhimento e cuidado integral de adolescentes e jovens em um serviço de saúde, contribuindo para as atividades de assistência e educação em saúde individuais e em grupo. Entretanto, em um contexto de escassez de recursos humanos e de crescente pressão por medidas medicalizantes, a continuidade dessa proposta depende do engajamento de profissionais, usuários e estudantes que compreendam a necessidade da participação social e da valorização dos direitos humanos para a promoção da saúde.

As ações de educação em saúde têm potencializado os objetivos da Educação Popular em Saúde enquanto controle social, principalmente para população adolescente e jovem e que não se identificam com modelos convencionais dos serviços de saúde. Trazendo reflexões da experiência do *Ocupe o CSE*, adolescentes e jovens puderam exercer diálogos de consenso e divergências sobre determinados temas e até sobre o próprio espaço (CSE/FMUSP), entendendo e colocando em prática o que para eles aquele espaço serviria e teria como finalidades e potencialidades.

Além disso, considerando as atribuições da Educação Popular como instrumento de gestão participativa no SUS, se faz importante trazer novamente para discussão e conclusão, as metodologias usadas para a realização dos encontros do *Ocupe o CSE* e,

até mesmo, seu objetivo primário e principal: construção participativa de uma política pública de saúde. Segundo o II Caderno de Educação Popular em Saúde:

[...] a Educação Popular em Saúde (EPS), enquanto campo teórico-metodológico e prática social, tem apresentado desafios à política pública de saúde para o avanço da democracia participativa, afirmando o Sistema Único de Saúde (SUS) como garantidor do acesso às ações de saúde e essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas (BRASIL, 2013. p.17).

E é deste lugar que emerge a essência da construção e homologação do Ocupe enquanto estratégia participativa e, para além disso, representativa per si. Inovadora pelo desafio da formulação de políticas públicas que expressem identidades e assumam espaços que fazem sentido para seu público-alvo. O Ocupe o CSE entende, vivencia e assume o uso e eficiência da Educação Popular enquanto caráter importante e resolutivo para permanência e manutenção dos espaços, políticas, programas e estratégias, além de potencializar a consciência cidadã de sujeitos de direitos que muito protagonizam com suas narrativas banhada na diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. de C. M. et al. (ed.). **Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde**: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - Adolescência e Juventude. São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa / FMUSP, 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. 1990.

BRASIL. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde** (PNEPS-SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Lei n. 12.852**, de 5 de agosto de 2013. *Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude* - SINAJUVE. 2013b.

BRASIL. **O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. **Cuidando de Adolescentes**: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FORACCHI, M. M. **A juventude na sociedade moderna**. São Paulo: Pioneira, 1972.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 Ed. São Paulo, Atlas, 2002.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. *Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil*: um estudo de revisão. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 475–495, 2010.

IBGE. **Crianças e Adolescentes**: o que é. [Online] Brasília: 1997. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9290-criancas-e-adolescentes.html?=&t=o-que-e> Acesso em: 06 jul 2019.

LAFER, C. *A reconstrução dos direitos humanos*: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 55–65, ago. 1997.

NASSER, M. A.; FIORONI, L. N.; AYRES, J. R. de C. M. *Atenção Primária à Saúde de Adolescentes*: Vulnerabilidade e Integralidade na Construção do Cuidado. In LOURENÇO, B. et al (Ed.). **Medicina de adolescentes**. Barueri: Manole, 2014. p. 441.

NASSER, M. A. **Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo**. 2015. Universidade de São Paulo (tese), 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NASSER et al. **Linha de cuidado para a saúde na adolescência e juventude para o sistema único de saúde no estado de São Paulo**. 2018. Disponível em: <<http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/>>. Acesso em 15 abr. 2019

OMS. **Young people's health** - a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]. Geneva: World Health Organization, 1986. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>>. Acesso em: 11 de set 2019.

PONTES FILHO, A. A. **Direitos humanos e saúde de adolescentes e jovens**: estudo de ações desenvolvidas em serviços do Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo. 2018. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, São Paulo, 2018.

QUEIROZ, L. B. et al. *Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990*. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, n. 1, p. 49–66, mar. 2013.

ROCHA et al. *Ações de educação em saúde para o fortalecimento da cidadania na adolescência e juventude enquanto construção de uma política pública de saúde*. In 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2019, Rio de Janeiro. **Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2019.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: MacArthur Foundation, 2001.



Isabelle Ruelland

INTRODUÇÃO

Desde 2012, a rede de saúde mental de Campinas passa por uma das crises mais importantes de sua história. Os cortes e a privatização dos serviços levaram a uma ampla mobilização cidadã. A pesquisa apresentada neste artigo analisa as dinâmicas coletivas para garantir a sobrevivência dos serviços públicos de saúde mental através da construção de espaços coletivos de troca e de tomada de decisão que os participantes chamam de "rodas". O objetivo desta pesquisa foi entender como as rodas influenciam as relações de poder entre os gestores, os profissionais e os usuários da rede de atenção à saúde mental de Campinas. É importante ressaltar que a roda na rede de saúde mental de Campinas pode ser tanto uma reunião formal, como também um momento mais informal de colaboração democrática.

METODOLOGIA

Esta pesquisa social baseia-se numa etnografia institucional de um ano: 2000 horas de observação participativa em 144 rodas, reuniões formais e encontros informais, 47 entrevistas individuais e análise de 80 documentos. Utilizamos uma abordagem etnográfica crítica, que nos permitiu realizar uma descrição detalhada do funcionamento interno das rodas. A abordagem etnográfica se propõe a desenvolver o conhecimento a partir da análise detalhada de dados relacionados a um determinado

fenômeno sociopolítico (Laplantine e Singly, 2010; O'Reilly, 2012; Ybema *et al*, 2009). Para formar nosso banco de dados, observamos diversas reuniões e acompanhamos diferentes atividades como fóruns, conferências e até eventos políticos. Além disso, a confiança depositada em nosso trabalho por parte das pessoas que participam da rede permitiu que pudéssemos gravar mais de 1000 horas de conversas que foram analisadas usando o software In Vivo.

Para elaborar o presente artigo, retornamos ao nosso banco de dados com o objetivo de buscarmos não apenas dados etnográficos relevantes, mas também para realizarmos uma nova análise de nossas observações iniciais visando a reconsiderar o papel sociopolítico das rodas na rede de saúde mental de Campinas. Escolhemos algumas falas relevantes que nos permitem entender como os atores que compõem a rede de atenção à saúde mental de Campinas compreendem o conceito de roda. Após muitas horas de observação, fomos capazes de analisar a complexidade e os significados das rodas, triangulando assim as nossas observações empíricas com as histórias que ouvimos pelos indivíduos envolvidos. O terceiro e o sexto depoimento apresentados neste artigo são de indivíduos que tivemos o privilégio de acompanhar com frequência e espontaneamente.

PROBLEMATIZAÇÃO

Em Campinas, as rodas são construídas por uma cultura política local que as tornam consensuais e necessárias para a maioria das pessoas envolvidas na rede de atenção à saúde mental. Através do compartilhamento de afetos e de tempo, bem como da problematização coletiva de questões críticas que afetam a vida cotidiana de todos os envolvidos, as rodas reduzem as hierarquias existentes dentro do espaço de trabalho. Este esforço coletivo de democratização não permite, no entanto, superar as desigualdades sociais. Como prática cidadã, as rodas constituem, *in fine*, configurações coletivas para denunciar contradições e injustiças sociais presentes na rede de atenção à saúde mental e na sociedade. Até que ponto as rodas desenham novas fronteiras entre espaços clínicos e cidadãos na rede local de atenção à saúde mental em Campinas? A problematização das rodas apresentada neste artigo abre um novo campo de estudo sobre inovações cidadãs na cogestão da saúde mental; um campo promissor, pois faz

parte de uma reapropriação crítica dos espaços coletivos dentro das redes de saúde coletiva em um contexto de crise política e econômica.

A RODA COMO CONFIGURAÇÃO COLETIVA À MARGEM DO AUTORITARISMO INSTITUCIONAL

Historicamente, a roda esteve presente nos contextos da escravidão e do totalitarismo, problematizando e às vezes transformando as desigualdades sociais brasileiras. A roda subversiva da capoeira criada pelos primeiros escravos afro-brasileiros pode ser considerada como uma figura constitutiva desse imaginário social (Ickes, 2013). Durante a ditadura militar que ocorreu entre os anos de 1964 e 1985, cidadãos envolvidos na reforma sanitária e psiquiátrica acreditaram que poderiam contornar a lógica autoritária observando os interstícios, o funcionamento local e microsocial.

Por outro lado, como metodologia de trabalho com coletivos nas redes de saúde pública, a roda vem sendo desenvolvida em diversos contextos no Brasil (Sampaio *et al*, 2014). Em Campinas, a ideia popular de roda baseia-se nos estudos do médico sanitarista e professor Gastão Wagner de Sousa Campos. A roda é, assim, um elemento central do seu “método para análise e cogestão dos coletivos” (2005). O conceito de roda proposto por Wagner, inspira-se no referencial teórico-metodológico de Paulo Freire e em outros autores críticos ligados ao marxismo, a análise institucional ou a psicanálise. Durante seu mandato como secretário municipal de saúde de Campinas nos anos 2000, Wagner definiu a roda como um elemento central na implantação da rede de saúde mental de Campinas.

No dia a dia, as rodas criadas pelos diferentes profissionais que integram a rede de atenção à saúde mental de Campinas significam uma mudança na representação do laço social com margem na escala microsocial. Essa representação é articulada em torno de um ponto central, o da não separação entre as dimensões grupal, organizacional, institucional e política (Campos, 2005; Rodriguez e Benevides, 2003). Observa-se que a acessibilidade e flexibilidade da roda garantem uma maior participação, mas também uma maior capacidade de lidar com conflitos sociais por meio de ajustes nas ações dos territórios no contexto da Atenção Primária à Saúde. O sujeito que participa da roda desenvolve assim confiança na sua capacidade de atuar não

somente na gestão democrática da rede pública de atenção à saúde mental, mas também na sociedade.

Nos últimos trinta anos, o território da saúde mental tornou-se o lugar potente para experimentar a "utopia ativa" das rodas (Baremlitt, 1992). Enquanto as instituições asilares são denunciadas como disciplinadoras, a roda é investida do poder de transformação das instituições consideradas opressivas e desumanas. Hoje, mais do que nunca no Brasil, a reforma psiquiátrica continua sendo limitada por medidas burocráticas herdadas da ditadura militar e que constituem muitos “enclaves autoritários” (Garreton, 1989).

Para contorná-los, os serviços públicos de saúde mental de Campinas são objetos de uma ação pública multifacetada, envolvendo movimentos antimanicomiais, uma organização filantrópica (o Cândido) e uma universidade pública (UNICAMP), cada um enfatizando uma abordagem própria da problemática. Esta rede forma uma comunidade política composta por atores comprometidos e mobilizados, que visam garantir uma ação pública coerente e eficaz no campo da saúde mental na cidade. Dessa forma, a comunidade oferece resistência política ao governo, ao mesmo tempo que desenvolve novos conhecimentos em saúde mental comunitária.

O autoritarismo institucional no campo da saúde mental no Brasil também é caracterizado pelo uso de recursos públicos de maneira irresponsável, politizada e clientelística, e pela exclusão dos cidadãos mais vulneráveis dos benefícios das políticas reformistas, particularmente na psiquiatria. Esse autoritarismo faz parte também de um contexto social marcado por relações de poder que se refletem nas interações sociais da vida cotidiana, no mundo do trabalho e nas cenas políticas e midiáticas.

Dabène (2008) desenvolve o conceito de "enclave cultural autoritário", para se referir a um autoritarismo enraizado (*embedded*) aos comportamentos e valores no Brasil. Traços podem ser identificados entre outros no mundo do trabalho. Nas instituições públicas de saúde mental, desenvolvem-se comportamentos autoritários, acentuando hierarquias entre categorias de trabalhadores e violência contra usuários, de acordo com o nível de escolaridade, idade, sexo, raça e status socioeconômico. Mais especificamente, a violência contra pessoas vulneráveis que vivem com problemas de saúde mental revela comportamento autoritário, condescendência, desprezo e até

mesmo racismo que demonstram incapacidade de se relacionar com o outro de forma igualitária. Também na esfera profissional, desenvolvem-se comportamentos autoritários, acentuando as hierarquias entre as categorias de trabalhadores, de acordo com as suas qualificações, idade ou sexo. Finalmente, nas cenas política e mediática, modelos de gestão municipal antidemocráticos que promovem o confinamento em massa ganham legitimidade em Campinas e em todo o país. Sorj e Martuccelli (2008) chegam a falar de uma verdadeira "cultura autoritária" para designar a prevalência da violência nas relações sociais e a falta de respeito aos direitos civis no Brasil.

A negação da violência institucional começa quando a sensibilidade provável de experimentá-la ou compartilhá-la simplesmente não está mais disponível (Cusset, 2018). Essa negação é ainda mais poderosa nos chamados espaços de participação social, onde os debates são mais diretamente perceptíveis que a brutalidade da dominação, escondidos por trás da imprudência de um modo de governança aparentemente horizontal e "democrático".

Nesse contexto, a necessidade de experimentar, ao mesmo tempo, que de resistir ao autoritarismo, facilita a construção de uma pluralidade de práticas inovadoras em termos de democratização local. Por isso, a pertinência de estudar outros espaços fora dos dispositivos de participação institucionalizados, espaços como rodas configuradas para problematizar coletivamente o autoritarismo culturalmente enraizado nas redes de saúde mental. Como tal, a roda da rede de atenção à saúde mental da cidade de Campinas constitui uma alternativa institucional e social muito evocativa.

RESULTADOS: APROPRIAÇÃO DAS RODAS PELOS CIDADÃOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CAMPINAS

Cláudia¹ é uma mulher de quarenta anos que trabalha como psicóloga na rede de atenção à saúde mental de Campinas há quinze anos. Ela afirma ter sido tocada pelos valores democráticos dos movimentos antimanicômicos durante seus estudos na

¹ Para preservar o anonimato, todos os nomes dos atores encontrados no contexto dessa pesquisa são fictícios.

Universidade pública. Ela começou a trabalhar na rede no auge da reforma psiquiátrica em Campinas. Segundo ela:

2001 é um marco, um divisor de águas na constituição da rede de atenção à saúde mental porque toda a implantação do modelo como hoje ele se dá, a implantação dos CAPS III, se dá tudo a partir deste ano. Foi um momento que Campinas viveu uma efervescência porque a gente foi virando vários serviços muito rapidamente, vários serviços da saúde mental foram se implantando. E era tudo muito novo, eram muitas equipes chegando, muitas pessoas chegando para trabalhar, muita gente jovem! Acho que era o primeiro emprego para maioria das pessoas. Então isso é bastante interessante porque eram pessoas que estavam iniciando uma carreira profissional dentro de uma proposta diferente, uma proposta nova! A Reforma psiquiátrica junto nas rodas! Era muito apaixonante a forma como a gente foi se envolvendo com o projeto, com implantar o serviço, com abrir um serviço que ia virar 24 horas, poder receber os usuários no leito, não ir para a internação.

Paralelamente a essa onda de contratações, são constituídas rodas entre trabalhadores, coordenadores e usuários de diversos serviços para discutir e construir o projeto da reforma psiquiátrica local. A este respeito, Victor, um usuário de serviços, explica:

Para ir se constituindo a questão do projeto essas questões dos espaços coletivos, os espaços coletivos de discussão ele tinha uma força que é a força que a gente ainda vê hoje. Então eram muitas rodas, eram rodas desde as rodas pequenas dentro do próprio serviço, então o espaço da reunião de equipe de discussão, o conselho local se ampliando para a roda com os trabalhadores do distrito, com os coordenadores do distrito para debater como ia ser esse serviço, como ia implantar esse serviço e as rodas no município. Essas rodas eram as rodas onde se discutiam o modelo. Era também para discutir como que nós vamos implantar, o que vamos fazer... Se discutia muito. Muita gente sentiu que estava fazendo reforma social ligada ao trabalho em saúde; ligado ao seu trabalho. Houve uma militância, houve uma mobilização! Então criou uma perspectiva para si mesmo, para os outros, para a democracia, para os direitos na área da saúde mental muito forte com efeitos institucionais importantes. É em cada uma dessas rodas, nesse processo, que construímos. Desde a época em que sou usuário, as rodas são os espaços onde se abordam francamente os problemas, os desafios em que se constrói, tendo a possibilidade de ouvir mais.

Em Campinas, não são tanto os dispositivos instituídos de participação social que potencializam a democratização da rede de saúde mental tanto como a abertura e o engajamento dos atores em um projeto social mais amplo que resulta em sua presença ativa e cotidiana nas rodas. O enfoque no poder do coletivo pequeno "[...] *participa de uma redefinição da cidadania a partir de uma subjetividade compartilhada que permite ao sujeito a estar presente a si mesmo tanto como lucidamente presente a vida coletiva*" (Giust-Desprairies, 2015: 137). Assim, pertencer às rodas reflexivas e deliberativas torna-se um projeto político de subjetivação (Rancière, 1998).

AS RELAÇÕES SOCIAIS DE PODER ATRAVESSANDO AS RODAS

Para discernir se a roda é uma inovação democrática, Bourgeault (2003) propõe o seguinte questionamento “quem decide?”. Essa questão é central, especialmente porque os atores-chave capazes de liderar uma inovação democrática dentro das redes de saúde mental estão frequentemente fora dos círculos profissionais e gerenciais e se encontram ao lado dos usuários (Corin, 1990, Guattari, [1989] 2012; Onocko Campos *et al*, 2012). Maria, usuária da rede de Campinas e muito ativa nas rodas, explica como sua participação com os trabalhadores e os gestores a afeta:

Com toda esta participação esta colaboração com os trabalhadores da rede de saúde mental estou me perguntando qual que é meu lugar mesmo. Sou usuária, trabalhadora, militante? Me sinto mais trabalhadora na realidade porque chego lá feliz, as pessoas me abraçam. Mas daí quem vai cuidar de mim? Será que vou ter força para deixar a rede, já que eu criei um vínculo, né? Quero estudar e tal, o tempo tá curto! Será que vou ter coragem?

Para essa mulher e para a maioria dos usuários que tem a oportunidade de participar das rodas, a experiência junto aos trabalhadores e gestores da rede é, antes de tudo, uma troca de afeto. Tal troca leva Maria a questionar sua posição como "usuária" dentro da organização dos serviços, bem como seu lugar na sociedade. A troca de afeto entre gestores, trabalhadores e usuários nas rodas levam também à criação de um clima de cumplicidade e criatividade voltado para a ação política e artística.

Essa dimensão subjetiva e criativa não deve nos fazer esquecer que as rodas fazem parte de um contexto marcado por profundas desigualdades sociais e econômicas entre os participantes. Como a maioria das grandes cidades brasileiras, Campinas enfrenta a complexidade e os desafios da migração urbana, do crescimento das favelas, da criminalidade e da pobreza. Este contexto influencia as relações sociais de poder que se desdobram dentro das rodas de várias maneiras. Por exemplo, devido à falta de recursos financeiros, vários usuários e trabalhadores precários da rede (auxiliar de enfermagem, agente de segurança e faxineiro) acumulam até três empregos em diferentes serviços da cidade para ter um salário que atenda às suas necessidades financeiras. Eles não têm tempo para acompanhar as rodas tanto quanto gostariam. Além disso, muitos usuários e trabalhadores precários não possuem veículo próprio e dependem de transportes públicos. Devido ao estado precário dos sistemas de transportes públicos da cidade, os trabalhadores e usuários tem dificuldade de se

deslocar entre os locais onde acontecem as rodas. Uma das dificuldades enfrentadas é o tempo de deslocamento entre um local e outro. Diante desses limites de acesso, muitos desistem de participar.

As rodas também fazem parte do contexto organizacional da rede de atenção à saúde mental de Campinas. A organização cotidiana desses serviços baseia-se em uma divisão de poder entre os indivíduos de acordo com suas atividades - supervisão, gestão, atendimento clínico, limpeza etc. Essa divisão atravessa as relações sociais de poder das rodas. Isso se reflete, em particular, pelas regras de participação nos dispositivos instituídos, bem como pelo tempo de escuta e de fala de cada um nas rodas.

Apesar dessas desigualdades sociais instituídas, observamos como, nas trocas dentro das rodas, a posição ocupada na organização dos serviços torna-se secundária a partir do momento em que a possibilidade de participação dentro das rodas é relativamente semelhante a todos os usuários. Por exemplo, Fernando, um usuário, recebe uma pensão de aposentadoria do governo e se beneficia de uma herança de sua tia. Ele participa de várias rodas cada semana. Ele é bem conhecido na rede também. Muitas vezes ele consegue carona para ir de uma roda para outra. Sua renda, sua disponibilidade e seu compromisso facilitam seu acesso a informações privilegiadas, sua participação ativa nos debates e nas tomadas de decisões, e sua possibilidade de criar vínculos com outros usuários, gestores e profissionais de saúde. Outros usuários não têm a mesma oportunidade, os mesmos meios e nem o mesmo desejo que Fernando de participar das rodas. Desta forma, eles são excluídos de várias trocas. Essa forma de exclusão acumula-se àquelas produzidas pela organização dos serviços e pelas desigualdades sociais e econômicas. No entanto, para Fernando, participar das rodas significa uma oportunidade que lhe é dada para mostrar seu apoio aos trabalhadores, à rede e aos seus colegas que, possivelmente, um dia, precisarão dos mesmos serviços.

DISCUSSÃO: A POTÊNCIA DAS RODAS APESAR DE TUDO

A roda é, antes de tudo, um espaço de análise e cogestão de situações consideradas coletivamente como problemáticas no que diz respeito às estratégias de ação para melhorar a qualidade dos serviços e a justiça social. É também um espaço de partilha entre indivíduos que se reconhecem como legítimos interlocutores. "Fazer

roda" refere-se a um momento de troca, conversa, deliberação envolvendo a contribuição / confronto de uma pluralidade de saberes carregados por várias pessoas. Quando um indivíduo diz "houve uma roda", quer dizer que ele reconhece que houve um debate real que levou a uma colaboração concreta entre os participantes. De fato, "houve roda", quando nenhum dos participantes sentiu a necessidade de focar ou de compartilhar frustrações ou decepções nos "corredores". Eles compartilham "tudo" quando "fazem roda". Os indivíduos encontrados também dizem "organizar rodas". As rodas podem ser agendadas ou organizadas espontaneamente para discutir um tema específico. Nesse caso, não é certo que o encontro "faça roda". A intenção, no entanto, está lá. Resumindo, a roda pode ser caracterizada tanto como um momento mais formal que pode ser planejado e organizado ("organizar uma roda") ou como um momento mais informal ou imprevisível quanto à qualidade da dinâmica coletiva e da troca de afeto ("fazer roda"). A roda não é percebida como um dispositivo estabelecido de participação social nem como um acontecimento espontâneo. Ela permanece um elemento semiestruturado por uma cultura participativa que a torna consensual e necessária do ponto de vista da maioria dos atores da rede local de saúde mental. Assim, ela estabelece novas fronteiras entre os espaços organizacionais e os espaços dos cidadãos dentro e fora dessa rede.

Vários estudos já mostraram como a organização participativa das políticas públicas envolvendo uma pluralidade de indivíduos - gestores, profissionais, usuários - pode produzir espaços de trocas com fronteiras indeterminadas e uma perda de orientação comum (Boltanski 2009, Cantelli 2009, Gaulejac 2010, Génard 2007). Por exemplo, Cantelli (2009) observa que os participantes não têm certeza de como agir e como se organizar juntos e que os padrões e métodos de participação não são compartilhados por todos. Isso requer esforços para reformulá-los, o que leva muito tempo. Por outro lado, este estudo em Campinas expõe a maneira pela qual os cidadãos da rede de saúde mental construíram referências normativas e organizacionais comuns em torno das rodas. Essas referências ou, mais especificamente, essas práticas comuns permitem que os indivíduos deem significado e forma a um projeto de democratização da saúde mental, apesar da crise e da fragilidade do estado de bem-estar social brasileiro.

Observamos a constância e a perseverança dos atores desta rede local para realizar reflexões sociais e políticas, a fim de problematizar questões sociais na saúde mental. Isso demonstra, de alguma forma, a importância dos coletivos cidadãos e dos espaços públicos para o avanço da democratização da saúde mental em sua cidade. Aos olhos de muitos atores, a democratização da saúde mental envolve um compromisso permanente dentro e fora das funções mantidas dentro da organização dos serviços. Porém, nada é garantido! As ameaças do autoritarismo, dos cortes e do subfinanciamento dos serviços públicos são constantes assim como as necessidades das populações vulneráveis que somente a rede pública de atenção à saúde mental é capaz de atender.

Os usuários também participam da construção das rodas. Seus compromissos tornam possível incluí-los. Ao contrário de uma tendência comum, seus saberes, discursos e ações não são apenas para dar sentido a suas experiências *per se* (Dubet, 2007). Uma troca de afeto político constante nas rodas facilita sua participação em um projeto coletivo maior. Muitas vezes é uma troca de experiências sociais de todos os participantes, independentemente da sua posição e do seu status. Essas trocas criam um clima acolhedor e aberto ao prazer e à criatividade. "A roda é onde eu sinto que é possível mudar a máquina de saúde mental com as pessoas ao meu redor", relata Janete, uma das participantes das rodas. A roda também possibilita aos usuários problematizar as normas e os modos de subjetivação que os definem dentro da rede de saúde mental. Essa problematização leva-os a reformular a questão da organização dos serviços para enxergá-la também em termos políticos e sociais. Todos esses indivíduos buscam na "arte" da roda um princípio político decisivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A DIMENSÃO POLÍTICA DAS RODAS

A roda constitui, em última análise, um ato político efetivo capaz de democratizar as relações sociais de poder entre os cidadãos envolvidos na organização dos serviços de saúde mental de Campinas? O compromisso dentro das rodas implica sair do padrão organizacional para participar de uma nova forma de "estar em conjunto" (*être ensemble*). Isso é uma questão fundamental para entender a influência que os indivíduos podem exercer nas relações sociais de poder nas rodas.

Como prática cidadã, a roda é fruto de indivíduos que denunciam contradições e injustiças na saúde mental do lado de fora, mas também dentro dos espaços instituídos de participação social. Esses indivíduos desenvolveram práticas alternativas para questionar continuamente esses espaços e suas funções dentro da rede de saúde mental. Tais práticas coletivas são inspiradas pela resistência ao autoritarismo, pela constante necessidade de manobrar com condições organizacionais precárias e pelo desafio cotidiano de lidar com as desigualdades sociais e a miséria humana. As rodas fazem parte de uma apropriação política da organização dos serviços para potencializar a democratização da saúde mental no cotidiano. Elas demonstram assim a possibilidade de uma crítica coletiva contínua e aberta da criatividade social, tanto dentro como fora do estado social.

A pesquisa social sobre as rodas e os processos micro políticos de democratização parece ainda promissora no contexto atual, marcado por novas formas de autoritarismo institucional e por um estado social enfraquecido por medidas de austeridade. Embora, por um lado, haja um aumento na gestão participativa dos serviços públicos de saúde mental que vem ocorrendo há mais de 20 anos, por outro lado, há, também, um aumento dos mecanismos de centralização de poderes e dos mecanismos de controle panóptico. Ao contrário desta tendência dominante, este estudo de campo possibilita reconhecer as capacidades das rodas - uma inovação social realizada por cidadãos vulneráveis - para transformar as relações sociais de poder para a ativação do direito à saúde mental para todos. Tais constatações nos convidam a avançar na co-construção de uma pesquisa que não apenas permita que esse tipo de iniciativa cidadã seja reconhecida, mas que contribua também com o desenvolvimento de uma teoria através da observação e do diálogo dessas iniciativas em andamento (Klein *et al*, 2016).

Mais pesquisas empíricas são necessárias para aprofundar a compreensão das relações sociais de poder envolvidas no surgimento desses espaços cidadãos, bem como seus impactos nas organizações de serviço público contemporâneas em contextos municipais atravessados por tensões entre as mobilizações cidadãs e os modos autoritários de gestão de serviço público. Também é necessário identificar, de maneira mais específica, os pontos de tensão e os arranjos entre práticas cidadãs e práticas de gestão participativa em um contexto organizacional autoritário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes teorias e prática**. Belo Horizonte : Instituto Félix Guattari, 1992.
- BOLTANSKI, L. **De la critique : précis de sociologie de l'émancipation**. Paris : Gallimard, 2009.
- BOURGEAULT, G. **L'innovation sociale et ses implications : considérations éthiques**. Sherbrook : Communication présentée à l'Association francophone pour le savoir, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CANTELLI, F. **Sensibilités pragmatiques : enquêter sur l'action publique**. Bruxelles : PIE Peter Lang, 2009.
- CORIN, E. **Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale**. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- CUSSET, F. **Le déchaînement du monde: logique nouvelle de la violence**. Paris: La Découverte, 2018.
- DABÈNE, O. *Enclaves autoritaires en démocratie: perspectives latino-américaines*. In O. Dabène *et al.* (Dir.), **Autoritarismes démocratiques**. Démocraties autoritaires au XXI^e siècle, Paris, La Découverte, p. 89-112, 2008
- DUBET, F. **L'expérience sociologique**. Paris : La Découverte, 2007
- FREIRE, P. **Pédagogie des opprimés; suivi de Conscientisation et révolution** (Nouv. ed.). Paris: La Découverte/Maspero, 1980.
- GARRETON, M. A. **La posibilidad democrática en Chile**, FLACSO, Santiago, 1989.
- GAULEJAC, V. *La NGP: Nouvelle gestion paradoxante*. **Nouvelles pratiques sociales**, (Montréal) vol. 22, no 2, p. 83-98, 2010.
- GÉNARD, J.-L. *Responsabilité et solidarité: État libéral, État-providence, État réseaux*. In M.-H. Soulet (Dir.), **La souffrance sociale: nouveau malaise dans la civilisation**, Fribourg, Presses académiques de Fribourg, p. 75-95, 2007
- GIUST-DESPRAIRIES, F. *Penser le groupe enjeux historiques et théoriques d'un engagement social*. In R. Kaës (Dir.), **Crises et traumas à l'épreuve du temps: le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions**. Paris, Dunod, p. 132-160, 2015.
- GUATTARI, F. **De Leros à la Borde**. Clamecy : Lignes imec, 2012.
- ICKES, S. **African-Brazilian Culture and Regional Identity in Bahia**. Brazil and Miami: University Press of Florida, 2013.
- KLEIN, J.-L. *et al.* (Dir.). **La transformation sociale par l'innovation sociale**. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2016.
- LAPLANTINE, F. e Singly, F. **La description ethnographique**. Paris: Armand Colin, 2010.

RUELLAND, I.

O'REILLY, K. **Ethnographic methods**, 2nd edition. Abingdon: Routledge, 2012.

SAMPAIO, J. *et al.* *Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano.* **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo: v. 18 n. 2, p. 1299-1312, 2014.

YBEMA, Sierk. *et al.* (Dir). **Organizational ethnography, studying the complexities of everyday life.** London: Sage, 2009.



Ana Paula Azevedo Hemmi
Tatiana Vargas de Faria Baptista
Mônica de Rezende

INTRODUÇÃO

Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) está a participação social. A inclusão de tal princípio no arcabouço legal foi resultado de amplo debate político e reflete o compromisso assumido com a construção da democracia na Constituição Federal de 1988. As Leis Orgânicas da Saúde, em especial a Lei de nº 8.142/1990, regulamentaram a participação popular ao estabelecer a obrigatoriedade dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo e a realização regular de Conferências de Saúde também em todos os níveis. Com isso, o princípio da participação social ganhou institucionalidade e contornos de controle social. Esperava-se garantir uma maior participação dos diferentes segmentos sociais relacionados à saúde – gestores, profissionais de saúde e usuários – na formulação e acompanhamento das políticas sobre as ações públicas de saúde.

Contudo, o processo decisório e a construção de políticas ocorrem a partir de um processo bem mais dinâmico e complexo, envolvendo relações que extrapolam as

* Este capítulo é fruto de uma pesquisa de doutorado e contou com financiamento da CAPES por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz Edital 2016/2017 e também do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Edital Universal 2016.

arenas formais de participação estabelecidas na lei e dos seus modos de produção pretendidos a partir da Reforma Sanitária ocorrida nos fins do século XX. Nesse sentido, uma análise de processos políticos deveria considerar as diferentes arenas, atores e negociações de interesses e que, muitas vezes, extrapolam o âmbito governamental. Uma contribuição interessante para análise de políticas é ofertada por Bowe, Ball e Gold (1992) e Ball (1994) que propõem, a partir do texto e dos discursos em torno de uma política, reconhecer os diferentes contextos que envolvem o desenvolvimento da política – contextos de influência, de produção de texto e de práticas. Os diferentes contextos remetem a arenas, públicas e privadas, institucionais ou não institucionais, e a diferentes tipos de atuação de agentes sociais advindos de distintos campos – político, institucional, acadêmico, social. Na análise da participação dos diferentes agentes, busca-se reconhecer as lutas e disputas, as trajetórias e subjetividades que envolvem a construção de uma política.

Diante disso, este texto visa problematizar o processo participativo na construção de políticas de saúde no Brasil a partir do estudo da formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA PNAISH

No documento oficial da PNAISH, lançado inicialmente em 2008, há a afirmação de que ela foi resultado dos “*consensos obtidos*” nos eventos produzidos para sua construção e que exprime, com fidelidade, ideias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações de saúde no país (BRASIL, 2008, p. 08).

A partir do estranhamento dessas afirmações, buscamos problematizar e identificar que tipo de participação estava sendo referida no documento. Isso porque a ideia de participação social que adotamos a partir do marco legal do SUS tende a nos remeter à atuação de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde ou debates e propostas em Conferências Municipais, Estaduais ou Nacional de Saúde. Porém, até onde conseguíamos perceber, a PNAISH não havia partido de nenhuma dessas vias e destacava-se a atuação das Sociedades Médicas na promoção do tema.

No texto da PNAISH, a participação refere-se às sociedades médicas, aos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), aos profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos e entidades civis organizadas.

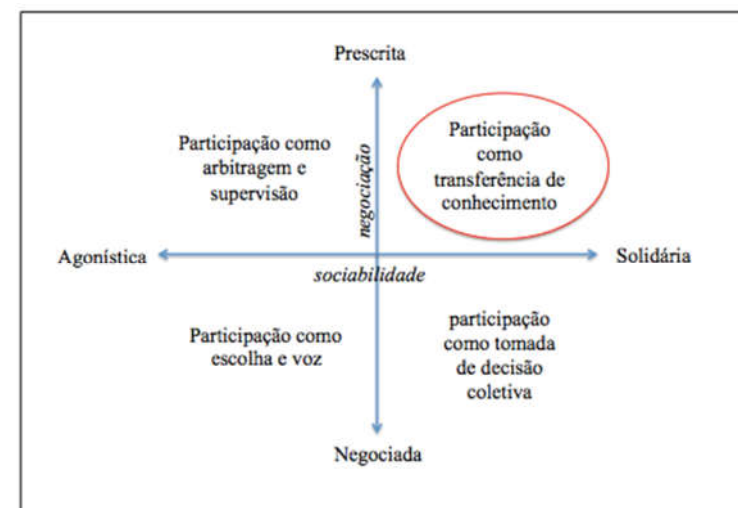
Questionamos, então, como havia ocorrido a participação conjunta desses agentes resultando em um consenso. Acreditávamos que as diferenças de perspectiva e conhecimento entre os participantes sobre saúde do homem e as posições de poder ocupadas por estes diversos grupos na sociedade não favorecia um consenso entre eles, mas a sobreposição do saber de uns em relação aos demais. Principalmente por se tratar de grupos distintos, com interesses e trajetórias próprias dentro de cada campo ao qual estão relacionados.

Assim, estudar a construção da PNAISH nos obrigou a procurar compreender a participação descolada da ideia de controle social e buscar elementos teóricos para reconhecer formas de participação e de produção de consensos em processos políticos. Nesse caminho, o estudo de Rikki John Dean (2016a, 2016b) foi uma importante contribuição teórica.

Dean (2016a), ao se referir à participação, refere-se à *public participation* e sua proposição foi inspirada em tipologias, como a de classificação de modos da administração pública e na taxonomia sobre cidadania. Participação pública, para ele, possui uma relação com envolvimento do público na tomada de decisão. O autor afirma que há quatro possibilidades de pensarmos participação, que estão relacionadas a duas dimensões: *sociabilidade* e *negociação*. (Figura 1).

Na representação gráfica proposta, o eixo horizontal se refere à dimensão da sociabilidade e compreende participação, nos extremos, como *agonística* ou *solidária*. Participação agonística diz respeito a conflitos entre participantes que defendem seus próprios interesses e valores contra outros indivíduos ou grupos. Já na participação solidária, os participantes se veem como membros interdependentes de coletivos e se voltam a um interesse em comum. Essa dimensão leva em consideração que pode haver conflito ou cooperação no espaço em que acontecem diversas práticas participativas.

Figura 1: Os quatro modos de participação pública em decisão



Fonte: Dean, 2016a, tradução nossa.

De maneira complementar ao eixo horizontal da Figura 1, há o eixo vertical em que se expressa a dimensão da *negociação*, que compreende participação como *prescrita* ou *negociada*. No caso do espaço participativo prescrito, quem participa e sobre o que participa é algo definido em um espaço externo e imposto aos participantes. Ou seja, os organizadores são os responsáveis por definir tanto o objeto da participação quanto quem serão os participantes que se envolverão no processo de tomada de decisão. Nos espaços em que a participação é negociada, os participantes têm determinada autonomia para negociarem quem irá participar, os objetivos da participação e as regras entre os participantes.

De acordo com Dean (2016a), tanto *sociabilidade* quanto *negociação* são dimensões importantes para pensarmos participação nas decisões políticas e essas aparecem, de alguma forma, nas teorias sobre democracia e de administração pública, influenciando os rumos da participação em diferentes espaços em que ela acontece. Assim, a tipologia proposta compreende quatro modos de participação, considerando os quadrantes compostos pelos cruzamentos dessas duas dimensões (eixos): (1) participação como transferência de conhecimento, (2) participação como tomada de

decisão coletiva, (3) participação como escolha e voz, (4) participação como arbitragem e supervisão¹.

Na análise da PNAISH, reconhecemos que o processo participativo presente em seu processo de construção se refere ao modo de “participação como *transferência de conhecimento*” (ou “*knowledge transfer*”), localizada no quadrante superior direito da Figura 1, e que representa a combinação da participação prescrita e solidária. Ou seja, diferentes atores são convidados a participarem do processo de decisão e há aqueles que decidem sobre o processo e aqueles que participam como convidados, havendo uma distinção entre quem governa e quem é governado. Neste tipo de participação, é possível perceber que a transferência de conhecimento acontece pela consulta a um público ou a especialistas como forma de se conhecer as necessidades, preferências e valores das pessoas, obtendo, assim, maior efetividade nas tomadas de decisão. Dessa forma, o foco não é na participação em si, mas nos possíveis resultados positivos, advindos da participação, para uma política em questão.

Os envolvidos no processo de construção da PNAISH foram convidados por gestores da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2008, para atuarem em seminários temáticos. O convite aos participantes ocorreu em razão da expressividade que vinham ganhando em diversas arenas, seja no próprio MS, no Legislativo ou no meio acadêmico.

Os seminários foram propostos para debater a orientação da política pela perspectiva dos diversos especialistas. Um deles foi intitulado “Saúde Mental”, que agregou subtemas como Adesão a Programas de Saúde, Agressões, Suicídios e Acidentes de Transportes, reunindo Organizações Não-Governamentais (ONGs), pesquisadores e ativistas sociais junto com psiquiatras da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Outros seminários envolveram separadamente as especialidades médicas de urologia, pneumologia, cardiologia e gastroenterologia. E, por fim, ocorreu um seminário que contou com a participação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este foi incorporado ao planejamento da ATSH em um último momento,

¹ No texto original, “participation as knowledge transfer, participation as collective decision-making, participation as choice and voice, participation as arbitration and oversight” (Dean, 2016a, p. 4).

quando um dos técnicos percebeu a necessidade de se abordar a saúde homem a partir da Atenção Básica à Saúde.

Dessa forma, a participação ocorreu de forma separada e os especialistas convidados foram divididos em grupos específicos e em momentos distintos para exporem seu conhecimento sobre temas pré-definidos pelos gestores da ATSH. Conforme as diferentes perspectivas dos envolvidos, foi possível perceber como essa participação ocorreu no âmbito das ideias, ou conforme Dean (2016a; 2016b), como uma forma de transferir conhecimento de diversos especialistas para a tomada de decisão dos gestores.

A diferenciação dos seminários promoveu debates paralelos e pouco integrados sobre os objetivos e estratégias da política e isolou as discussões das especialidades médicas dos demais participantes, sociedade civil e academia.

Identificamos, a partir dos relatos dos envolvidos, que os participantes no processo de construção da política adotavam distintos significados, tanto em relação à compreensão do que é ser homem e dos cuidados necessários à saúde deste grupo populacional, quanto sobre o que deveria ser a própria política de saúde destinada aos homens². Identificamos, também, que alguns desses significados predominaram na política, sem consenso, já que a saúde do homem se pautou em um discurso biomédico, que privilegiava os agravos à saúde da população masculina relacionados às doenças urológicas e do coração. Tal predomínio reforçava o discurso dos médicos das Sociedades Brasileiras de Urologia (SBU) e de Cardiologia (SBC) em detrimento do entendimento de alguns pesquisadores da academia e da sociedade civil, que adotavam um discurso crítico em torno da saúde dos homens considerando, dentre outras, as questões de gênero e das masculinidades. Como exemplo, podemos citar o movimento da SBU em inserir a pauta da saúde do homem focada na prevenção e tratamento do câncer de próstata, visando ampliar seu âmbito de atuação como especialidade. De

² Iremos nos referir à saúde do homem ou dos homens, como uma demarcação realizada pelos próprios agentes sociais envolvidos no processo de construção da política. Enquanto para as sociedades médicas, homem aparece no singular, para acadêmicos e aqueles ligados ao movimento LGBT, por exemplo, homens deve ser escrito e falado no plural, devido à sua própria multiplicidade.

outro lado, havia os pesquisadores da Saúde Coletiva desenvolvendo textos e pesquisas sobre saúde dos homens como ênfase em outros aspectos.

Houve uma participação delimitada, que exigiu negociações, mas não colocou em risco a sobreposição do saber e nem das práticas das Sociedades Médicas. Isso significa que não houve espaço para que os diferentes participantes se mobilizassem entre si, envolvendo-se diretamente, nem ajudando a construir a agenda do processo participativo.

O processo participativo capitaneado pela Área Técnica a partir da realização dos seminários temáticos, com divisão de grupos, reforçou a atuação dos segmentos reconhecidos como especialistas e produziu falsos consensos com apagamento de conflitos entre os grupos participantes.

Este estudo nos permite afirmar que o processo de construção da referida política não seguiu os canais institucionalizados de participação social previstos no processo de criação e consolidação do SUS e sustentou-se num processo participativo que buscou de forma específica determinados segmentos para promover o debate da política. Destacou-se nesse processo a atuação dos especialistas vinculados às sociedades médicas e a estratégia de participação que enfatizou a transferência de conhecimento.

Cabe ainda introduzir três outros aspectos importantes na análise sobre a participação no processo dessa política. Primeiro, o fato dessa política não ter surgido como uma demanda de movimentos sociais de homens, mas a partir de um importante engajamento da SBU na sua formulação inicial. Desde 2004, essa sociedade inseriu o tema na agenda de debates do Legislativo federal e atuou junto ao Executivo para mobilizar tal política. O convite da Área Técnica às diferentes Sociedades Médicas como especialistas na orientação da política marca um determinado modelo de participação, mas também uma resposta da ATSH aos movimentos de pressão desse importante segmento no campo das políticas públicas de saúde.

O segundo aspecto a ser destacado é que o convite feito a diferentes segmentos e possíveis interessados no desenvolvimento da política para além das sociedades médicas foi uma outra estratégia de participação para a construção da política. Com

isso, a ATSH trouxe para o debate perspectivas diferentes sobre a saúde do homem e tentou ampliar a abordagem da política. A intenção pareceu ser produzir uma política mais abrangente de saúde dos homens, incluindo a reflexão sobre masculinidade, gênero, produção social da doença.

Contudo, a organização do debate e a estratégia de participação adotada pela ATSH trouxe problemas para garantir uma política de consenso entre os grupos. Cada segmento participou da discussão da política em diferentes seminários, o que não favoreceu o debate do contraditório e das diferentes visões sobre a saúde do homem. Ao contrário, cada seminário abordou pautas específicas, reafirmando diferenças e posicionamentos.

O terceiro aspecto é que coube aos gestores e técnicos da ATSH, a partir do material levantado nos diferentes seminários, se ocupar da organização das ideias dos participantes de maneira a consolidar um documento de política. Ou seja, a ATSH exerceu o papel de mediador entre os diferentes discursos e interesses dos grupos que participaram dos seminários e, com isso, evitou o confronto e conflito de ideias, mantendo-se no âmbito técnico uma discussão que poderia e deveria ser enfrentada na arena política. Portanto, apesar do esforço da área técnica de buscar a contribuição de outros agentes e grupos relacionados e interessados no desenvolvimento da política (como as ONGs, acadêmicos, ativistas e outras sociedades médicas antes não implicadas com o debate da política), a atuação e presença das ideias das sociedades médicas predominaram no processo de construção da política. Isso porque é esperado que os grupos com maior capacidade de articulação e poder, como são as sociedades médicas, exerçam maior pressão e influência na relação com a ATSH.

Isso nos leva à reflexão sobre o modelo de participação adotado e acerca das estratégias políticas empregadas nos processos de construção das políticas de saúde. A democracia, tal como idealizada na lei e nos mecanismos de controle social do SUS, aproxima-se da “participação como tomada de decisão coletiva”, que se fundamenta na combinação da participação negociada e solidária. Neste modo, segundo Dean (2016a), os participantes têm autonomia para definirem quem participa e quem lidera o processo, e a construção da agenda também é aberta à negociação. Mas o que se verificou no processo de construção da PNAISH foi um outro modelo de participação,

pautado numa lógica de mediação técnica e de transferência de conhecimento, que retira do ambiente decisório a disputa e o conflito entre os grupos.

Reconhece-se algum esforço de técnicos da ATSH na construção de um outro formato de participação ao convidar diferentes agentes, mas as estratégias adotadas não favoreceram o diálogo. Ao contrário, comprometeram a construção de uma política de consenso com base no contraditório. Ou seja, se os mecanismos utilizados são baseados em escolhas encapsuladas no âmbito técnico central, provavelmente haverá maior fragilidade no processo político e menos democrático ele será. Apresentar a pauta de saúde dos homens não apenas nos espaços colegiados de participação, mas também provocar outros debates e interações deixando a cabo dos grupos decidir os encaminhamentos seria uma estratégia para romper com os mecanismos viciados de construção da política.

Conforme Dean (2016a), em um projeto de participação negociada e solidária, os objetivos de uma política são compartilhados de forma aberta e aposta-se no mútuo respeito entre os envolvidos no espaço da participação. Nesse formato de participação pode haver conflito e/ou cooperação, em níveis variados, dependendo da situação e ambos os aspectos são motivos de debate e negociação. Há uma aposta no diálogo, no respeito à diferença e ao contraditório.

Isso remete à necessidade de trazer à tona e enfrentar os conflitos, bem como decidir conjuntamente os encaminhamentos a serem produzidos e conduzir ao alcance de objetivos comuns. No que tange às políticas de saúde, em última instância, pode significar a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de forma democrática e participativa, por meio do exercício da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção de problematizar o processo participativo na construção da PNAISH nos possibilita pensar e questionar como as diversas políticas específicas têm sido elaboradas no país. A análise da construção da PNAISH nos permite afirmar que, geralmente, os processos de formulação de políticas de saúde não se dão de maneira visível, explícita, e, quando envolvem a participação de diferentes agentes, tornam-se

ainda menos evidentes. Afinal, que tipo de participação um processo democrático exige?

Acreditamos não haver um modo específico de participar que permita-nos responder a esse questionamento. Porém, é possível perceber pela análise realizada que, apesar do discurso de consenso ter sido expresso no documento da política, identificamos conflitos presentes no processo de construção da PNAISH em torno de questões que sequer aparecem no documento. O movimento realizado pelos gestores da ATSH, que, de certa forma, organizaram o texto da política, permitiu que ideias de alguns dos grupos convidados predominassem e outras, apesar de estarem presentes no discurso dos participantes, fossem apagadas desde o processo de discussão. Neste ponto, podemos afirmar que há conflitos entre os envolvidos sobre o próprio entendimento do que seja saúde do homem. E conforme Ball (1994), isso perpassa as diferentes interpretações presentes em um processo político.

Olharmos para a participação na construção de políticas de saúde possui um aspecto não só acadêmico, mas também social, pois nos possibilita refletir sobre os discursos oficiais que se formam em torno das políticas de saúde. Há inúmeros discursos sobre diversos temas em saúde, dentre eles os de participação e de formulação de políticas e sua compreensão pode contribuir para a construção mais reflexiva dos processos participativos nas políticas de saúde brasileiras. Ao trabalharmos com as tipologias da participação, tal como propõe Dean (2016a), buscamos entendê-las e analisá-las nos seus devidos contextos de disputa. A participação é um processo dinâmico, que depende da capacidade de influência, ação e interação entre os atores envolvidos, não apenas sobre o tema em questão, mas também no tensionamento dos espaços existentes e disponibilizados. Sendo assim, os diversos tipos de participação podem e devem ser pensados, analisados e compreendidos de maneira não engessada, com possibilidades de sobreposições de tipos em determinadas situações.

Dessa forma, apesar de termos afirmado que a participação na construção do documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi do tipo “transferência de conhecimento”, não significa que tenha sido essa a intenção de quem capitaneou o processo por dentro da Área Técnica e que não tenham ocorrido momentos de maior ou menor negociação e respeito a conflitos. Contudo, o predomínio

deste tipo de participação, em função das estratégias adotadas para o processo de formulação, nos faz pensar a necessidade de refletir sobre o *modus operandi* de tomada de decisão nos espaços institucionalizados de poder, que muitas vezes reproduz um jeito de fazer que conduz para o distanciamento do processo democrático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWE, R.; BALL, S. J.; GOLD, A. *The policy process and the process of policy*. In: BOWE, R.; BALL, S. J.; GOLD, A. **Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology**. London: Routledge, 1992, p. 06 -23.

BALL, S. J. *What is policy?* Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S. J. (org.). **Education Reform: a critical and post-structural approach**. London: Open University Press, 1994, p.14-27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 20 mar 2019.

DEAN, R. J. *Beyond radicalism and resignation: the competing logics for public participation in policy decisions*. **Policy and Politics**, 2016a, p. 1-17. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/contentone/tpp/pap/2017/00000045/00000002/art00006>. Acesso em 19 jun 2017.

____. **Democratising Bureaucracy: the many meanings of public participation in Social Policy and how to harness them**. 2016b. Thesis (London School of Economics). London, 2016.



O CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE AIDS PAULISTA: ATIVISMO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PRIMEIRA DÉCADA DE ATUAÇÃO DO FÓRUM DE ONGS/AIDS DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Renato Barboza
Alessandro Soares da Silva**

INTRODUÇÃO

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia de Aids (sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é considerada um dos principais problemas de saúde pública. A OMS estima que 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV (sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana) e, destas, 35,4 milhões foram a óbito em decorrência da Aids. Até o final de 2017, havia cerca de 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) e 940 mil faleceram em decorrência da doença. Em 2017, ocorreram 1,8 milhão de novas infecções pelo HIV, reiterando a urgência de uma resposta global dos governos e da sociedade civil para o enfrentamento da Aids (UNAIDS, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde notificou 926.742 casos de Aids de 1980 até junho de 2018. Majoritariamente, os casos estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 51,8% e 20,0%, respectivamente. No período de 2013 a 2017, a região Sudeste apresentou uma média de 16,1 mil casos por ano. Estudos sobre as tendências epidemiológicas demonstram que a epidemia está concentrada em populações em situação de maior vulnerabilidade, como os usuários de drogas, os homens que fazem sexo com homens, os jovens gays e as profissionais do sexo, os quais possuem prevalências elevadas comparados à população em geral (BARBOSA-JUNIOR *et al.*, 2009; BRASIL, 2018). Não obstante os avanços conquistados, diversas

vulnerabilidades programáticas ainda precisam ser equacionadas nesta quarta década da epidemia, a exemplo das desigualdades regionais verificadas no acesso universal aos meios de prevenção do HIV, no diagnóstico precoce e na atenção integral no Sistema Único de Saúde (SUS).

As primeiras Organizações Não-Governamentais (ONGs) brasileiras dedicadas ao ativismo no campo da Aids foram constituídas no período entre 1985 e 1991: o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), fundado em 1985, em São Paulo; a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em 1986, no Rio de Janeiro; e o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela *Vidda*), também no Rio de Janeiro, em 1989 - considerada a entidade pioneira no ativismo e na organização das PVHA (GALVÃO, 2000). Essas entidades são classificadas em três tipos: a) ONGs voltadas às ações de apoio social e envolvidas em atividades de *advocacy*; b) ONGs dedicadas à pressão política e à pesquisa aplicada em HIV/Aids; e c) ONGs constituídas por PVHA que atuam em redes temáticas e grupos de autoajuda (RAMOS, 2004). Nesse sentido, o fortalecimento das estratégias voltadas à organização, ao engajamento e à participação social e comunitária assumiram um papel fundamental no enfrentamento dos contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Nesse campo, o conceito de vulnerabilidade começou a ser utilizado no Brasil na década de 1990 como uma ferramenta analítica, propondo que os atores governamentais e não governamentais atuem sob três planos de intervenção interdependentes: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade institucional ou programática (AYRES *et al.*, 2006).

As ONGs/Aids¹ surgiram em um cenário de crescente institucionalização dos movimentos sociais (GOHN, 2010). No Brasil, essas entidades cresceram consideravelmente na década de 1990, devido à reforma do aparelho do estado durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, no qual foram delegadas as funções executivas e gerenciais às organizações do Terceiro Setor (BRASIL, 1995). Outro elemento que impulsionou a criação de novas organizações foi o financiamento de projetos pelo Ministério da Saúde, com recursos oriundos dos acordos

¹ Utilizamos o termo ONGs/Aids, nativo do movimento social estudado, para nos referir às ONGs que atuam no campo da Aids.

de empréstimo com o Banco Mundial (Projetos AIDS I e AIDS II), consolidando assim, a modalidade de parceria na prestação de serviços no campo da Aids (BARBOZA, 2013; GALVÃO, 2000).

Nesse cenário, as ONGs/Aids passaram a atuar em redes, potencializando ações e estratégias baseadas na solidariedade e na reciprocidade entre os seus pares, organizando-se sobretudo em redes temáticas e fóruns (GOHN, 2010; LAURINDO-TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015). O Fórum de ONGs/Aids do Estado de São Paulo (FOAESP), oficializado em 1997, congrega 98 entidades, com o fito de intensificar o diálogo entre os pares e a proatividade do movimento social de Aids paulista (FOAESP, 2019). O pioneirismo desse fórum induziu a constituição de fóruns estaduais em outros estados, como no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, e, atualmente, há 18 fóruns em todas as macrorregiões do país (LAURINDO-TEODORESCU E TEIXEIRA, 2015). Esses fóruns desempenham um papel estratégico no exercício do controle social da política de Aids, especialmente no que tange à participação social nos colegiados do SUS e no desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas à prevenção do HIV/Aids entre populações em situação de maior vulnerabilidade (BARBOZA, 2013; GALVÃO, 2000).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a publicação das Leis Orgânicas da Saúde assegurou o acesso igualitário com base nos princípios da universalidade e da integralidade da atenção em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação no SUS (BRASIL, 1990a). Do ponto de vista executivo, o Estado avançou no processo de descentralização e na criação dos conselhos e das conferências de saúde em todas as esferas de gestão, buscando promover a participação popular e o controle social dessa política por meio do engajamento dos usuários dos serviços de saúde, dos movimentos populares, dos profissionais da saúde, bem como na atuação das entidades de representação da sociedade civil juridicamente formalizadas (BRASIL, 1990b). Desta feita, pode-se afirmar que o arcabouço ético e legal, bem como as diretrizes operacionais do SUS, defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, foram e ainda são elementos imprescindíveis para a sustentabilidade das políticas de resposta ao HIV/Aids e do ativismo social protagonizado pelas ONGs/Aids no país na defesa do direito à saúde (GRANGEIRO, SILVA E TEIXEIRA, 2009).

Entretanto, a participação social exercida por meio dos conselhos e das conferências de saúde não são suficientes para contemplar a pluralidade de atores, bem como a complexidade das questões atinentes ao processo saúde-doença. Dificuldades como a baixa representatividade, a burocratização dos colegiados da saúde, a exigua renovação de representantes, sobretudo do segmento dos usuários, assim como as tensões oriundas de grupos de interesse corroboram para fragilizar o exercício do controle social no SUS (COELHO, 2012). Dessa forma, advogamos que o fortalecimento de outras iniciativas da sociedade civil organizada, a exemplo do FOAESP, pode ser uma estratégia profícua para o aperfeiçoamento e capilarização dos processos de participação popular e controle social da política de resposta ao HIV/Aids.

O presente capítulo tem por objetivo analisar a atuação FOAESP na primeira década de sua constituição no que concerne ao exercício do controle social da política de Aids no SUS.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi delineada como um estudo do tipo descritivo-retrospectivo, ancorado na abordagem qualitativa (MINAYO, 2004). As etapas compreenderam a identificação, a categorização e a análise de fontes documentais produzidas pelo FOAESP, circunscritas ao boletim “Aids & Ativismo”, cujas edições estão disponíveis no sítio eletrônico dessa instituição. Foram analisadas as dez edições, veiculadas entre setembro de 1998 a março de 2007. A periodicidade das edições foi irregular devido a dependência de recursos externos para custear o processo de criação, impressão e veiculação dos boletins. Desta feita, foram analisadas: uma edição veiculada em 1998; quatro em 2004; três em 2005; uma em 2006 e uma em 2007.

Inicialmente, procedemos à análise de conteúdo dos boletins com base na técnica da análise temática (BARDIN, 1979; MINAYO, 2004). Segundo a pesquisadora Maria Cecília Minayo (2004, p. 208), “a noção de TEMA está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, uma frase, um resumo”.

Posteriormente, o material foi analisado à luz do “Modelo Analítico de Estudos da Consciência Política”, desenvolvido por Salvador Sandoval (2001, 2015) e que tem sido utilizado no campo interdisciplinar da Psicologia Política (SILVA, 2012). Para o autor, a consciência política compreende “um conjunto de dimensões sociopsicológicas inter-relacionadas de significados e informações, que permite aos indivíduos tomar decisões para melhor agir em contextos políticos e situações específicas dadas” (SANDOVAL, 2015, p. 200).

O referido modelo é formado por sete dimensões psicossociológicas interdependentes e não lineares, a saber: 1- identidade coletiva; 2- crenças, valores e expectativas societais; 3- sentimentos de interesses coletivos e a identificação de adversários; 4- eficácia política; 5- sentimentos de justiça e injustiça; 6- vontade de agir coletivamente e; 7- metas e propostas de ação coletiva (SANDOVAL, 2001; 2015). Cabe esclarecer que, dependendo do objetivo proposto, não se faz necessária a utilização de todas as dimensões do modelo.

No presente estudo, assumimos como categorias analíticas, três dimensões desse modelo, as quais julgamos serem as mais pertinentes entre as sete dimensões para analisar a atuação do FOAESP no que tange ao processo de participação e controle social da política de Aids no SUS. A primeira dimensão selecionada foi a “identidade coletiva”, a qual se refere ao sentimento de pertencimento e à identificação de um indivíduo com um grupo social, baseada em interesses comuns, formas de solidariedade, relações de confiança e pertença coletiva. A segunda dimensão, “sentimentos de interesses coletivos e a identificação de adversários”, diz respeito aos sentimentos de um indivíduo e aos interesses simbólicos e materiais percebidos como opostos aos interesses de outros grupos. A identificação desses elementos é fundamental para qualificar o processo de engajamento e mobilização dos indivíduos nas ações coletivas. Por fim, a terceira dimensão, “eficácia política”, compreende a capacidade de intervenção individual e coletiva diante de uma determinada situação política reconhecida como adversa (SANDOVAL, 2001; 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identidade coletiva

No início da década de 1980, o advento da Aids produziu um sentimento de pertença coletiva entre as pessoas afetadas, seus amigos, familiares e profissionais da saúde engajados no tratamento dos doentes e no combate ao preconceito. O acesso à informação sobre as formas de transmissão do HIV, especialmente entre a comunidade gay e o enfrentamento do estigma e da discriminação gerados pela doença foram elementos propulsores na organização da sociedade civil paulista. Desde 1985, a luta do GAPA em São Paulo e posteriormente do FOAESP em prol da solidariedade e da defesa da vida das pessoas acometidas pelo HIV fizeram emergir um novo tipo de ativismo, bem como uma nova categoria de sujeitos sociais denominada “pessoas vivendo com HIV/Aids” (PVHA), reconhecidos no contexto biomédico como “soropositivos”.

Esses atores, organizados coletivamente no *lócus* das ONGs/Aids emergentes, sobretudo no eixo São Paulo-Rio de Janeiro, protagonizaram um papel ímpar no enfrentamento do medo e da exclusão social provocados pela doença. A atuação destas organizações foi fundamental para desmistificar informações equivocadas baseadas no senso comum sobre a doença, bem como para desassociá-la da ideia de sentença de morte. O sociólogo Herbert Daniel, um dos grandes expoentes dessa batalha, cunhou um conceito baseado no “viver com HIV/Aids” em oposição à ideia de “morte em vida” ou “morte civil”, ancorado na solidariedade e no ativismo político, com vistas à reivindicação de direitos sociais (DANIEL, 1994).

A análise temática dos dez boletins demonstrou a proatividade do FOAESP no suporte técnico e político às ONGs filiadas. Na primeira década de atuação do Fórum, destacaram-se várias ações e projetos de intervenção voltados ao acolhimento, à comunicação entre os pares e à politização das PVHA, problematizando assim, a vivência da soropositividade orientada para a emancipação dos sujeitos, a exemplo da pauta que relatou as principais deliberações do “Vivendo – Encontro Nacional de PVHA” (edição n. 9 de 2004).

Uma das principais estratégias adotadas para qualificar o sentimento de pertença e de identificação coletiva dos atores referiu-se à atuação em rede. Nesse

cenário, um exemplo exitoso foi o processo de criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+), voltada à discussão e ao levantamento de necessidades comuns dessa população no campo das políticas de proteção social, sobretudo na saúde pública, enfatizadas em duas pautas dos boletins (edições n. 7 de 2004 e n. 11 de 2005). Outra estratégia relevante para o fortalecimento da solidariedade entre os pares referiu-se à participação ativa do FOAESP na promoção de encontros regulares em âmbito regional e nacional, denominado “Encontro Nacional de ONGs/Aids” (ENONG). Nos encontros regionais, eram e ainda são debatidas pautas de interesse comum do movimento social de Aids, elegendo-se os delegados que representam o estado de São Paulo no ENONG realizado bianualmente, tema abordado em três pautas (edições n. 0 de 1998, n. 13 de 2005 e n. 15 de 2006). O ENONG é o principal espaço deliberativo da agenda do movimento social de Aids e as suas decisões são encaminhadas aos gestores e aos conselheiros de saúde nas respectivas esferas do SUS, posteriormente monitoradas pelos ativistas na perspectiva do controle social.

Em suma, pôde-se constatar na análise dos boletins que esse “ativismo de urgência” gerado pela epidemia contribuiu para a emergência de uma nova identidade institucional, bem como novos sujeitos sociais (re)conhecidos como PVHA. Desta feita, pode-se afirmar que a experiência subjetiva da doença, aliada ao papel desempenhado no ativismo social e no exercício da cidadania pelo direito constitucional à saúde, contribuíram para a politização da Aids na perspectiva de um “ativismo soropositivo” (PELÚCIO, 2007). Ademais esse tipo de ativismo pode ser considerado um elemento ímpar no desenvolvimento da consciência política das PVHA, o qual contribuiu sobremaneira na atuação em âmbito comunitário, com vistas a mitigar a vulnerabilidade social e os processos de estigma e discriminação (AYRES *et al*, 2006; SANDOVAL, 2015).

Sentimentos de interesses coletivos e a identificação de adversários

Na década de 1980, a letalidade em decorrência da Aids alcançou taxas superiores a 80% devido à inexistência de medicamentos eficazes e de outras tecnologias de controle do HIV e da prevenção secundária das infecções oportunistas (BRASIL, 2018). Na década subsequente, com o advento da terapia antirretroviral potente, baseada na combinação de três drogas, conhecida como HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*) esse cenário foi alterado e possibilitou às equipes de saúde

intervir no processo da infecção pelo HIV, aumentando assim, a sobrevida e a qualidade de vida das PVHA. O aprimoramento da terapêutica, associada ao acesso ao tratamento e à qualidade dos serviços públicos de saúde corroborou para que a Aids se tornasse uma doença crônica, reduzindo sobremaneira o perfil de morbimortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Considerando-se a urgência das necessidades de saúde dessa população, observaram-se na agenda política do FOAESP diversas pautas que versaram sobre a qualidade da assistência oferecida pelos serviços especializados em Aids, bem como a observância dos princípios da integralidade e da universalidade, preconizados pelo SUS na organização do cuidado em saúde (BRASIL, 1990a). A incorporação tecnológica no SUS ocorreu de forma acelerada dado os avanços obtidos na condução dos ensaios clínicos pela indústria farmacêutica para a produção de medicamentos antirretrovirais destinados à supressão da carga viral, além dos exames de monitoramento e controle do estado clínico dos pacientes.

Com base no material analisado, no que tange à qualidade da atenção à saúde, o Fórum envidou nessa década esforços para informar e conscientizar as PVHA acessadas por meio das ONGs filiadas. Abordaram ações de orientação técnica sobre a doença, discutindo elementos subjetivos, sociais e institucionais envolvidos na adesão ao tratamento. Em suma, foram realizadas várias atividades: formação de agentes multiplicadores de informações, baseados na estratégia de educação por pares; oficinas para melhorar a adesão e a resposta individual ao tratamento, (re)conhecimento e alternativas para lidar e, quando possível, superar os efeitos adversos dos medicamentos; reuniões e eventos periódicos para discutir as responsabilidades do poder público no investimento em pesquisas sobre novas tecnologias, incluindo fármacos com menor toxicidade e melhor biodisponibilidade, essenciais para a promoção da qualidade de vida das PVHA. Ao todo, foram identificadas dez pautas que abordaram esses temas, distribuídas em sete edições dos boletins (edições n. 7, 8 e 10 de 2004, n. 11 e 14 de 2005, n. 15 de 2006 e n. 16 de 2007). Esse conjunto de ações evidencia a relevância do acesso e da apropriação das informações e do conhecimento técnico pelas PVHA no que concerne ao processo de estruturação e participação social dos ativistas no campo da Aids (COELHO, 2012).

Na perspectiva do direito constitucional à saúde, o Fórum pressionou continuamente o poder público para o cumprimento da Lei nº 9.313 de 13/11/1996, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 1996). Em diversas ocasiões, os ativistas mobilizaram-se para denunciar o não cumprimento dessa lei, a qual assegura o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no SUS. Cabe frisar que o Ministério da Saúde responde programaticamente pela aquisição, logística de distribuição e avaliação das necessidades desses insumos informadas regularmente pelos gestores estaduais e municipais dos Programas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Aids, os quais são responsáveis pelos medicamentos para as infecções oportunistas.

Verificou-se várias ações coletivas empreendidas pelo Fórum no exercício do controle social destinadas a pressionar os governos federal e estadual no sentido de assegurar o acesso integral ao tratamento, dada a descontinuidade no abastecimento. Essas ações mobilizaram as entidades filiadas não só ao FOAESP, mas também de outras unidades da federação. Foi constatado que o Fórum ingressou com uma “Ação Civil Pública de Tutela Antecipada de Antirretrovirais” na Justiça Federal em São Paulo, obtendo liminar favorável (edição n. 11 de 2005). Também houve várias estratégias de pressão e de *advocacy* junto ao governo federal, veiculadas em oito pautas, distribuídas em cinco edições (edições n. 8 e 10 de 2004, n. 11 e 14 de 2005 e n. 16 de 2007), as quais versaram sobre a exigência do licenciamento compulsório (“quebra de patentes”) das indústrias que praticavam preços abusivos e impediam o acesso à tecnologia de produção dos antirretrovirais pelos laboratórios nacionais.

Em síntese, pode-se afirmar que o principal sentimento que permeou o interesse coletivo das PVHA nessa primeira década de atuação do FOAESP priorizou o acesso aos medicamentos antirretrovirais e para o tratamento das infecções oportunistas em consonância aos princípios do SUS e ao direito constitucional à saúde (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1996). Quanto aos adversários, identificaram-se: os agentes estatais (Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) e os grandes laboratórios produtores de medicamentos antirretrovirais, vinculados às multinacionais estrangeiras, os quais foram alvo das ações de incidência política empreendidas pelos ativistas.

Eficácia política

Nas dez edições dos boletins, constataram-se ações voltadas à intervenção social e política dos ativistas do movimento paulista de Aids. Estiveram em evidência uma série de protestos, passeatas públicas e outros atos políticos para pressionar o poder público das diferentes esferas da gestão da política de Aids.

Na análise da dimensão da “Eficácia política”, o controle social da política de IST/Aids foi a ação mais frequente na agenda do Fórum (20 pautas), abordadas em todas as edições, com exceção da n. 11 de 2005. No período investigado, foram compartilhadas as posições defendidas pelos representantes das ONGs filiadas nos conselhos de saúde nas esferas nacional, estadual e municipais. As várias pautas trataram as seguintes questões: formação política dos ativistas sobre o arcabouço ético e legal do SUS; modelos de atenção nas diversas linhas de cuidado; portarias editadas pelo Ministério da Saúde para Aids; e participação em comitês técnico-programáticos de caráter consultivo e deliberativo conduzidos pelos Programas de IST/Aids e em Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) envolvendo seres humanos, coordenados por hospitais de referência em infectologia.

Ainda no que diz respeito às práticas de controle social, duas pautas discutiram o envio e o protocolo de um “programa mínimo de governo” definido pelo FOAESP e direcionado aos candidatos à presidência da república e aos prefeitos eleitos, respectivamente em 1998 e 2004, correspondendo a duas edições (n. 0 de 1998 e n. 10 de 2004). Foram aferidas duas pautas em dois boletins (edições n. 0 de 1998 e n. 8 de 2004) sobre os direitos e os deveres das ONGs/Aids no acesso aos fundos públicos destinados ao financiamento de projetos de prevenção para populações em situação de maior vulnerabilidade, apoio à realização de eventos e suporte para casas de apoio para crianças, adolescentes e adultos, bem como sobre a “Política de Incentivo para Estados e Municípios”, instituída em 2002 pelo Ministério da Saúde, a qual aloca 10% dos valores transferidos anualmente às Secretarias Estaduais para o financiamento de projetos da sociedade civil no campo da Aids.

No universo investigado, as ações coletivas voltadas ao acesso regular aos medicamentos antirretrovirais e, para infecções oportunistas e aos exames de controle sobressaíram em segundo lugar. Ao todo, foram encontradas 16 pautas sobre esses

temas, distribuídas em oito boletins (edições n. 7, 8 e 9 de 2004, n. 11, 13 e 14 de 2005, n. 15 de 2006 e n. 16 de 2007). Observou-se que o ativismo do FOAESP ao denunciar essa problemática alcançou grande repercussão na mídia nacional, sobretudo nos protestos relativos ao “Dia Mundial de Luta Contra a Aids”, ocasião em que os militantes defenderam a “quebra de patentes” (edição n. 14 de 2005).

O terceiro conjunto de intervenções se referiu à qualidade da atenção às PVHA e à organização do processo de trabalho das equipes multidisciplinares nos serviços da rede especializada em IST/Aids, correspondendo a quatro pautas distribuídas em quatro edições (n. 7 de 2004, n. 14 de 2005, n. 15 de 2006 e n. 16 de 2007). Foram discutidas nas edições de 2005 (n. 11 e 13) e 2006 (n. 15), três pautas sobre as posições do FOAESP em relação ao “Relatório da Sessão Especial sobre Aids” (capítulo da sociedade civil), apresentadas em uma Sessão Especial da Organização das Nações Unidas, demarcando, assim, a internacionalização do ativismo no campo da Aids.

A análise das pautas evidenciou a prioridade conferida pelos ativistas às ações de controle social da política de Aids no SUS na primeira década de atuação do FOAESP, bem como a sua importância para o aprimoramento da dimensão da “eficácia política” no que diz respeito à politização dos seus atores no enfrentamento dos adversários (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b, COELHO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente análise, a utilização do Modelo de Estudos da Consciência Política nas três dimensões selecionadas permitiu apreender o pioneirismo do FOAESP e os esforços envidados pelos ativistas no exercício do controle social da política de Aids no SUS.

Os achados confirmaram a proatividade da “Eficácia política” alcançada pelos dirigentes dessa organização, sobretudo no que tange ao aperfeiçoamento das práticas de ativismo político, participação popular e controle social, assim como a mobilização permanente das entidades filiadas, engajadas na luta pela defesa do direito constitucional à saúde das PVHA, seja nos espaços institucionalizados, como os conselhos de saúde e órgãos de defensoria pública, seja nas ruas em protestos

realizados no Dia Mundial de Luta Contra a Aids. Nesse sentido, predominaram as pautas que versaram sobre a garantia do acesso aos medicamentos antirretrovirais na rede pública de saúde em observância à Lei Federal n. 9.313 (BRASIL, 1996), que assegura a distribuição gratuita desses insumos pelo SUS, mas desrespeitada pelos entes públicos. Nessa perspectiva, a análise demonstrou que no período de 1998 a 2007, o não cumprimento do princípio da integralidade do SUS foi um fator decisivo para nomear os agentes estatais da saúde como os principais adversários e, portanto, destinatários das ações de incidência política empreendidas pelo FOAESP.

Outros adversários identificados foram as indústrias farmacêuticas multinacionais, produtoras dos antirretrovirais recomendados pelos consensos terapêuticos no tratamento das PVHA. Na visão dos ativistas, no cenário da globalização, esses insumos são comercializados com preços abusivos em função do forte *lobby* do setor farmacêutico, colocando em risco a sustentabilidade da política de aquisição dessas drogas pelo Ministério da Saúde. A posição política assumida pelo movimento paulista e brasileiro de Aids defendeu, em última instância, a “quebra de patentes” e o investimento em processos de inovação tecnológica para a produção desses insumos no país.

Na dimensão da “Identidade coletiva”, constatou-se que o FOAESP desempenhou um papel estratégico no processo de politização das PVHA, as quais emergem, na contemporaneidade, como novos sujeitos sociais. Esses atores contribuíram para a produção de um “ativismo soropositivo”, ancorado na emancipação psicossocial, na solidariedade, no combate ao estigma e discriminação, problematizada por Herbert Daniel na década de 1990 e que ainda se faz presente na agenda do movimento social de Aids. Pode-se afirmar que esse “ativismo soropositivo” enriqueceu as práticas de participação e de controle social no SUS e trouxe contribuições para a democratização da saúde, inspirando outros atores sociais que atuam na defesa de um sistema de saúde equânime, integral e universal.

A interface entre as três dimensões analisadas, iluminou a compreensão dos principais elementos envolvidos no processo de formação e desenvolvimento da consciência política dos ativistas do movimento paulista de Aids, inseridos no *lócus* do FOAESP na primeira década de sua constituição. Desta feita, recomenda-se a realização

de outros estudos baseados na potencialidade do modelo analítico proposto por Salvador Sandoval no campo interdisciplinar da Psicologia Política que permitam aprofundar a compreensão dos modos de atuação desses coletivos no exercício do controle social da política de Aids em vigência no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND-JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 375-418.
- BARBOSA-JÚNIOR, A.; SZWARCOWALD, C. L.; PASCON, A. R. P.; SOUZA-JÚNIOR, P. B. *Tendências da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.727-37. 2009.
- BARBOZA, R. *Relação Estado e sociedade civil: as parcerias com Organizações Não Governamentais no campo da AIDS e o controle social no SUS*. In: PAIVA, V.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; KALICHMAN, A. (Orgs.). **Prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar**. (Vulnerabilidade e direitos humanos, v. 4). 1. ed. Curitiba: Juruá, 2013. p. 213-248.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, 20 set. 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 11 out. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, 14 nov. 1996.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COELHO, J. S. *Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação*. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151. 2012.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

FÓRUM DE ONG AIDS DO ESTADO DE SÃO PAULO (FOAESP). **Site oficial**. Disponível em: <http://www.forumAidssp.org.br/home/> Acesso em: 3 jan. 2019.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. 1. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: ABIA/Editora 34. 2000.

GOHN, M. G. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2010.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. *Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária*. **Revista Panamericana Salud Publica**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 87-94. 2009.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da Aids no Brasil: a sociedade civil se organiza pela luta contra a Aids**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 2004.

PELÚCIO, L. *Ativismo Soropositivo: A politização da AIDS*. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p.119-141. 2007.

RAMOS, S. *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 9, p.1067-1078. 2004.

SANDOVAL, S. A. M. *The Crisis of the Brazilian Labor Movement and the Emergence of Alternative Forms of Working-Class Contention in the 1990s*. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.173-195, jan/jun. 2001.

SANDOVAL, S. A. M. *A Psicologia Política da crise do movimento sindical brasileiro nos anos 1990: Uma análise da consciência política num momento de desmobilização*. In: SILVA, A. S.; CORRÊA, F. (Orgs.). **No interstício das disciplinas: a psicologia política**. 1. ed. Curitiba: Editora Prismas, 2015. p.175-217.

SILVA, A. S. **Psicologia Política, Movimentos Sociais e Políticas Públicas**. 2012. Tese (Livre Docência) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Estatísticas Globais sobre HIV 2017**. Brasília: UNAIDS, 2018. *Site oficial*. Disponível em: <https://unAids.org.br/estatisticas/> Acesso em: 12 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Sector Strategy on HIV 2016 – 2021: Towards Ending AIDS**. Geneva: World Health Organization. 2016.



**PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E INTEGRAÇÃO
ENSINO-SERVIÇO: A ATUAÇÃO DE RESIDENTES EM UMA
CONFERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE EM RECIFE-PE**

**Rafaella Miranda Machado
Alessandra Maria Monteiro e Silva
Enildo José dos Santos Filho
João Pedro Sobral Neto**

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), referência no meio internacional como o maior sistema de saúde universal, teve, no seu bojo formador, o intenso empenho da sociedade civil a partir do que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (MRS) (CARVALHO, 2007).

Conceitualmente, neste texto, utilizar-se-á a denominação de participação da comunidade, assim como visto na constituição e leis orgânicas da saúde. Partimos do entendimento que o termo *controle social* é apenas uma das dimensões de participação, sendo esta mais ampla (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A participação da comunidade está inserida na constituição cidadã (BRASIL,1988) enquanto princípio fundante do SUS, sendo, posteriormente, regulamentada pela lei n. 8.142/90 (BRASIL,1990). Assim, com base no texto legal, tal participação é estruturada em duas instâncias colegiadas: *as conferências de saúde* e *os conselhos de saúde*.

As conferências de saúde ocorrem a cada quatro anos com o objetivo de avaliar a situação de saúde e deliberar propostas prioritárias para formulação das políticas de saúde no nível correspondente. Os conselhos de saúde, por sua vez, possuem caráter permanente com cunho deliberativo, propositivo e também de controle da execução das políticas de saúde.

Dessa forma, ambos são compostos por atores sociais e estatais, com composição paritária de atores sociais identificados como usuários do sistema (BRASIL,1990).

Em comparação com outros setores do Estado, a saúde pode ser vista como pioneira na incorporação, de forma intensa e precoce, da participação da comunidade nos seus processos, a fim de democratizar o acesso a ações e serviços, assim como a gestão do sistema de saúde (CARVALHO, 2007).

Nesse sentido, os espaços de participação da comunidade se caracterizam como verdadeiras arenas de debates, onde estão em disputa projetos e ações para os serviços no campo da saúde e para a população. Dessa forma, esses espaços contribuem com a formação dos trabalhadores de saúde comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS e permitem às residências, por seu caráter externo e transitório, a possibilidade de tensionamento no seu funcionamento, muitas vezes, fragilizado pela institucionalidade conquistada (MELLO, 2018).

A inserção do Residente nos processos de participação da comunidade, através das conferências e conselhos de saúde, sob a perspectiva dos programas de residência, se dá mais intensamente a partir dos programas de Saúde Coletiva e Saúde da Família. Sobretudo, essa maior inserção ocorre entre os residentes de Saúde Coletiva, os quais possuem, no seu bojo formativo, forte influência da teoria democrática, sendo provocados, desde o início das atividades, a participarem como co-gestores no processo formativo, por meio da liberdade de escolha dos campos de práticas.

Assim, trataremos, aqui, das experiências acumuladas pelos autores durante as plenárias preparatórias e conferência do Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, no ano de 2017, que teve como produtos: a eleição de 84 delegados e 20 propostas a serem analisadas na 13ª Conferência Municipal de Saúde (RECIFE, 2017).

Com o intuito de não cometer generalismos, foi aqui analisado, além das perspectivas comuns de observação sob a perspectivas deliberativa e representativa das conferências, a relação entre os atores sociais e estatais, com o objetivo de descrever como se deram essas relações ao nível local observado e contribuir com a construção de olhares críticos acerca da dinâmica vista nas conferências. Além disso, pretende-se contribuir com a literatura sobre os contextos vistos nesses espaços, tendo em vista que a produção atual se volta quase que exclusivamente à análise dos conselhos de saúde em detrimento às conferências de saúde.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM UM DISTRITO SANITÁRIO

O município de Recife, capital do estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e está dividido em 94 bairros, aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), com exceção das RPAs III e VI, que, recentemente, repartiram seus territórios, contabilizando, no total, 8 DS (RECIFE, 2011).

Para Mendes (1993), a compreensão do DS pode abranger duas dimensões: a primeira corresponde a uma estratégia de construção do SUS em um município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a segunda se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. Assim, os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho.

Dentre os oito DS mencionados, é a experiência vivenciada no DS VI que será discutida no presente estudo. Este, a nível de conhecimento, engloba cinco bairros, apresentando 243.973 habitantes e a área de 22,89 km², subdividida, em relação à cobertura, em três microrregiões (RECIFE, 2017).

Quanto aos serviços de saúde, o território contém 11 unidades de saúde da família (USF), sendo 27 equipes de saúde da família (ESF), 3 unidades básicas tradicionais (UBT), 1 unidade mista (UBT/USF), 4 equipes do programa de agente comunitário de saúde (PACS), uma policlínica, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - dois de referência aos transtornos mentais e um ao uso abusivo de álcool e outras drogas - , além de 5 polos da Academia da Cidade (RECIFE, 2017).

Ademais, o território do DS VI conta com uma organização funcional com os seguintes setores: Gerência, Coordenação de Área, Administrativo-Financeiro, Gestão de Pessoas, Políticas e Programas de Atenção à Saúde (da Mulher, da Criança, do Homem, do Idoso, da População Negra, Tuberculose e Hanseníase, Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT, Bolsa Família, Saúde na Escola, Saúde Bucal), Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Programa Academia da Cidade (PAC), Conselho Distrital de Saúde, Regulação, Coordenação de TI, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Ouvidoria.

Durante o ano de 2017, o DS VI foi o campo de práticas dos residentes autores deste manuscrito. Vale ressaltar que a Residência de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz/PE) garante certa autonomia aos discentes durante o planejamento do fluxo de trabalho nos equipamentos de gestão em saúde, juntamente com seu tutor e preceptor do serviço onde estão inseridos. Então, durante o ano citado, estivemos inseridos no contexto de trabalho de diferentes setores dentro deste distrito sanitário, com passagens de cerca de três meses em cada setor.

A experiência que vem sendo discutida aqui só foi possível pela aproximação - como campo de práticas - dos residentes com a secretaria executiva do Conselho Distrital de Saúde, que, no período, encontrava-se em fase de organização das Plenárias nas microrregiões e Conferência Distrital do DS VI. Com isso, foi possibilitado o olhar acerca do processo de construção desse momento de participação da comunidade sob os aspectos organizacionais institucionais e relações dos atores.

CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A 13ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM RECIFE

Anteriormente a uma Conferência de Saúde, algumas etapas prévias são necessárias à sua realização, principalmente quando se trata de uma cidade com divisões político-administrativas como o Recife (RECIFE, 2018). Então, são necessárias oito Conferências Distritais prévias à etapa municipal, a fim de aplicações práticas, totalizando três diferentes etapas que a antecedem.

Etapa 1 – Trabalho de campo do Conselho Distrital de Saúde no território - com o apoio da secretaria executiva e representatividade do conselho distrital - através de reuniões da Gerente Distrital com as comunidades em seus territórios, sobre demandas locais e formas de organização e participação da comunidade. São localizadas as lideranças locais para ressaltar a importância da participação da comunidade na saúde, de forma democrática, a partir dos Conselhos e Conferências, além de seu desempenho ao longo dos anos e na história do SUS;

Etapa 2 – Realização das Plenárias nas Microrregiões de Saúde - reunindo trabalhadores da saúde, moradores/lideranças e gestores locais para apresentação da situação de saúde do DS a que fazem parte, eleição dos delegados (população, trabalhadores e gestores) de forma paritária e discussão de propostas para a etapa distrital;

Etapa 3 – Na fase distrital, os delegados eleitos nas etapas microrregionais inscrevem-se em salas temáticas para escolha de proposições referentes ao tema de interesse, as quais são votadas por todos os participantes ao final dos trabalhos em grupo. As áreas temáticas dividem-se em: Atenção Básica, Atenção especializada, Vigilância em Saúde, Financiamento do SUS, Trabalho e Educação em Saúde e Controle Social. Ao fim, cada distrito tem como produto 20 propostas de cada sala temática e delegados eleitos a serem encaminhados à conferência municipal.

APROFUNDANDO O DEBATE

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de saúde deve ser um processo educativo que rompa com os aspectos biológicos e tecnicistas de cada profissão, sendo referenciados pela compreensão das relações sociais e o conhecimento dos processos e fatores que influenciam na determinação social do processo saúde-doença. Tal afirmação corrobora com apontamentos de Mehry (1997), que diz que os processos de formação e de trabalho são nós críticos do SUS.

Desta forma, as Residências em Saúde - médicas, multiprofissionais e uniprofissionais - são estratégias para “desamarrar” os nós de ensino, gestão, atenção à saúde e participação, baseando-se na ideia do “Quadrilátero da Formação em Saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Assim, a experiência relatada demonstra a potencialidade da interação ensino-serviço-comunidade na formação dos Residentes em Saúde, como profissionais com olhar crítico e conhecedores dos desafios do ensino, atenção, gestão e participação no SUS (CUNHA *et al*, 2018).

Portanto, a partir das etapas supracitadas, a nossa inserção deu-se, inicialmente, nas três plenárias realizadas nas três microrregiões distritais. Atuamos no papel de relatoria das discussões entre os atores sociais - comumente denominados de usuários, porém, aqui, entende-se que esse termo colabora para a ideia de que esses atores atuam de forma passiva e atores estatais, incluindo os trabalhadores, gestores e prestadores de serviço do SUS, que são atores que estão, em diferentes graus, em posições de maior autonomia no sistema.

De imediato, reconhecemos que, por mais passiva que essa função pareça, a priori, a mesma nos assegurou a oportunidade enriquecedora de refletir o processo de exercício da participação democrática na saúde pública do município.

Da mesma forma, na etapa distrital, nos dividimos entre as salas com distintas temáticas para relatoria das propostas a serem votadas para o encaminhamento à Conferência Municipal.

Com a leitura posterior dos documentos produzidos nesses momentos, juntamente com a experiência prática dessa vivência, refletimos criticamente sobre três aspectos gerais: conteúdo das proposições realizadas nos espaços institucionais de prática societária; os sujeitos de maior destaque; e o pleno exercício da participação na saúde pública.

A proposta do SUS como estrutura de mudança de modelo de atenção é, em si, uma ação contra hegemônica, institucionalizada em um período de crescimento da influência da teoria neoliberal no Estado. Com isso, as articulações para a plena implementação do SUS - em especial dos seus princípios constitutivos, dentre eles a participação da comunidade - apresentaram posições conflituosas dos atores sociais e estatais.

Diferente do que se propõe a mudança de modelo de atenção à saúde, as propostas que emergiram, em sua maioria, refletem crenças medicalizantes e biologicistas da saúde com fortes tendências curativistas e individualizadas, ainda não superadas.

Dentre as propostas, houve ênfase em proposições para o aumento de equipamentos relacionados à média e alta complexidade hospitalar. Esse fato reflete a complexidade de influências que ocorrem nesse espaço democrático, sendo importante observar que, na posição de atores sociais, é contraditória a ação que, indiretamente, favorece os interesses do mercado. Esse contexto pode ser observado, também, ao nível estadual, mediante análise da execução orçamentária do SUS através do Portal da Transparência de Pernambuco. Ao passo que o orçamento da atenção básica, no período entre 2015 e 2018, alcançou o percentual máximo de 0,44. Por sua vez, o componente hospitalar e ambulatorial apresenta percentuais flutuantes na faixa de 80%, conflituosamente, sendo o primeiro eixo estruturante do SUS.

Positivamente, as discussões em formato de plenária, com participação garantida de todos os bairros que compõem o distrito, asseguraram o aparecimento de demandas locais do território, como reformas de unidades de saúde da família, requalificação das Academias

da Cidade e garantia de profissionais para assistência das áreas descobertas existentes nos bairros.

Nos dois espaços que participamos, nos foi permitido observar as diversas contribuições de trabalhadores da saúde mental, lotados nos CAPS distribuídos pelo território adscrito pelo DS, assim como profissionais da enfermagem que gerenciam USF. E, apesar de estarem em menor número, as lideranças comunitárias, resistentes ao tempo e adversidades, também se fizeram ser ouvidas.

No Brasil, a organização de diversos agentes em prol da superação do modelo manicomial surge ao final da década de 1970 e ganha força a partir das instâncias de controle social instituídas pelo SUS. E, nesse sentido, a participação da comunidade e dos trabalhadores se apresenta como importante ferramenta para assegurar os avanços conquistados pela reforma psiquiátrica brasileira, ao propor uma atenção à saúde mental com base comunitária, em detrimento a um modelo excludente e hospitalocêntrico (GUIMARÃES, 2010; FERRO, 2016).

Acreditamos, devido à experiência de trabalho neste DS e ao caráter das propostas, que os profissionais da saúde mental são os que mais enfrentam problemas de ordem prática em suas rotinas de trabalho com os atores sociais acolhidos no sistema. Tais desafios são agravados diante das mudanças sofridas relacionadas às prioridades das gestões públicas frente à Política específica. As queixas relacionam-se, principalmente, à situação atual de infraestrutura, número de equipamentos - CAPS - e de profissionais atuantes que correspondem à atual demanda.

A dificuldade de integração entre a Rede Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família revelou-se como outra questão crítica que nos foi chamada a atenção e que vem sendo discutida na produção científica brasileira (FERREIRA *et al*, 2016; GAZIGNATO, SILVA, 2014). A existência de uma rede de atenção dinâmica que garanta o vínculo permanente e a responsabilidade pelo fluxo das pessoas através das linhas de cuidado vem se tornando grande desafio para as políticas públicas brasileiras e trabalhadores da saúde pública (RÉZIO *et al*, 2015).

Em conversa com a secretaria executiva do Conselho Distrital de Saúde quanto à participação da comunidade nas Plenárias e nossas observações nas salas de grupos

temáticas, chegou-se à conclusão da pouca renovação e ocupação ativa desses espaços institucionais.

O que se pôde constatar foi o interesse incipiente dos atores sociais do grupo correspondente aos usuários em questões coletivas da saúde que ultrapassassem demandas individuais e atingissem pautas de direito pleno à saúde e garantia de participação democrática nos diferentes âmbitos do SUS. Em parte, esse achado já foi descrito na literatura sobre os posicionamentos defendidos nas atividades de participação como sendo o efeito pós institucionalização do SUS, onde, em um primeiro momento, para que o SUS fosse possível, foram priorizadas as propostas de cunho mais abrangente, em contrapartida ao momento atual, em que ocorrem posicionamentos mais individualizados.

Em contraponto, como já foi citado, houve presença marcante de algumas pessoas de referência, dos bairros do DS VI, com reivindicações históricas de urgências da coletividade na área da saúde pública. Viu-se que os trabalhos prévios às plenárias e a etapa distrital auxiliam na qualificação das propostas que venham a emergir. Contudo, esse foi um trabalho pontual e de curto prazo.

Assim, pode-se observar que a participação, como descrita por Fleury e Lobato (2009), mesmo lançando luz sobre as relações de poder nesses espaços, se dá como um instrumento de enfrentamento dos padrões de dominação dos processos decisórios dos atores estatais sobre os sociais, fortalecendo a governança e diminuindo as configurações autoritárias.

É também importante entender que, segundo a Teoria Estatal, o processo decisório é difuso (FLEURY; LOBATO, 2009). Logo, é minimalista analisar espaços de participação como os vistos na Conferência sob a perspectiva de, idealmente, serem o único lócus de decisão das prioridades da política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aproximando o conhecimento teórico das experiências vivenciadas durante o processo da Conferência Distrital de Saúde, traz-se à discussão dois aspectos: a) a contribuição do controle social para a formação para o residente e b) a contribuição do residente para o controle social, ressaltando-se os aprendizados, dificuldades e desafios (Quadro 01).

Quadro 01 – Sistematização dos aprendizados, dificuldades e desafios vivenciados na Conferência Distrital de Saúde do Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, 2017.

APRENDIZADOS	DIFICULDADES	DESAFIOS
Reflexão crítica sobre os aspectos organizativos de uma conferência distrital.	Encontrar, no território do DS, espaços adequados e de fácil acesso para a realização das conferências.	Identificar parceiros que cedam os espaços para a realização das conferências.
Importância da Gestão como um espaço de formação do profissional de saúde.	A descrença, por parte da população, da importância do espaço de uma conferência de saúde.	Romper com a visão individualista da comunidade em detrimento às demandas coletivas.
Percepção da influência de preceitos de lógica biomédica influenciando no conteúdo das propostas elencadas	Dificuldade de atrair uma maior participação ativa de populares e das diversas categorias profissionais atuantes nos territórios	Fortalecer, junto aos atores sociais, a importância da Atenção Básica.
O formato descentralizado das conferências informa as reais necessidades de saúde dos territórios.	Melhor aproveitamento do tempo disponível com discussões mais eficientes em relação às demandas sociais em saúde de acordo com as temáticas das salas existentes	Identificar estratégias que garantam uma participação mais efetiva e uma renovação dos atores nas conferências.
A resistência popular e a organização dos trabalhadores de saúde são fundamentais para fortalecimento do SUS.	Maior preparação técnica e teórica dos facilitadores junto às temáticas, para garantir coerência nas discussões	Fragilidade da integração e cooperação no processo de trabalho entre as RAPS e ESF.
A importância de ocupar espaços de discussão com a comunidade por parte de residentes de saúde coletiva, além dos demais programas.		

Fonte: elaborado pelos autores.

No primeiro, destaca-se que a participação de residentes em espaços de gestão participativa e controle social possibilita a formação de um trabalhador ou gestor da saúde com olhar voltado às demandas dos atores sociais que acolhidos no planejamento de ações de saúde e/ou seu processo de trabalho, haja vista que são elementos fundamentais de seu processo de formação: foco no Planejamento Estratégico, acolhimento, Educação Popular, Participação e Controle Social, bem como o processo de trabalho interdisciplinar (CUNHA et al, 2018).

Em relação ao segundo aspecto apresentado, ressalta-se que, o residente participa ativamente fortalecendo o processo organizativo, trazendo para o espaço da prática do controle social as perspectivas de rompimento com paradigmas existentes, promoção da qualidade de vida, autonomia e visibilização das potencialidades dos atores sociais - usuários e trabalhadores de saúde - como agentes promotores de saúde e formadores de políticas públicas (ALBRECHT, 2013; GUILHERME et al, 2012).

E, para que isso seja efetivado, torna-se necessária a adoção de processos de educação em saúde (popular, continuada e permanente) fundamentados em práticas pedagógicas crítico-reflexivas, promovendo a reorientação das práticas e tornando-se um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2001). Essa mudança é importante para a construção de uma participação popular efetiva, ligada às necessidades de saúde e promotora da construção de propostas de ações, estratégias e políticas públicas que atendam à coletividade em suas singularidades (PEDROSA; PEREIRA, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBRECHT, G. J. **Controle Social e sua integração com os cursos de residência em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso em Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990.
- BRASIL. SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE**. Recife, 2011
- CARVALHO, G. C. M. *Participação da comunidade na saúde*. **Passo Fundo: IFIBE; CEAP**, 2007. 259 p.
- CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. M. C. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. **Physis**, v. 1, n. 14, p. 41-65, 2004.
- CUNHA, L. S. O. et al. *Participação de residentes em saúde da família na gestão e controle social: Um relato de experiência sobre as pré-conferências Municipais de Saúde em Florianópolis*. **Tempus, actas de saúde coletiva**, v.12, n.1, p.281-86, 2018.
- FERREIRA, T. P. S. et al. *Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais*. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 373-384, 2016.
- FERRO, L. F. *Fortalecimento do controle social em saúde mental: estratégias e possibilidades*. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 601-610, 2016.
- GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. *Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família*. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-304, 2014.
- GUILHERME, F. et al. *Reflexões de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família sobre o processo de reativação de um Conselho Local de Saúde*. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n.25, p. 265-271, 2012.
- GUIMARAES, J. M. X. et al. *Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010.
- MELLO, V. R. C. *Controle Social*. In: CECCIM, R.B., et al. (Org.). **Enciclopédia das Residências em Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis em salud: un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

PEDROSA, J. I. S.; PEREIRA, E. D. S. *Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário*. **Rev. bras. saúde fam**, v. 8, n. esp, p. 7-22, 2007.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. **Relatório Final da 13ª Conferência Municipal de Saúde**. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Secretaria de Saúde do Recife, 2017.

RÉZIO, L. A. et al. *Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família*. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 793-803, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção a saúde da família**. São Paulo. Hucitec, 2001.



UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OFICINAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE

*Jacqueline do Carmo Reis
Berenice de Freitas Diniz
Raimundo Loyola Júnior*

CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA

O projeto de extensão “*Saúde nos Interessa: o Observatório do Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS) das Micro Regiões de Saúde de Betim e Contagem*” (OCS), municípios do estado de Minas Gerais iniciou sua trajetória na PUC Minas em Betim no ano de 2010 e, desde então, vem trabalhando na construção de espaços que viabilizem o processo de educação permanente para o controle social no SUS.

O objetivo do OCS é fortalecer o SUS nas Microrregiões qualificando os mecanismos de participação e controle social do SUS. Buscamos também promover a articulação da comunidade acadêmica com os trabalhadores e usuários do SUS, conselhos e as conferências de saúde a fim de contribuir para a consolidação da democracia nas políticas públicas de saúde das microrregiões de saúde de Betim e Contagem. Outra importante ação é contribuir para a consolidação da organização local dos movimentos sociais como instância de participação crítica, para que cumpram seu papel de representação dos interesses da comunidade. Para isto, divulgamos informações em saúde para o controle social do SUS nos municípios das microrregiões de saúde onde o projeto atua.

Um relato de experiência sobre oficinas de formação de conselheiros de saúde

Esse projeto buscou compreender e contribuir para a atuação e protagonismo dos conselheiros por meio do diálogo entre os diversos saberes e práticas, das vivências nos territórios, da disseminação de informações e compreensão das informações relacionadas à área da saúde. Entendendo também a importância de difundir as formas de participação popular na saúde entre os movimentos sociais e a comunidade acadêmica foram realizadas oficinas em salas de aula, seminários e encontros contando com a participação de alunos da graduação de todos os cursos ofertados em Betim e com participantes de movimentos sociais organizados. Estas atividades buscaram ampliar a participação e a mobilização das pessoas em defesa de uma saúde pública de qualidade favorecendo a articulação entre ensino e extensão.

POR QUE UM OBSERVATÓRIO?

O conceito Observatório, representando instituição ou grupo de estudo multidisciplinar de determinada situação de saúde tem conotação atual, foi constituído na França em meados dos anos de 1970 para monitorar regiões de saúde; no Reino Unido a experiência surgiu em Liverpool em 1990 e expandiu subsidiada pelo Departamento de Saúde da Inglaterra. A função dos observatórios estaria centrada na localização, coleta, análise crítica e síntese de dados sobre o estado de saúde de determinada região, a partir de parcerias estabelecidas com outros órgãos de saúde e com as universidades (HEMMINGS e WILKINSON, 2003). Esse trabalho relata a experiência obtida pelos professores e alunos ligados aos cursos de Administração, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Sistema de Informação e pelos preceptores, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Betim (SMS/Betim) no projeto de extensão.

A Lei Federal nº 8142/90 (BRASIL,1990) estabelece as formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde mediante sua atuação nas Conferências e nos Conselhos de Saúde. A comunidade, através de seus representantes, pode julgar definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde desenvolvidas pelo Estado. No entanto, outras formas de participação devem ser consideradas como a presença do cidadão nas reuniões de equipes dos serviços de saúde e a interferência durante os procedimentos de sua assistência (VASCONCELOS, PASCHE, 2013)

representando o poder da população em modificar planos, políticas públicas, não só no campo da saúde.

Ceccim e Feurwerker (2004) discutindo os textos de Côrtes (1996) abordam a ênfase dada à legislação brasileira que prevê a “presença da população nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde”. Os autores concluem que o sistema de saúde brasileiro permite caracterizar o controle social como “direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”. Em outro conceito, o controle social representa os mecanismos que “disciplinam a sociedade e submetem os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais” (CORREIA, 2014), proposta distante da democracia participativa idealizada pelas diretrizes do SUS. No entanto, é necessário ressaltar aspectos que caracterizam contradições à participação popular no sistema de saúde brasileiro, o discurso técnico-científico distante dos usuários, o difícil mecanismo de representação nos conselhos de saúde, a reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder (GUIZARDI, 2008). Tais características favorecem o distanciamento dos profissionais de saúde às políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, compromete a concretização de um sistema de saúde de qualidade, com integralidade das ações e amplo acesso aos serviços (REIS et. al. 2011). A possibilidade de enfrentamento dessa situação pelos conselhos de saúde é remota na visão de determinados autores, decorrente de seu frágil desempenho, desmantelados e a serviço de interesses políticos diversos e não no interesse da política pública, comprometendo sua representatividade e a efetividade do controle social. (CARVALHO, 2003; KRÜGER, 2008; ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013; MÀXIMO, OLIVEIRA, 2013; VASCONCELOS, PASCHE, 2012).

Como espaço político-institucional de exercício da participação democrática as conferências e os conselhos de saúde se caracterizam pela pluralidade dos atores sociais que representam os diversos segmentos da população e as instituições que compõe a sociedade civil organizada. Neste sentido a universidade é chamada a cumprir seu papel de universidade cidadã aportando contribuições específicas que favoreçam a tarefa fundamental de formar sujeitos sociais para atuação nas políticas públicas de saúde e

no controle social do SUS, além de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde na sociedade.

Em 2012 o projeto foi aprovado como Programa de Educação pelo Trabalho (PET) do Ministério da Saúde (MS) incorporando seis preceptores do SUS Betim sendo esta parceria encerrada em 2014 e, após esse período, o OCS continuou as suas atividades como projeto de extensão. Desde o início, o grupo preocupou-se em desenvolver atividades que articulavam a extensão com a pesquisa tendo participado de diversos congressos regionais e nacionais com produções científicas acerca do tema participação e controle social, conferências municipais, estadual e nacional de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA VIVÊNCIA ENTRE ESPAÇO ACADÊMICO E A COMUNIDADE

Ciente da necessidade da construção de novos formatos para o ensino em saúde fomentou o debate sobre a reorientação do aprendizado sobre o controle social nos cursos da área da saúde, articulando conhecimentos curriculares com a realidade da Atenção à Saúde e da Gestão no SUS. Tal iniciativa gerou projetos de pesquisa e de intervenção em parceria alunos-profissionais de serviço e favoreceu a discussão sobre as formas de participação da comunidade acadêmica nos espaços decisórios da política de saúde dos municípios das microrregiões de saúde de Betim e Contagem.

A produção do conhecimento possibilitada pela perspectiva social e política em saúde que o projeto apresenta é de reconhecida importância. O trabalho realizado a partir de estudos teóricos sobre o controle social e a participação popular, os relatos sobre as vivências e as sistematizações das experiências vivenciadas por seus atores pontuam os grandes aprendizados que colhemos durante a vivência no projeto. Vale destacar o despertar da urgência de se discutir o tema “Participação e Controle Social” junto à comunidade acadêmica. Estudos realizados pelo OCS motivaram a discussão do tema na PUC Minas em Betim e culminaram na realização de seis Encontros Acadêmicos de Saúde e Cidadania, pesquisas acadêmicas e oficinas para alunos dos cursos da graduação. A presença de experiências e estudos realizados pelo OCS foi marcante nos Congressos e eventos científicos da área da saúde coletiva e ciências humanas realizados no país nos últimos anos.

Este projeto busca construir um espaço de diálogo e de ações multidisciplinares na pesquisa, ensino e extensão, relacionando as diversas áreas de conhecimento em saúde, de forma que cada integrante contribua para a sua consolidação com seus saberes e práticas, buscando a construção coletiva do conhecimento e o desenvolvimento da cidadania. Espera-se, dessa forma, garantir o compromisso firmado pela Política de Extensão Universitária da PUC Minas: “a extensão da PUC Minas, articulada ao ensino e à pesquisa, assume: O compromisso com a construção de um Estado” (PUC MINAS, 2006, p.18).

A EXPERIÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE

Foram realizadas 06 oficinas de formação para o controle social do SUS com conselheiros de saúde dos municípios de Juatuba e Ibirité, Minas Gerais. O conteúdo foi previamente organizado pelo Observatório do Controle Social, com abertura para a inclusão de novos conteúdos a partir da experiência e necessidade dos conselheiros de saúde. As oficinas teóricas aconteceram nos municípios de Juatuba e Ibirité, e as oficinas de inclusão digital foram realizadas na PUC Minas Betim que disponibilizou uma sala de Informática.

Oficinas: Uma construção coletiva

Como espaço de articulação do conhecimento científico e vivências, as pessoas que compõem o OCS se reuniram a fim de refletir sobre qual seria a melhor metodologia para construir as oficinas. Foi definido que seria por meio de pesquisa bibliográfica sobre o tema em artigos científicos, relatos de experiências em diversos formatos e a experiência dos discentes e docentes em espaços de grupo etc.

A partir disso, foram sendo organizadas ideias e roteiros para a realização das oficinas. É importante destacar que a construção das oficinas foi realizada em 03 momentos: 1º - Os alunos apresentaram uma proposta baseada na literatura e vivências; 2º - Apresentação para os docentes do OCS; 3º - Discussão com os conselheiros, quando era apresentada para os conselheiros uma proposta e esses discutiam se a temática atendia as necessidades daquele conselho e contribuíram com

críticas, sugestões e mudanças de rumo. Importante destacar que as sugestões eram acordadas entre todos, a construção era realmente coletiva.

Após a discussão e acordo entre todos, o OCS desenvolvia as estratégias e metodologias de aprendizado que considerava mais apropriadas para o conteúdo apresentado.

As oficinas foram divididas nas seguintes unidades:

1. Oficina I – História das Políticas de Saúde no Brasil;
2. Oficina II – Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde;
3. Oficina III – Financiamento do SUS e Prestação de Contas;
4. Oficina IV – Organização do Sistema Local e Regional de Saúde – Mapa da Saúde;
5. Oficina V – Inclusão Digital;
6. Oficina VI – Sistemas de informação Data SUS.

Quadro 1 - Descrição das Oficinas com Conselheiros de Saúde

Oficina	Tema	Roteiro
Oficina I	História das Políticas de Saúde no Brasil	Apresentação do Documentário: Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde Roda de Conversa. Montagem do Varal da História das Políticas de Saúde no Brasil.
Oficina II	Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde	Apresentação da Resolução CNS 453, de 10/05/2012 Roda de Conversa
Oficina III	Financiamento do SUS e Prestação de Contas	Montagem coletiva do Fluxograma de Financiamento do SUS Montagem coletiva dos Blocos de Financiamento do SUS Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde – Resolução CNS 459, de 10/10/2012 Roda de Conversa

Oficina IV	Organização do Sistema Local e Regional de Saúde – Mapa da Saúde	Estudo do Caso de Ana – Fiocruz Montagem coletiva do Mapa de Saúde Municipal e Regional
Oficina V	Inclusão Digital	Apresentação de Conteúdos * Hardware * Periféricos * Unidade de armazenamento * Windows * Inicializando o Windows * Navegação na área de trabalho (Desktop) * Conceito de pastas e arquivos * Internet * Como efetuar pesquisa de conteúdo (Utilização do Google) * E-mail
Oficina VI	Sistemas de informação Data SUS	Abordagem sobre Sistema de Informação do SUS – Laboratório de Informática * Apresentação dos Sistemas de Informação do SUS * Apresentação mais detalhada sobre os Cadastros Nacionais: Cadernos de Saúde, Cartão Nacional do SUS, CNES * SIOPS * TABNET - Indicadores epidemiológicos, indicadores demográficos, indicadores de cobertura. * Fundo Nacional de Saúde - Transferências financeiras

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As oficinas foram realizadas de acordo com as disponibilidades dos conselheiros. Eles associavam suas vivências e participação com o tema proposto de tal modo que o resultado conferiu uma importância transformadora por possibilitar uma ligação direta com o fazer do conselheiro de saúde. Eles relataram que o conteúdo possibilitou a discussão com maior propriedade da pauta da reunião do conselho de saúde e uma melhor compreensão dos relatórios de prestação de contas. Observamos o crescimento progressivo do pensamento crítico e do poder da argumentação em relação à suas práticas, o que pode contribuir para a cidadania efetiva em defesa dos direitos sociais. Esse processo possibilitou uma forte interação da comunidade acadêmica e os

conselheiros de saúde através da difusão do conhecimento científico e do encontro com o saber popular.

A vivência no OCS, valioso espaço educativo, possibilitou aos seus participantes ampliarem suas visões acerca da situação do sistema público de saúde, do seu papel social e fazerem uma reflexão crítica do conhecimento, atitudes e habilidades necessárias para que possam efetivamente exercer a sua cidadania.

A partir da realização das oficinas de formação para os conselheiros podemos descobrir outros aprendizados trazidos pela troca de experiências com os participantes de saúde e, como via de mão dupla, levar a eles instrumentos que ajudariam no desempenho de suas atribuições legais e políticas para atuar no controle social da execução da política de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência na organização e realização de oficinas para a formação de conselheiros de saúde a partir de uma atividade extensionista possibilitou vivenciarmos juntamente com os acadêmicos momentos ricos de reflexão e aprendizagem.

A utilização de metodologias ativas, dialógicas e participativas contribuiu para o conhecimento de temas sobre o controle social e participação popular pertinente para as atividades realizadas pelos conselheiros de saúde.

Desta forma, o presente estudo traz contribuições relevantes sobre a utilização de tecnologias educativas para o compartilhamento de ideias e saberes relevantes para o exercício do controle social no SUS.

Podemos observar que a atuação do OCS é densa e, pelo rol de atividades apresentadas, a consolidação desse Projeto se dará nesse percurso, pois incentiva a formação permanente dos alunos para a cidadania e vai de encontro ao empoderamento da comunidade para o fortalecimento da participação social na fiscalização e acompanhamento das políticas públicas. Nesse sentido, o OCS está percorrendo e construindo um caminho onde o apoio da Universidade é fundamental para a sustentação e manutenção de suas atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 37 Brasília, 14 jan. 2008.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA CULTURA E EDUCAÇÃO. SESU. **O que é extensão universitária?** [Online]. Disponível em << <http://portal.mec.gov.br>>>. Acesso em 20 de outubro de 2008.
- CARVALHO, G. **Defender Conselho de Saúde e Comissões de Gestores é Praticar. Democracia Ilusória, com Concessão de Migalhas?** 20 de fev. de 2003. Disponível em: <http://www.grupos.com.br/group/residencia_saudedafamilia2008/Messages.html?action=download&year=08&month=12&id=1228866655834904&attach=UNKNOWN_PARAMETER_VALUE>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- CECCIM, R.B. FEURWERKER, L.C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.41-65, 2004.
- CORREIA, M. V. C. **Controle Social**. In PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 382-392. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 22 set. 2014
- GUIZARDI, F. L. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. 2008. 258f. Disponível em <http://actacientifica.servicoit.cl/biblioteca/gt/GT19/Gt19_LubeGuizardi.pdf> . Acesso em: 22 set. 2014.
- HEMMINGS, J.; WILKINSON, J. *What is a public health observatory?* **J. Epidemiol. Community Health**. 57:324-326. 2003.
- KRÜGER, T. R. *Participação da comunidade: 20 anos de diretriz Constitucional*. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 8(2): 75-90, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- MÁXIMO, L.; OLIVEIRA, V. *O gigante fragilizado*. **Valor – Sessão EU & Fim de Semana**. São Paulo, 35p. 6 de outubro de 2013.
- PUC MINAS – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. **Política de Extensão Universitária da PUC MINAS**. Pró Reitoria de Extensão, Belo Horizonte, 2006.
- REIS, J.C.; RENA, L.C.C.B.; NASCIMENTO, L.C.; CUNHA, M. C.M. **Saúde nos Interessa: Instituinto um Observatório do Controle Social no Sus/Betim**. 5º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. As fronteiras da Extensão. Porto Alegre, RS, novembro de 2011.

- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. *Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa*. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, mar. 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2014.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D. F. *O Sistema Único de Saúde*. In: CAMPOS et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. rev. aum. São Paulo. Hucitec, 2012, p. 531-562.



Sandra Nyedja de Lacerda Matos
Antonia Silvânete Saraiva Silva
Aline Samara Dantas Soares Pinho

INTRODUÇÃO

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente quanto à Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), no que tange ao controle social, não gerou deliberação de processos educativos que objetivassem empoderamento do brasileiro como sujeito de direitos, dentre eles o da saúde conforme previsto na Constituição Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). Sendo o exercício da cidadania propedêutico à consolidação do Estado Democrático de Direito, tem-se a Educação em Saúde como fenômeno inerente à possibilidade da formação crítica à participação social na gestão do SUS.

Nesse sentido, o empoderamento deve ser admitido não numa perspectiva de integração de pessoas excluídas socialmente do Sistema de Saúde em termos assistenciais, mas como “*processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar grupos ou comunidades na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia*” (KLEBA, 2009, p.735). Desta forma mantém-se uma relação estreita com a Promoção da Saúde ao favorecer a participação de cidadãos nos processos e produtos afins ao atendimento de suas necessidades de saúde pelo Estado inteiro e não só pelo setor Saúde. Necessidades essas compreendidas sob o aspecto das tecnologias, vínculo, autonomia e condições sociais (CECILIO, 2006).

A promoção da emancipação precisa ser fomentada num contexto de Educação em Saúde, enquanto “*conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e com os gestores, afim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com as suas necessidades*” (FALKENBERG et al, 2014, p. 848).

A Educação em Saúde é prática do trabalhador do SUS, e percebe-se neste profissional a responsabilidade quanto à educação ao exercício da cidadania, sob a lógica Freiriana de Educação Popular em Saúde, ancorada na dialogicidade, horizontalização das relações entre profissional e população, na participação ativa dessa pela expressão de sua visão de mundo valorizada como subsidiadora das problematizações a serem feitas, da consideração de seus saberes prévios de modo que haja produção de conhecimento possibilitador de pró-atividade cidadã bem como à sua ação de autocuidado (BRASIL, 2013).

Tal processo de formação considera os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) que são promotores de uma relação entre sujeitos do ato de conhecer, que precisam ser introjetados por todos os educadores, dentre os quais os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao desenvolvimento da análise de aspectos do contexto de vida dos/as educandos/as para que encontrem respostas aos desafios de sua realidade (BRASIL, 2013).

A Constituição de 1988, em seu artigo 198, trata das diretrizes do SUS, dentre elas a participação da comunidade (BRASIL,1988), ou seja, essa é norte ao Estado Democrático de Direito, sendo um fenômeno próprio desse, de modo que não há sua consolidação sem que a população que o compõe não vivencie experiências como o controle social em saúde.

O termo “controle” diz respeito a verificar se determinada atividade não apresenta desvio das normas, objetivos e princípios que as regem (ENAP, 2015), sendo que no Brasil, a partir da Constituição de 1988 o controle social é a qualificação dada à participação social ampliada, democratizada (BRASIL, 2013), no processo decisório acerca das políticas públicas, bem como ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES et al., 2007); sendo mecanismo de prevenção da corrupção e fortalecimento da

cidadania por dizer respeito a gestão do sistema de saúde por parte da sociedade (BRASIL, 2013).

O controle social em saúde no Brasil foi regulamentado através da lei 8.142/90 que orienta como uma das suas instâncias colegiadas os Conselhos de Saúde, a nível federal, estadual e municipal, em caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990).

Ao efetivo controle social em saúde, é necessário a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens acerca do atendimento de suas necessidades de saúde, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2000), o que não se dá sem educação, sendo através dela que pode haver conscientização do indivíduo quanto ao seu papel (por lei atribuído) na busca pela melhoria do bem estar social.

A prática da participação cidadã mostra-se muitas vezes como um ponto crítico quanto à sua existência em alguns municípios, no que diz respeito ao Conselho Local de Saúde (CLS), uma vez que este não é citado na Lei Nº 8.142/90, dificulta a sua criação e institucionalização, mesmo sendo mencionado na Resolução nº 453/2012, essa não traz especificações sobre sua atuação, composição ou área de abrangência, ficando para os municípios a responsabilidade de sua criação através de decreto, lei municipal ou portaria (MIWA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o processo de implantação do CLS partindo de Profissionais de Saúde da Atenção Básica e de Cursos da Saúde de mostra-se oportuno para uma reorganização e fortalecimento popular. Considerando que a participação social não se dá apenas na perspectiva institucionalizada, como nos Conselhos, faz-se importante destacar que nas instituições de atenção à saúde, a participação do usuário perpassa pela maior democratização da informação, pelo reconhecimento dos usuários por parte dos profissionais de saúde como sujeitos no processo do cuidado com a saúde (não devendo ser reificados como alvo de práticas e prescrições); bem como pela compreensão dos usuários quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa de seus interesses (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Nesse sentido infere-se a importância das ações e serviços no SUS se darem ao favorecimento do exercício cidadão, da participação social em saúde, em todas as suas

possibilidades. Sendo a ESF o nível do sistema que tem a responsabilidade de desenvolver promoção da saúde, é inerente a este trabalho a educação em saúde, à participação e controle social, através do desenvolvimento de práticas de Educação Popular em Saúde. Como reflete Oliveira (2015) para que haja de modo preliminar ao controle social a necessária construção de um processo de diálogo libertador, capaz de estimular, sensibilizar as pessoas a lutarem pelos seus direitos, essa que deve ser mais ativa e engajada na busca de soluções, condição prévia de um Estado mais eficaz, disposto a discutir e responder aos anseios da sociedade.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde e o da Educação instituíram diversas iniciativas com o intuito de incitar o debate e a construção de uma política de orientação das práticas formativas de profissionais da saúde de nível superior. Esse novo modelo indica a necessidade de estreitar as relações entre profissionais da saúde, instituições de ensino e comunidade, sob o referencial da Educação Popular em Saúde e da Educação Permanente (EP).

Ceccim (2004) discorre que a EP consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde, objetivando a transformação de práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tendo como ênfase as necessidades de saúde das pessoas e da população, a reorganização da gestão setorial e a promoção de uma formação profissional integral em saúde, que contempla também o controle social denominado de quadrilátero da Educação Permanente em Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Gradua SUS), constitui-se uma das propostas ao fortalecimento da Atenção Básica em consonância com os princípios de diretrizes do SUS, bem como da formação profissional desenvolvida nas instituições de ensino superior pela lógica da educação pelo trabalho baseada na integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2008).

O PET possibilita a efetivação da Educação Popular em Saúde nos núcleos da ESF envolvidos, e a experiência de ensino-aprendizagem de atuais e futuros profissionais de saúde no âmbito da EP, sem fronteiras entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, pela lógica de formar com o trabalho e não para trabalho (CECCIM, 2004).

Este artigo descreve a experiência do processo de implementação do Conselho Local de Saúde em comunidade rural do município Crato-CE com a contribuição do PET Saúde GraduaSUS, Universidade Regional do Cariri (URCA), Universidade Federal do Cariri (UFCA) e Secretaria Municipal de Saúde. Sua relevância dá-se pela proposta apresentada vir a contribuir para a criação de espaços de discussão mais próximos à realidade dos usuários do SUS.

OBJETIVO

Relatar a implementação e resultados do projeto de “**Sensibilização, fortalecimento do saber popular e implantação do Conselho Local de Saúde**” no Centro de Saúde Joaquim Ferreira Leite – ESF II e IV, distrito Ponta da Serra, Crato-CE.

RESULTADOS E ANÁLISES

Comunidade Locus do Projeto

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município do Crato apresenta uma população estimada em 121.428 habitantes e, possui atualmente 40 equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona rural e urbana, 03 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com o apoio de uma equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

O distrito Ponta da Serra tem uma população predominantemente rural, e conforme levantamento local, estima-se cerca de 8.971 habitantes em 2010. Essa localidade possui quatro equipes da ESF e as duas equipes citadas neste trabalho tem em média 1700 famílias cadastradas.

O cenário escolhido faz parte das nove equipes de saúde da família com preceptores do PET Saúde. O espaço físico do Centro de Saúde Joaquim Ferreira Leite, abriga as equipes ESF II e IV, assim as duas foram contempladas com a experiência, denotando-se a importância da não fragmentação do território.

Oficina PET Saúde GraduaSUS – Planejamento do Projeto “Sensibilização, fortalecimento do saber popular e implantação do Conselho Local de Saúde”

Inicialmente realizou-se no âmbito do grupo PET Saúde GraduaSUS oficina para orientação de como ocorreria a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) nas Unidades Básicas. Participaram do encontro tutores, acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Educação Física (URCA), Medicina (UFCA) e preceptores, estes profissionais da Secretaria de Saúde de Crato.

O plano compreendeu 11 passos: 1. Apresentação/acolhimento; 2. Acordo de convivência; 3. Dinâmica sobre Redes de Atenção à Saúde; 4. Conceitos sobre Participação Social, Controle e Administração Pública; Conselho Local de Saúde; 5. Diagnóstico Situacional; 6. O papel do Conselho Local de Saúde e dos Conselheiros; 7. Vídeo sobre CLS e construção do painel integrativo, sobre o que é papel do conselheiro e o que não é papel do conselheiro; 8. Chuva dos problemas da comunidade relacionados à saúde; 9. Priorizar os problemas; 10. Voluntários para o CLS; 11. Avaliação e encerramento.

Com intuito de adaptar a aplicação do plano proposto à realidade da Ponta da Serra, o subgrupo tutorial PET do mesmo distrito (discentes, preceptores), se reuniu posteriormente, para discriminação de ações que contemplassem os passos considerados pelo planejamento feito por todos do PET, ficando acordado pelo grupo que as oficinas seriam desenvolvidas em 03 momentos.

A primeira oficina teria como objetivo caracterizar a percepção da comunidade sobre saúde e controle social. A segunda oficina objetivaria a avaliação, pela comunidade, do território como espaço de produção de saúde. E a terceira seria a produção da configuração inicial do CLS.

Oficinas do subgrupo Tutorial PET / Ponta da Serra com a comunidade

A experiência na comunidade de Ponta da Serra teve início em maio de 2017, a partir da articulação prévia da enfermeira da equipe preceptora do PET Saúde, com os agentes comunitários de saúde, para desenvolvimento da primeira oficina.

A articulação teve como propósito identificar líderes comunitários locais e posteriormente convidá-los a participar das oficinas. Para a identificação dessas pessoas, utilizou-se a técnica *snowball* (bola de neve), essa técnica é considerada não

probabilística, tendo em vista que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante. Albuquerque (2009) descreve, que os primeiros participantes contactados devem ter conhecimento da sua localidade, ou das pessoas que vivem na comunidade, assim esses indivíduos indicarão outras pessoas de seu relacionamento, para que também participem do evento proposto. Com o propósito de se ter uma amostra considerável, selecionou-se um número inicial de pessoas que deveriam pertencer aos variados segmentos sociais, tais como, representantes de associações e escolas, organizações não governamentais e entidades religiosas locais.

Concluída essa etapa, foram feitos convites nos quais havia data, local e hora da primeira oficina, e entregues às pessoas pela enfermeira da UBS Ponta da Serra (preceptora PET) e agentes comunitários de saúde da equipe.

A primeira oficina para sensibilização comunitária sobre a importância da implantação do Conselho Local de Saúde aconteceu dia 19 de maio de 2017, e contou com 29 participantes, com perfis diversos, sendo esses: agricultores, profissionais de saúde, professores, integrante de uma Organização Não Governamental, idealizador da rádio comunitária e representante de mídias sociais, digitais (blog) e analógicos (jornal impresso local), donas de casa, membros de associações de moradores e agentes comunitários de saúde do distrito.

A programação seguiu na seguinte ordem: 1. Acolhimento; 2. Apresentação; 3. Acordo de convivência; 4. Divisão de grupos/rotação por estações; 5. Vídeo/equipe; 6. Construção do painel sobre a função do conselheiro; 7. Exposição- dialogada sobre a Lei nº 8.142/1990.

O acolhimento (presente no início de todas as oficinas) foi feito com grupo em roda e através de músicas com temas que sugerissem integração. Sendo a participação de todos os presentes, uma premissa de todas as metodologias utilizadas (APÊNDICE A), os participantes foram convidados a subdividirem-se em quatro subgrupos para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, de modo dialógico, ao tratamento das seguintes questões norteadoras, através da técnica intitulada “rotação por estações” em que cada subgrupo respondeu: 1. O que é saúde? 2. Como você utiliza o Sistema Único de Saúde? 3. Que fatores condicionam a saúde das pessoas? 4. De que adoecem e morrem as pessoas do território?

Com essa proposta, cada subgrupo ficou responsável por responder em 8 minutos um questionamento, dispostos em 4 cartolinas, e ao término desse tempo cada uma era passada para outro subgrupo responder à pergunta seguinte. Logo, ao final do tempo proposto, os participantes tinham interagido com suas reflexões e seus saberes postos nas cartolinas que foram fixadas na parede, dando visibilidade ao produto da dinâmica. Com a finalização da rotação por estações, abriu-se a discussão no grande grupo que mostrou seu conhecimento prévio sobre o conceito de saúde, dentre os quais estiveram: bem-estar físico, social e mental; autoestima; lazer; boa convivência social e familiar; estado pleno de alegria; disposição; disciplina com a vida (APÊNDICE A).

Após um breve vídeo de 5 minutos sobre trabalho em equipe, aconteceu a construção de um painel feito de modo integrado (APÊNDICE B). Esse iniciou-se com a entrega aos participantes, pelos membros da equipe PET Ponta da Serra, de tarjetas com informações sobre o que seria a função dos conselheiros de saúde e o que não seria função dos mesmos para que fosse feita correlação de ideias. Posteriormente aconteceu exposição dialogada da Lei 8.142/90 e avaliação do encontro, pela menção de uma palavra que representou o sentimento de cada um acerca da vivência: “*conhecimento, aprendizado, dinâmico, acolhedor, esclarecedor, proveitoso, alegre*”.

Esse primeiro momento do projeto demonstrou que os participantes possuíam conhecimentos empíricos dos temas abordados permitindo a dinamicidade e a interação entre todos envolvidos, consolidando o aprendizado.

A segunda oficina, aconteceu no dia 09 de junho de 2017, com 22 participantes. Encaminhou-se no mesmo formato da anterior e direcionou-se para a divisão dos seguintes subgrupos: profissionais de saúde, membros de organização não governamental e escolas, comunidade e associações comunitárias. Utilizou-se como método a matriz “Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats / Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (SWOT/FOFA) (Apêndice C), pela qual pediu-se que os membros da comunidade presentes, descrevessem as forças e fraquezas do ambiente interno, e sobre as oportunidades e ameaças referentes ao ambiente externo do território adscrito à UBS. A partir das respostas, um debate foi feito do qual gerou-se consolidação de uma única matriz definidora.

A matriz escolhida é uma ferramenta utilizada para fazer análises de cenário (ou análises de ambiente), sendo usada como base para a gestão e o planejamento estratégico de uma organização (DAYCHOUW, 2007). É utilizada geralmente em empresas, mas como é um instrumento simples que traz uma visão clara e objetiva, pode ser usada na gestão de diversos ambientes para facilitar o planejamento das ações a serem desenvolvidas posteriormente.

A terceira oficina ocorreu em 17 de agosto de 2017, contou com a participação de 27 pessoas. Os diálogos foram conduzidos pelos acadêmicos de enfermagem e medicina (PET Saúde), a partir da dinâmica da teia das expectativas (MITRE *et al* 2008), pela qual cada participante jogou o barbante para o outro após verbalizar suas expectativas sobre a implantação do Conselho Local de Saúde. A isso se sucedeu exposição - dialogada sobre “O que é “Atenção Primária à Saúde” e o que são “Redes de Atenção à Saúde”. O trabalho desenvolvido pelas equipes locais foi exposto através de fotos das ações assistenciais em saúde e de atividades educativas. Essa oficina contou com a presença do Secretário Municipal de Saúde, em que oportunamente foi apresentada a Análise Situacional (Matriz FOFA) do território, produto da segunda oficina. Ao final do encontro foi realizada escolha dos representantes para composição do núcleo provisório de conselheiros locais de saúde de Ponta da Serra-Crato (visto que o município ainda está em processo de legalização para a implantação dos Conselhos Locais de Saúde, ou seja, da institucionalização do CLS).

Repercussão das oficinas

A execução deste projeto no formato descrito, conseguiu fomentar a participação popular e estimular a troca de experiências, através do diálogo entre diferentes saberes, tornando-se um espaço ideal para a manifestação das necessidades da comunidade, o que é peculiar à construção de uma gestão participativa, e de uma cogestão em saúde nas quais a população, participa efetivamente dos processos decisórios visando a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva. Sendo assim os CLS são espaços estratégicos de fortalecimento do controle social municipal, bem como de promoção de auto responsabilização dos sujeitos quanto ao atendimento de suas necessidades de saúde.

As oficinas geraram o seguinte: engajamento comunitário na proposta de criação e desenvolvimento do CLS, o que repercutiu em encontros mensais, tendo seus desdobramentos registrados em ata, com o intuito de manter e fortalecer a integração entre pessoas líderes da comunidade; ao desenvolvimento de projetos em parceria com a Atenção Básica, Gestão, Ensino em Saúde e com outros setores como Secretaria de Desenvolvimento Agrário com o intuito de trazer benefícios à comunidade.

Neste contexto, no mês de setembro ainda do ano de 2017, iniciou-se encontros para a discussão e implantação do Horto Medicinal, partindo de uma das ameaças levantadas (Matriz FOFA) sobre a falta de corresponsabilização dos sujeitos sobre sua saúde e sobre a saúde da coletividade. Para valorizar e resgatar o conhecimento tradicional da comunidade e ampliar os diálogos sobre autocuidado, hábitos saudáveis e cuidados com o meio ambiente, em um sincronismo entre os saberes popular e científico.

Essa proposta de efetivar o Horto Medicinal teve como embasamento teórico a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

Através de parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Agrário, em abril de 2018, o grupo conseguiu material para a implementação de Horta Comunitária e Horto Medicinal na UBS. Outros parceiros como as escolas e ONG local, fazem-se presentes na construção compartilhada do saber.

A análise situacional com a matriz FOFA vem sendo reavaliada a cada semestre por todos os membros do CLS, sendo que os resultados são levados ao Secretário Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, para conhecimento e encaminhamentos.

Ao longo do tempo da experiência, desde o desenvolvimento das três primeiras oficinas, a atuação da comunidade no sentido de questionar, reivindicar e acompanhar os desdobramentos de suas solicitações, repercutiu no atendimento de algumas demandas como, por exemplo: transporte para as duas equipes, presença de guarda municipal, reforma estrutural da UBS, rampa de acessibilidade para cadeirantes e

informatização da UBS e curso de formação técnica para Agentes Comunitários de Saúde, por outro lado a permanência do não atendimento de outras solicitações ainda persistem, e principalmente se a satisfação da necessidade expressa pela comunidade envolver grandes custos em termos de recursos da gestão pública, a citar números insuficientes de exames, insumos para curativos e alguns medicamentos que não atendem à demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência traz a ampliação da percepção dos envolvidos diante dos inúmeros desafios encontrados na saúde do território de Ponta da Serra. Ademais, mostra o envolvimento entre os profissionais, estudantes da saúde e a população, buscando o fortalecimento popular e parcerias locais.

A experiência que teve início a partir de um projeto da Universidade para formação do CLS, mostra-se “autônoma” atualmente, pois os representantes da comunidade e profissionais de saúde da UBS, exibem concretamente as formas de gestão participativa e atuação do controle social, buscando a solução dos problemas e a implementação de novas práticas.

Esse grupo destaca-se por ter continuado suas atividades mesmo após o término do Programa PET Saúde no município. Essa característica de continuidade despertou o interesse de professores das Instituições de Ensino Superior (URCA e UFCA) a manterem os acadêmicos próximos à realidade do serviço. Atualmente nas reuniões do CLS da Ponta da Serra há a participação de pelo menos 01 aluno bolsista do PET Enfermagem (URCA). Destaca-se ainda que o Posto de Saúde é campo de internato para acadêmicos do curso de Medicina da UFCA e vivência para bolsistas da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (URCA).

Alguns obstáculos ainda impedem a institucionalização do CLS Ponta da Serra; para que se concretize de fato foi proposta na Pré-Conferência de Saúde, em 15 de março de 2019, a elaboração da Lei de criação, portaria ou decreto que assegure a sua legalidade; assim espera-se que na Conferência Municipal de Saúde seja materializada para consecução desse objetivo na defesa do acesso à saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. *Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde.* **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. *O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.* **Texto Contexto enfermagem**, v.16, n. 3, p. 470, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde.** Brasília – DF, 178p, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. [Acesso em: 12 dez. 2018].

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. Aprova as Diretrizes para a Instituição, Reformulação, Reestruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. [Acesso em: 08 dez. 2018].

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho a Saúde – PET-Saúde.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: 2000, 454p.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010. [Online]** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=23>. Acesso em: 01 de fev. de 2019].

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.* **Physis**, v.14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à Saúde*. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 13p.

DAYCHOUW, M. **40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: 2007, 272p.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ENAP. **Controle Social. Curso Completo**. Abr. 2015, 97p. Disponível em: repositorio.enap.gov.br/handle/1/2719. [Acesso em: 15 de junho de 2019].

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. *Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva*. **Ciência Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GOHN, M. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais*. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. *Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política*. **Saúde & Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.

MITRE, S. M. *et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais*. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2133-2144, [Acesso em: 22 de jul. de 2019].

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C. A. A. *A presença invisível dos conselhos locais de saúde*. **Saúde & Sociedade**, v. 26, n. 2, pp. 411-423, 2017.

OLIVEIRA, A. G.; PISA, B. J. *Índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão*. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1263-1290, 2015.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 2000.

APÊNDICE A - RESULTADO DAS PERGUNTAS NORTEADORAS

O que é saúde?	Como você utiliza o SUS
Bem-estar físico, social e mental; autoestima; lazer; boa convivência social e familiar; estado pleno de alegria; disposição; disciplina com a vida.	Secretaria de Saúde e PSF; hospitais, SAMU, realização de exames, encaminhamentos.
Que fatores condicionam a saúde das pessoas	De que adoecem e morrem as pessoas do território
Sociais, ambientais, emocionais; econômicos; alimentares; prática de hábitos saudáveis (esporte); educação; moradia; lazer; segurança; boa convivência familiar; emprego; acesso ao SUS; políticas públicas efetivas; paz espiritual	AVC; infarto; diabetes; hipertensão; tabagismo; acidentes de trânsito; droga (violência, câncer, pneumonia; suicídio (depressão); idade avançada; negligência (serviços/atendimento)

APÊNDICE B - PAINEL INTEGRATIVO

O que é função do Conselheiro		O que não é função do Conselheiro
Colaborar com o planejamento das ações da UBS; Elaborar regimento interno; Promover articulação com as demais instâncias de participação social; Acompanhar/avaliar as ações da UBS; Estimular a participação comunitária na sua área de abrangência;	Buscar desenvolver estratégias para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde no âmbito do seu território; Atuar na formulação e controle de execução de políticas de saúde no âmbito local; Participar das reuniões do Conselho.	Desrespeitar funcionários; Ter prioridade no atendimento; os privilégios junto à UBS; receber remuneração.

APÊNDICE C- MATRIZ FOFA

ANÁLISE SITUACIONAL		
Unidade de Saúde Ponta da Serra Sede- Crato CE.		
MATRIZ FOFA		
	FORÇAS	FRAQUEZAS
AMBIENTE INTERNO	-Marcação de exames na UBS -Realização de exames preventivos na UBS -Registro nos livros; -Equipe multiprofissional -Assistência dos ACS e atualização do cadastro e prontuário -Farmácia na UBS -Realização de baciloscopia na UBS -Atuação do PSE -Implantação do Conselho Local de Saúde -Parcerias com outros equipamentos sociais. -Vacinação na UBS -Agendamento de consultas	-Áreas descobertas de ACS -Falta de calendário de manutenção para os equipamentos e insumos da unidade -Ausência de técnica de enfermagem exclusiva para imunização -Triagem e acolhimento -Ausência de atendimento humanizado por alguns funcionários. -Ausência de alguns profissionais da unidade de saúde nas oficinas do CLS -Falta de corresponsabilização da comunidade com sua própria saúde (autocuidado) e em relação ao destino adequado do lixo.
AMBIENTE EXTERNO	OPORTUNIDADES -Laboratório próximo à comunidade -Coleta de lixo pelo poder público -Jornal Local -Líderes comunitários -Vereador local -Conferências	AMEAÇAS -Ausência do transporte para a equipe, para atendimento nas micro áreas e para a visita domiciliar. -Falta de segurança, vigilante, para os profissionais na UBS -Demora no recebimento do resultado dos exames preventivos -Falta de receituários comum e especial -Ausência do NASF -Ausência de formação continuada para os profissionais -Número insuficiente de exames para atender a comunidade -Material para curativos insuficientes; -Medicações insuficientes; -Destino inadequado do lixo pela comunidade -Falta de saneamento básico -Demora na entrega de material de limpeza e de expediente -Falta de estrutura nos pontos de apoio -Ausência de rampa de acessibilidade; -Sala de Imunização não segue os padrões do PNI -Falta de climatização e informatização na unidade.



TECNOLOGIAS SOCIAIS NAS PRÁTICAS EM SAÚDE: A DIMENSÃO PARTICIPATIVA EM PERSPECTIVA

**César Augusto Paro
Neide Emy Kurokawa e Silva
Miriam Ventura**

Este texto¹ busca refletir sobre como a dimensão participativa da Tecnologia Social (TS) é explorada nas práticas da saúde. Inicia com uma contextualização da relação tecnologia-sociedade, para então apresentar a noção, pressupostos e características da TS. A partir da constituição destes cenários e em diálogo com a produção bibliográfica sobre TS na saúde, discute-se sobre as possibilidades e os limites das articulações entre TS e saúde para potencializar a dimensão participativa no desenvolvimento de experiências práticas.

TECNOLOGIA: UMA DIMENSÃO DA VIDA HUMANA

A técnica trata da capacidade do homem de modificar deliberadamente materiais, objetos e eventos, culminando, inclusive, na produção de elementos novos, não existentes na natureza (CUPANI, 2004). Esta tem permitido a transformação do meio onde os humanos vivem, com eles próprios provocando a sua transformação (BAZZO; LINSINGEN; PEREIRA, 2003).

¹ Este manuscrito é fruto das reflexões desenvolvidas no interior do projeto de extensão "Inovando práticas de prevenção e promoção da saúde a partir da análise local de vulnerabilidades à saúde, no contexto do vírus zika" desenvolvido por extensionistas do IESC/UFRJ em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O fenômeno técnico associa-se, portanto, a capacidade humana do fazer, do saber fazer, o que permite a definição do ser humano como *homo faber*. Esta difere das outras capacidades (contemplar a realidade, agir, experimentar sentimentos e expressar-se) mediante uma linguagem articulada, particularmente a enunciativa:

esse caráter da técnica deve ser levado em consideração ao entender a tecnologia como modo de vida, sobretudo na medida em que esse modo de vida afeta outros modos em que podem prevalecer aquelas outras capacidades humanas antes mencionadas (CUPANI, 2004, p. 494).

Os discursos sobre tecnologias costumam suscitar significados positivos, não apenas para seus beneficiários, mas também para aqueles que a agenciam. Outro sentido muito comum atribuído à tecnologia diz respeito ao entendimento de que ela é um produto neutro, oriundo do conhecimento científico e cuja aplicação pode ser universalizada, a partir do momento em que ela prova a sua utilidade.

Nestas perspectivas, imperam classicamente concepções essencialistas e triunfalistas das relações entre a ciência, a tecnologia e a sociedade, que podem ser sintetizadas na equação do denominado modelo linear de desenvolvimento: "*+ ciência = + tecnologia = + riqueza = + bem-estar social*" (BAZZO; LINSINGEN; PEREIRA, 2003, p. 120).

Sob tais óticas, podem passar despercebidas as raízes e dimensões sociais e humanas das tecnologias, desde sua fecundação até a sua incorporação, e conseqüente trânsito entre os mundos do poder, do mercado e da democracia. Emerge então outra faceta que antagoniza com a visão otimista e/ou de neutralidade da tecnologia, apontando seus efeitos deletérios, sobretudo quando submetida primordialmente à lógica mercado-consumo, ignorando tanto os processos e critérios de incorporação quanto as diferentes oportunidades de acesso da população.

Tais questões serão problematizadas no âmbito do campo de trabalho acadêmico dos Estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade (Estudos CTS), que se caracteriza por um caráter crítico, interdisciplinar e heterogêneo, tendo como objeto a dimensão social da ciência e da tecnologia, tanto em relação aos seus antecedentes sociais, quanto às suas conseqüências sociais e ambientais (BAZZO; LINSINGEN; PEREIRA, 2003).

Os aportes da filosofia da tecnologia nos ajudam a “reconhecer a tecnologia como dimensão da vida humana, e não apenas como um evento histórico” (CUPANI, 2004, p. 493). Há quatro perspectivas filosóficas contemporâneas que irão compreender a relação que a tecnologia estabelece com os humanos de forma distintas (FEENBERG, 2013a; 2015; NEDER, 2013a):

- Instrumentalismo: professa a neutralidade da tecnologia e, sendo um artefato, um instrumento, o homem assume o controle sobre ela para satisfazer suas necessidades no mundo social. É baseada no padrão da “fé liberal” do progresso e como uma questão de escolha;

- Determinismo: a tecnologia também é tida como neutra e postula que o avanço tecnológico escapa ao controle humano, moldando a sociedade às exigências de eficiência e progresso. Nessa perspectiva, não nos caberia adaptar a tecnologia aos nossos caprichos, mas, antes, pelo contrário, deveríamos nos adaptar à tecnologia, posto que ela possibilitaria a realização de nossas necessidades humanas;

- Substantivismo: ressalta a ameaça aos valores embutidos nas concepções de boa vida, com formas específicas de vida, pelos parâmetros de um valor formal e pré-existente de eficiência, que serviria para qualquer tipo de vida, como característico da tecnologia. Seria o “triunfo da tecnologia sobre todos os valores”; e

- Teoria crítica: assume o reconhecimento das consequências deletérias que a tecnologia pode desencadear, chamando a atenção para o fato de que não seria a tecnologia em si a responsável por tais consequências, mas a falha no agenciamento que a submeta a um processo mais democrático de projeto e desenvolvimento, não restrito a elites de especialistas. Desse modo, os valores integrados à tecnologia seriam “socialmente incorporados”, não podendo ser representados exclusivamente por categorias como eficiência e controle.

Contrapondo-se a perspectivas que professam a neutralidade da tecnologia ou ao triunfo da tecnologia sobre os valores e sobre o homem, a teoria crítica da tecnologia enfatiza a intrínseca conexão entre ciência, tecnologia e sociedade, mormente tratadas isoladamente, e destaca a centralidade da democratização da tecnologia, por meio da participação da esfera pública nas decisões sobre projeto e desenvolvimento.

Reconhece-se, ainda, que esse processo ainda carrega muitas questões e dificuldades resultantes da hegemonia das visões instrumental e determinista da tecnologia, como apontado por Feenberg. Esse filósofo franco-americano renova a abordagem sobre tecnologia a partir da teoria crítica vinculada à Escola de Frankfurt, sob influências marxistas, e dialoga tanto com autores contemporâneos da construção social da tecnologia que investigam os processos de construção de artefatos tecnológicos com o enfoque da sociologia, quanto com autores que retomam a reflexão teórica sobre a ciência e tecnologia numa perspectiva filosófica (NEDER, 2013b).

Inspirado em Heidegger, Feenberg (2013b) aponta a tendência de tomarmos os objetos existentes no mundo como um material em potencial para a ação técnica. Estes penetrariam na nossa existência a partir da nossa percepção sobre a sua utilidade no sistema tecnológico. Já em diálogo com Marcuse, o autor se afasta da ideia da revelação tecnológica enquanto a história do ser, uma vez que estaria, na verdade, se relacionando com as consequências das persistências das divisões entre classes e entre regras mediadas tecnicamente por diversos tipos de instituições: “a tecnologia pode ser e é configurada de tal forma que reproduz a regra de poucos sobre muitos” (p. 100). A ação técnica, portanto, trata-se de um exercício de poder.

As abordagens construtivistas nos estudos da tecnologia demonstram que não é somente a eficiência o princípio que determina o fracasso ou sucesso das iniciativas técnicas, tais quais assume-se no determinismo e instrumentalismo. A tecnologia responde aos vários interesses e ideologias particulares selecionados entre as opções. Por conseguinte, ela não determina a ação humana de forma absoluta, mas é socialmente construída e seus efeitos são frutos de escolhas técnicas a partir de grupo(s) social(is) influente(s)/hegemônico(s) (FEENBERG, 2013b). Em suma,

a ciência não é a representação objetiva da verdade e a tecnologia e não é apenas a aplicação prática do conhecimento científico. Na realidade, ambas são construções sociais e, portanto, incorporam os valores do contexto no qual são geradas (DAGNINO, 2013, p. 41).

No desenvolvimento das sociedades modernas, identifica-se uma autonomia operacional, representada pela “liberdade do proprietário ou de seu representante para tomar decisões independentes, a fim de continuar o negócio da organização, sem levar em consideração os interesses dos atores subordinados e da comunidade circunvizinha”

(FEENBERG, 2013b, p. 105). Isto repercute na hegemonia de uma tendência tecnocrática nas sociedades, com a tecnocracia perpetuando as estruturas do poder das elites herdadas do passado de forma tecnicamente racional, acarretando que “*todo ambiente da vida em sociedade vem sob a regulamentação da técnica*” (p. 105), inclusive nas políticas dos Estados.

Apesar das tecnologias poderem gerar soluções e benefícios para os indivíduos, elas também geram resíduos e problemas, diretos e indiretos, não sendo possível considerar que exista uma tecnologia “100% boa”. Seus efeitos negativos não de ser levados em conta (ITS, 2007).

Diante deste cenário em que o avanço tecnológico repercute em efeitos colaterais ameaçadores por favorecer grupos sociais específicos e obstruir outros, a Teoria Crítica da Tecnologia oferece reflexões que visam influenciar o desenvolvimento tecnocientífico com vistas à democratização de processos internos e ocultos que regem os códigos sociotécnicos. Democratizar estaria aqui vinculado à busca de novas maneiras de privilegiar os valores excluídos e de realizá-los em arranjos técnicos novos (FEENBERG, 2013b). Propõe-se, portanto, que seja aberta a caixa-preta dos códigos técnicos para uma reforma tecnológica, que, certamente, dependerá de diversas instâncias éticas e jurídicas, assim como de novas sociabilidades dos sujeitos na esfera pública (NEDER, 2013a).

Afinada com a teoria crítica da tecnologia e com a preocupação de conhecer e vislumbrar outros caminhos para as relações entre tecnologia e sociedade, toma força, especialmente na América Latina, o movimento em prol das chamadas TS (DAGNINO, 2013).

TECNOLOGIAS SOCIAIS: CONECTANDO A PRODUÇÃO TECNOLÓGICA À DIMENSÃO DEMOCRÁTICA

A origem do ideário mais amplo da TS tem sido reputada às chamadas tecnologias apropriadas, que colocavam em questão o caráter da tecnologia convencional, cujo interesse central é a rentabilidade, destinando-se primordialmente aos consumidores que podem pagar pelo seu acesso. Neste sentido, a tecnologia convencional deixa de fora as populações pobres, sobretudo de países periféricos.

Contra esse cenário excludente, as tecnologias apropriadas visavam uma nova lógica de relação com a tecnologia, que atendesse às necessidades e respeitasse os capitais culturais e sociais, além de estimular o protagonismo daqueles países ou regiões que até então eram meros receptores de tecnologias impostas pelos países desenvolvidos. Mahatma Gandhi é mencionado como o precursor dessa corrente ao lutar, na Índia dos anos 1930, pela popularização da roca de fiar, valorizando as práticas e costumes tradicionais como instrumentos de luta contra o domínio colonial inglês (DAGNINO; BRANDÃO; NOVAES, 2004).

Não obstante a sua importância na formulação de políticas de ciência e tecnologia de governos latino-americanos, o movimento da tecnologia apropriada não chegou a influir na sua implementação e vai perdendo força em função das críticas, sobretudo por assumir viés ainda verticalizado e elitizado. O desenvolvimento de tecnologias apropriadas mostrou-se condição apenas necessária, mas não suficiente para alcançar seus propósitos, posto que as populações periféricas continuavam alijadas do processo de desenvolvimento dessas tecnologias, com resultados circunscritos a adaptações locais, sendo que o plano estrutural mais amplo, gerador de desigualdades sociais, permanecia incólume (DAGNINO, 2004; DAGNINO; BRANDÃO; NOVAES, 2004).

Com o voraz processo de globalização da economia a partir dos anos 1980 e o consequente acirramento das relações colonialistas entre países desenvolvidos e periféricos, assiste-se ao enlevamento das tecnologias tradicionais como chave para o desenvolvimento centrado na economia. Contra a fragmentação social e estrangulamento interno incitados por tal perspectiva, reacendem-se as críticas e o clamor por um desenvolvimento mais sustentável que oportunizasse a recuperação da cidadania dos segmentos mais penalizados da população.

Sob esse pano de fundo é que emerge o movimento pela TS, que reúne uma pluralidade de atores e mesmo de referências ideológicas, abrigando desde propostas mais liberais, como a de Responsabilidade Social Empresarial, até aquelas que vislumbram romper com a lógica mercadológica, com vistas à construção de uma sociedade socialista (DAGNINO; BRANDÃO; NOVAES, 2004). Tal pluralidade pode ser intuída em duas definições, muito próximas, mas que de certo modo sugerem distintas nuances ideológicas:

Tecnologia social como compreendendo produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem efetivas soluções de transformação social [grifo nosso] (RTS, 2011 apud DAGNINO, 2011, p. 1).

Tecnologia social como conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida [grifo nosso] (ITS, 2004, p. 130).

Dada a diversidade de aspectos que contemplam, Garcia (2007) chama a atenção para a complexidade da TS que, enquanto tecnologia, implica a aplicação de conhecimentos (populares, científicos ou tecnológicos) e procedimentos de organização típicos da ciência e tecnologia, e, da sua dimensão social, deriva propriedades de participação, cidadania, democracia, educação, eficácia, sustentabilidade e relevância social (Quadro 1).

Os princípios basilares que fundamentam as TS são: i) aprendizagem e participação social são processos que caminham juntos; ii) a transformação social implica compreender a realidade de maneira sistêmica; iii) a transformação social ocorre na medida em que há respeito às identidades locais; e iv) qualquer indivíduo é capaz de gerar conhecimento e aprender (ITS, 2004).

Partindo destes princípios, a TS “busca recompor o código de valores que orienta a pesquisa e o desenvolvimento de inovação, agindo em função dos interesses da sociedade num sentido amplo e inclusivo” (ITS, 2007, p. 25). Deste modo, é constitutiva de valores como: inclusão cidadã, participação, relevância social, eficácia e eficiência, acessibilidade, sustentabilidade (econômica e ambiental), organização e sistematização, dimensão pedagógica, promoção do bem-estar e inovação.

Quadro 1 – Dimensões e características da TS.

DIMENSÕES	CARACTERÍSTICAS
Conhecimento, ciência, tecnologia e inovação	Objetiva solucionar problemas sociais
	Atende a uma demanda social
	Prevê organização e sistematização
	Apresenta inovação
Participação, cidadania e democracia	Baseado em princípios democráticos e de cidadania
	Conta com metodologia participativa
	Preocupa-se com a disseminação e/ou reaplicação
Educação e aprendizado	Prevê processo pedagógico
	Incorpora diálogo entre saberes
	Propicia a apropriação da tecnologia
Relevância social	Mostra-se eficaz
	Preocupa-se com a sustentabilidade
	Potencializa a transformação social

Fonte: Adaptado pelos pesquisadores a partir de ITS (2007).

Dagnino, Brandão e Novaes (2004) apontam que a operacionalização das TS ocorre num contexto de adequação sociotécnica que engendra um processo que promove a adequação do conhecimento científico e tecnológico para além dos requisitos e finalidades de caráter técnico-econômico, pois abrange um conjunto de outros aspectos de natureza socioeconômica e ambiental que constituem uma nova relação entre a ciência, a tecnologia e a sociedade.

A aplicação das TS está profundamente imbricada nos valores e concepções dos sujeitos envolvidos, sendo que a sua difusão se dá por meio da reaplicação e não replicação, considerando que “em cada contexto o uso da tecnologia será inevitavelmente reprojetoado” (JESUS; COSTA, 2013, p. 22).

No que tange ao atendimento da(s) demanda(s) social(is), vale ressaltar que a TS implica a criação de um espaço de descoberta de demandas e necessidades sociais em que deve haver uma escuta e um olhar abertos para a realidade e para as diferentes maneiras de se sentir e observar o mundo:

Os diferentes atores sociais, seja por suas capacidades e formações próprias, seja pelos lugares que ocupam na sociedade, desenvolvem olhares distintos

para uma mesma realidade. Saber ouvir o que cada um tem a dizer é, portanto, fundamental para se compor uma visão mais completa dos fenômenos socioambientais. Uma sociedade só será democrática quando todos os setores que a compõem tiverem espaço para se manifestar (ITS, 2007, p. 31).

Tais condições pretendem alinhar o desenvolvimento econômico e o democrático, permitindo um desenvolvimento tecnológico pautado nas necessidades e demandas sociais. Isto exige que as próprias pesquisas científico-tecnológicas sejam enquadradas como um processo pedagógico de construção da sociedade, por meio de um diálogo que envolve todos os seus atores sociais. Uma construção coletiva que permitiria, constantemente, a busca de equilíbrio aos conflitos sociais. Afinal, a democracia não é algo acabado, mas um processo de promoção da justiça social, que traz os conflitos internos à tona para buscar tal equilíbrio pelo confronto e pelo diálogo (ITS, 2007).

Neder (2008) analisa os obstáculos das políticas nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) para atenderem as demandas sociais, caracterizando alguns dos desafios para o Movimento pela Tecnologia Social (MTS). Para existir um pluralismo tecnológico, há que se gerar um autêntico pluralismo científico, o que exige a reestruturação da matriz disciplinar na universidade para que sejam incorporadas outras dimensões do saber, para que estes “outros saberes” tenham direito a “existência científica”:

Falta, portanto, uma estrutura jurídica e institucional para que o pluralismo científico possa ser reconhecido como legítimo. Este reconhecimento terá que ser equacionado também do ponto de vista transepistêmico. Ou seja, uma concepção de transação entre saberes formulada de tal forma que seja capaz de superar a barreira de entrada representada pela autorização epistêmica dos cientistas (p. 14).

Já de um ponto de vista mercadológico, não se trata aqui necessariamente de ir contra o mercado, mas sim de enxergá-lo em perspectiva. Isto pode representar no desenvolvimento de novos mercados quando se busca a inclusão social, por exemplo (ITS, 2007).

Diversas experiências e iniciativas nas áreas da economia solidária, microcrédito, desenvolvimento local, redes horizontais de solidariedade, cooperativas de produção e consumo, saúde, educação, entre outros, têm revelado o potencial transformador das

TS (BAVA, 2004). Estas podem ser aplicadas a uma enorme cadeia de conhecimentos, técnicas e produtos (ITS, 2007).

Seja com a tônica na inclusão ou na transformação social, parece inegável que a saúde é um fecundo campo para se discutir a relação entre tecnologia e sociedade, especialmente considerando o ameaçado, mas vigente texto constitucional democrático do país, condição primária para a concepção de tecnologias no âmbito ético e político das TS.

TECNOLOGIAS SOCIAIS NA SAÚDE

No âmbito da saúde, os discursos sobre tecnologia ainda são concentrados às possibilidades de diagnóstico, de cura e de tratamento de doenças, sendo, por vezes, tomada como sinônimo de equipamentos e medicamentos, ou seja, são reduzidas às ditas tecnologias biomédicas. Não obstante a importância dessas tecnologias, a abrangência da definição de tecnologias em saúde pretende ser mais ampla, envolvendo o vasto aparato para produção da saúde, que pode ser impulsionado pelos medicamentos e equipamentos, mas também incorpora procedimentos médicos e sistemas organizacionais e de suporte, dentro e fora do setor saúde (BRASIL, 2009).

A ênfase nas práticas médicas pode ser observada de imediato no vocabulário dos “Descritores de Saúde”, em que Tecnologia Biomédica é tida como sinônimo de Tecnologia Aplicada à Assistência à Saúde, Tecnologia Aplicada aos Cuidados de Saúde e, inclusive, Tecnologia em Saúde/Tecnologias em Saúde, sendo definida como “aplicação de tecnologia para a solução de problemas médicos”. A Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) também visibiliza a proporção entre as publicações com o termo “tecnologia em saúde” (6.526 resultados) e, dentre elas, 4.331 (66,4%) títulos tem como assunto principal a tecnologia biomédica². Nesse bojo, os demais assuntos publicados referem-se primordialmente aos seus desdobramentos técnico-financeiros, em torno da avaliação de custo-efetividade.

² Busca realizada em dezembro de 2018 no Portal Regional da BVS (<<https://bvsalud.org/>>), com o termo “tecnologia em saúde” para os campos título, resumo e/ou assunto.

Visando deslocar a ênfase na tecnologia biomédica, identificam-se abordagens que buscam distinguir os conceitos de “tecnologias de produto” (equipamentos, medicamentos) das “tecnologias de processo” (procedimentos), embora, na prática, as tecnologias em saúde sigam ancoradas nas primeiras e conformadas como “tecnologias de cura” (NOVAES, 2006; SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2009).

O predomínio das tecnologias de produtos, principalmente as advindas da indústria farmacêutica, que são regidas pela lógica da economia de mercado, indica a hegemonia das concepções instrumental e determinista na área.

No caso das TS, não se pretende necessariamente um fechamento de meios e fins, mas sim uma articulação diferenciada entre tecnologia e arranjos sociais, promovendo a inclusão por meio da participação dos usuários das tecnologias:

[...] mais do que a capacidade de implementar soluções para determinados problemas, podem ser vistas como métodos e técnicas que permitem impulsionar processos de empoderamento das representações coletivas da cidadania para habilitá-las a disputar, nos espaços públicos, as alternativas de desenvolvimento que se originam das experiências inovadoras e que se orientam pela defesa dos interesses das maiorias e pela distribuição de renda (BAVA, 2004, p. 116).

Diante do interesse em perscrutar a dimensão participativa da TS, em especial, no campo da saúde, empreendeu-se uma revisão com o termo “tecnologia social”. Esta busca foi realizada em fevereiro de 2019, sem recorte temporal, na BVS. Considerando o caráter exploratório do trabalho, restringiu-se a este repositório, dado que congrega produções relativas ao setor saúde. O descritor TS não foi associado a nenhum outro (como participação) frente ao reduzido número de resultados obtidos. Utilizou-se a estratégia de busca para título, resumo, palavras-chave e assuntos. Das 38 publicações encontradas, cinco estavam repetidas e sete foram excluídas do levantamento por não estarem disponíveis eletronicamente ou por não fazerem referências à TS.

TECNOLOGIAS SOCIAIS NA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Mesmo tangenciando vários aspectos pautados no debate sobre TS, pode-se dizer que a TS é pouco explorada no campo da saúde. A pesquisa na base da BVS resultou em 25 publicações, que versam basicamente sobre experiências e/ou investigações de

tecnologias no campo da promoção da saúde, formação de profissionais de saúde ou de gestão em saúde (Quadro 2).

Embora mencionando a expressão TS no título, resumo, palavras-chave e/ou corpo do texto, o conceito não foi explicitado em nove das publicações, não situando seus pressupostos políticos mais amplos, como abordado por alguns estudiosos do assunto. Para os que explicitaram, adota-se predominantemente a definição do Instituto de Tecnologia Social anteriormente apresentada (ITS, 2004).

No caso das que se referiam às experiências práticas, poucos foram os que ofertaram detalhamento sobre alguns dos critérios que compõem a TS, como reaplicabilidade, padrão técnico, transformação social e participação comunitária.

Quanto à dimensão da participação, objeto do presente texto, mesmo sendo reconhecida e/ou citada, os enquadramentos das publicações nem sempre privilegiaram o relato e/ou análise de como esta foi engendrada.

Quadro 2 – Publicações sobre Tecnologias Sociais na saúde.

Tipo	TS	Autor(es)
Discussões teóricas e conceituais sobre TS	Análise ergonômica do trabalho	Jackson Filho e Lima (2015)
	Possibilidades de TS na assistência às mulheres em cuidado pós-natal	Alderdice et al (2016)
	Marco para TS com atuação em territórios em situação de vulnerabilidade	Medeiros e Silva (2016)
	Desenvolvimento sustentável	Martins e Martins (2017)
	Formação de médicos para trabalho comunitário integrado	Mendoza (2018)
	Sobre o marco analítico-conceitual das TS	Lassance Junior et al (2004)
	Institucionalização das TS como políticas públicas	Maciel e Fernandes (2011)
	Programa de controle vetorial	Macías Llanes, Díaz Campos e Bujardón Mendoza (2012)
	Relação da TS com o campo da Psicologia Social	Rodrigues, Lane e Codo (1985)

Metodologias	Capacitação de psicólogos	Freitas e Habigzang (2013)
	Dispositivo de gestão participativa	Pereira (2009)
	Economia solidária	Ghirardi (2011) e Rodrigues e Barbieri (2008)
	Manifestações políticas	Caetano e Lima (2018)
	Oficinas de palhaçaria	Campos (2009) e Matraca, Wimmer e Araújo-Jorge (2011)
	Oficinas para jovens	Lopes et al (2011)
	Pedagogia da alternância	Andrade e Valadão (2017)
	Protocolo clínico	Vejerano Duany e Iraola Valdés (2016)
	Tecnologia assistiva	Reichert e Ferreira (2016)
Produtos	Uso de temas geradores	Ribeiro, Araújo-Jorge e Bessa Neto (2016)
	Filme	Cavalcante et al (2016)
	Fossa	Coelho, Reinhardt e Araújo (2018) e Ramos (2017)
	Horta	Günther e Moreira (2013)

Nota: em relação ao tipo, a primeira categoria refere-se a como a temática TS foi abordada no estudo, ao passo que a segunda e terceira ao tipo de tecnologia desenvolvida e/ou estudada.

Fonte: desenvolvido pelos autores (2019).

O enfoque restrito na descrição dos aspectos organizativos (RODRIGUES; BARBIERI, 2008), de sistematização (GHIRARDI, 2011; VEJERANO DUANY; IRAOLA VALDÉS, 2016), da apropriação da tecnologia pelos beneficiários (FREITAS; HABIGZANG, 2013) e da eficácia na solução dos problemas (COELHO; REINHARDT; ARAÚJO, 2018) não propiciou a compreensão do como se deu a interação entre os sujeitos (proponentes e destinatários) com as TS estudadas. Aponta-se aqui a crítica de que, apesar do alinhamento a esta perspectiva tecnológica, a participação é tomada como algo “dado” e quiçá com significado único, não se valorizando a explicitação dos marcos teórico-conceituais adotados nem dos detalhes quanto à sua expressão prática.

Dentre as publicações que trouxeram detalhamento, mesmo que mínimo, para este aspecto, destaca-se para as que descrevem o uso de metodologias participativas durante alguns dos processos educativos propostos (CAMPOS, 2009; GÜNTHER;

MOREIRA, 2013; LOPES et al., 2011) ou que inclui setores sociais na própria concepção da tecnologia proposta (CAETANO; LIMA, 2018; REICHERT; FERREIRA, 2016). Há também referências à inclusão dos destinatários na disseminação do produto desenvolvido (CAVALCANTE et al., 2016), na democratização dos processos gerenciais institucionais (PEREIRA, 2009) e na descoberta dos conteúdos para serem abarcados em futuro método pedagógico que seria criado (RIBEIRO; ARAÚJO-JORGE; BESSA NETO, 2016).

No entanto, três publicações tecem análises mais densas sobre a relação da TS estudada com a população beneficiária, trazendo críticas para esta dimensão. Ramos (2017), em análise qualitativa sobre o processo de implantação de fossas biodigestoras em comunidades rurais de um município mineiro por uma organização não-governamental, revela haver um limitado agenciamento dos proponentes para a participação comunitária:

[...] a pouca participação da população em todo processo (planejamento, implantação, implementação e acompanhamento) e a adequação da tecnologia feita sem discussão com a população configuraram-se como pontos de interferência para que não houvesse total compreensão da manutenção da tecnologia, impasses quanto à participação dos moradores no processo de mutirão, e pouco envolvimento dos moradores entrevistados na disseminação da tecnologia na comunidade (p. 120).

Já a adoção da pedagogia da alternância (PA)³ como instrumento da política de educação rural em Rondônia foi alvo da análise de Ramos e Valadão (2017) por meio da teoria do ator-rede. As entidades civis da região já haviam desenvolvido a PA em alguns pontos do estado devido à ausência de iniciativas do poder público para o campo. A partir do momento que o governo estadual decidiu desenvolvê-la como política pública, perdeu-se o caráter participativo até então conquistado pelos movimentos sociais, uma vez que a postura orientada à escolha racional trouxe “*uma padronização excessiva, não sendo dado à TS espaço para transladar a dinâmica das comunidades rurais nas quais se originou a proposição da PA como alternativa para a educação no campo em Rondônia junto às práticas do governo do estado*” (p. 421).

Por fim, em relação ao processo de transferência tecnológica da Análise Ergonômica do Trabalho da França para o Brasil, também são identificados problemas

³ TS desenvolvida originalmente na França pelo próprio campesinato para atender as necessidades de educação rural.

parecidos aos anteriores sobre a baixa participação do público destinatário da tecnologia. Enquanto o desenvolvimento desta TS esteve associado à demanda social colocada pelos trabalhadores e seus representados neste primeiro país, a sua prática em território nacional não fora respaldada em construção social que permitisse a produção e o controle do uso dos conhecimentos sobre as atividades de trabalho. Aqui, identifica-se uma inadequação a uma orientação para a ação, dado que os resultados da análise ficam geralmente “à mercê dos gestores para serem utilizados ou engavetados” (JACKSON FILHO; LIMA, 2015, p. 15).

Apesar da participação da população destinatária ser pouco detalhada e aprofundada em grande parte dos relatos de experiências práticas ou pesquisas empíricas em relação à TS desenvolvidas, as publicações com discussões teóricas e conceituais sobre TS advogam por esta dimensão.

Numa perspectiva macropolítica, Maciel e Fernandes (2011) preconizam a institucionalização das TS como política pública, o que exige a criação de mecanismos de controle social para as políticas de ciência e tecnologia, incluindo o poder de influência sobre os investimentos econômicos. Por serem “experiências constituídas por meio das iniciativas comunitárias locais, pelo saber popular em articulação com os saberes acadêmicos, por processos participativos e democráticos”, representam uma profícua alternativa para o enfrentamento da questão social. Já Martins e Martins (2017) apontam a sua importância para a formulação de políticas numa abordagem “de baixo para cima”, que promove inovações a partir do interacionismo entre os saberes técnicos e os derivados das vivências cotidianas no local.

A inclusão da população para a identificação das necessidades de saúde (ALDERDICE et al, 2016) e dos temas das TS (MEDEIROS; SILVA, 2016) aparece como condição fundamental sobre a decisão do que se deseja investigar e porque se deseja investigar. Metodologias participativas de investigação com a comunidade – tal qual a pesquisa-ação – figuram como ferramentas importantes neste sentido para captar os anseios e vivências e para produzir conhecimento de forma compartilhada.

Na perspectiva da participação cidadã, os interesses que devem prevalecer devem ser os dos próprios grupos sociais, com a capacidade para instrumentalizar sujeitos na construção da cidadania, visando o enfrentamento dos problemas derivados

das desigualdades sociais (RODRIGUES; LANE; CODO, 1985). Portanto, a translação de conhecimento em TS devem prescindir da etapa de envolvimento, que corresponde ao “*pacto sobre as possíveis soluções que envolvem os atores em torno da execução de um conjunto de estratégias que expressam seus interesses*” (MARTINS; MARTINS, 2017, p. 347) e a de mobilização, referente ao “*envolvimento dos coletivos que são legitimados com seus interesses a conduzirem as ações*” (p. 347).

Para além da abertura aos interesses comunitários, a operacionalização das TS exige que sejam estabelecidas condições que propiciem a participação da população destinatária: saber, querer, poder e estar motivado a participar (MENDOZA, 2018), bem como de uma análise acurada da interação existente entre as políticas, as instituições e os grupos sociais (MACÍAS LLANES; DÍAZ CAMPOS; BUJARDÓN MENDOZA, 2012).

A noção de engajamento comunitário é apontada como uma possibilidade para a participação comunitária (MACIEL; FERNANDES, 2011; MEDEIROS; SILVA, 2016), em que se destaca a dimensão colaborativa para a solução de problemas, dado que se trata do “*processo de trabalhar de forma colaborativa com e para grupos de pessoas afiliadas pela proximidade geográfica, interesse especial ou situações comuns, com vistas a abordar problemáticas que afetam o seu bem-estar*” (CDC, 1997, p. 9, tradução nossa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escassez de literatura acadêmica sobre TS no setor saúde em detrimento da robusta produção sobre tecnologia de maneira mais ampla⁴ aponta para a sua marginalidade enquanto objeto de estudo e de produção de CT&I para as questões sanitárias.

Questiona-se aqui se este modo de produzir CT&I respaldado pelas ainda hegemônicas perspectivas instrumental e determinista de tecnologia tem dado conta de responder aos princípios e diretrizes que orientam a organização das práticas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS) – tais como universalidade, integralidade, autonomia do usuário e participação comunitária –, principalmente

⁴ Comparando os dois levantamentos na BVS anteriormente apresentados, temos que, ao passo que o termo “tecnologia em saúde” resultou em 6.526 entradas, o termo “TS” culminou somente em 38.

quando se almeja superar as desigualdades sociais e econômicas decorrentes dos processos históricos produtores de iniquidades em saúde.

Para fazer face aos preceitos participativos numa perspectiva cidadã, esta superação da produção de CT&I pouco democrática não pode ser compreendida apenas como um processo feito para a população, mas sim um processo com a população, pela população e da população. Produzir novas formas de cuidado, que reconheçam os indivíduos como sujeitos e não meros objetos, bem como estejam vinculadas aos sentidos práticos existentes nos contextos locais, exige a abertura para ampliar a concepção sobre o que é conhecimento e o *modus operandi* para a sua construção, tal qual se preconiza no próprio ideário da TS.

Apesar de culminarem em inovações que rompem com o *status quo* e possibilitem a reestruturação do trabalho em saúde, Leopardi (2012) aponta que esforços são requeridos para se admitir as TS nos planos político, acadêmico e institucional.

No caso da revisão aqui empreendida, identifica-se que, apesar das publicações com discussões teórico-conceituais advogarem pela participação comunitária orientada pelos valores da democracia e da cidadania, nem sempre as experiências concretas relatadas tiveram agenciamentos que permitissem a participação da população destinatária em todos os processos das TS desenvolvidas.

Embora o campo da saúde possa abarcar produtos e metodologias afinados com a noção de TS, tais como organização dos serviços, prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência, a produção científica nesse âmbito é tímida e restrita a experiências pontuais e isoladas. A reciprocidade de valores entre os princípios e democráticos do SUS e da TS sinalizam ser oportuno o desenvolvimento de investigações que busquem melhor conhecer as possibilidades e limites das articulações entre saúde e TS, que aponte para práticas que efetivamente expressem uma relação participativa-cidadã entre sociedade-ciência-tecnologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDERDICE, F. *et al.* *Postnatal care in Brazil: opportunities and challenges. Texto & Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. e0040016, 2016.
- ANDRADE, J. A.; VALADÃO, J. A. D. *Análise da instrumentação da ação pública a partir da teoria do ator-rede: tecnologia social e a educação no campo em Rondônia. Revista de Administração Pública*, v. 51, n. 3, p. 407-430, 2017.
- BAVA, S. C. *Tecnologia social e desenvolvimento local*. In FBB (Org.). *Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FBB, 2004. p. 187-209.
- BAZZO, W. A.; LINSINGEN, I. V.; PEREIRA, L. T. V. *Introdução aos Estudos CTS* (Ciência, Tecnologia e Sociedade). Brasília: OEI, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAETANO, L. D.; LIMA, R. C. G. S. *Revista Caros Amigos e manifestações de junho 2013: uma análise ético-política. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, v. 5, n. 1, p. 86-97, 2018.
- CAMPOS, M. V. *Alegria para a saúde: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia para o Sistema Único de Saúde*. 2009. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- CAVALCANTE, F. G. *et al.* *Impactos de um documentário sobre o cotidiano de mães e filhos com deficiência: uma análise de cine debates. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3071-3080, 2016.
- CDC. *Principles of community engagement*. Atlanta: CDC, 1997.
- COELHO, C. F.; REINHARDT, H.; ARAÚJO, J. C. *Fossa verde como componente de saneamento rural para a região semiárida do Brasil. Engenharia Sanitária e Ambiental*, v. 23, n. 4, p. 801-810, 2018.
- CUPANI, A. *A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. Scientiae Studia*, v. 2, n. 4, p. 493-518, 2004.
- DAGNINO, R. *A tecnologia social e seus desafios*. In FBB (Org.). *Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FBB, 2004. p. 187-209.
- _____. *Tecnologia Social: base conceitual. Ciência & Tecnologia Social*, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2011.
- _____. *O Pensamento Latino-Americano em Ciência, Tecnologia e Sociedade (PLACTS) e a obra de Andrew Feenberg*. In NEDER, R. T. (Org.). *A teoria crítica de Andrew Feenberg: racionalização democrática, poder e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina, 2013. p. 25-45.
- DAGNINO, R.; BRANDÃO, C.; NOVAES, H. R. *Sobre o marco analítico-conceitual da tecnologia social*. In FBB (Org.). *Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FBB, 2004. p. 15-64.

FEENBERG, Andrew. *O que é a filosofia da tecnologia?* In NEDER, R. T. (Org.). **A teoria crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. 2. ed. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina, 2013. a. p. 49-65.

_____. *Teoria crítica da tecnologia*: um panorama. In NEDER, R. T. (Org.). **A teoria crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. 2. ed. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina, 2013. b. p. 97-117.

_____. **Tecnologia, modernidade e democracia**. Lisboa: IST, 2015.

FREITAS, C. P. P.; HABIGZANG, L. F. Percepções de psicólogos sobre a capacitação para intervenção com vítimas de violência sexual. **Psicologia Clínica**, v. 25, n. 2, p. 215-230, 2013.

GARCIA, J. C. D. *Uma Metodologia de Análise das Tecnologias Sociais*. In: ANAIS ELETRÔNICOS... 2007, Buenos Aires. **Anais. In SEMINÁRIO LATINO-IBEROAMERICANO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA**. Buenos Aires: ALTED, 2007.

GHIRARDI, M. I. G. *Percursos de pesquisa e estratégias de ensino no campo da assistência em terapia ocupacional*. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 216-220, 2011.

GÜNTHER, W. M. R.; MOREIRA, A. M. M. **Ecohorta**: tecnologia social para a sustentabilidade urbana. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2013.

ITS. Reflexões sobre a construção do conceito de tecnologia social. In: LASSANCE JR.; A. et al. (Orgs.). **Tecnologia social**: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: FBB, 2004. p. 117-134.

_____. **Conhecimento e Cidadania**: Tecnologia Social. São Paulo: ITS, 2007.

JACKSON FILHO, José Marçal; LIMA, Francisco de Paula Antunes. Análise Ergonômica do Trabalho no Brasil: transferência tecnológica bem-sucedida? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 12-17, 2015.

JESUS, V. M. B.; COSTA, A. B. *Tecnologia Social*: breve referencial teórico e experiências ilustrativas. In: COSTA, Adriano B. (Org.). **Tecnologia Social e Políticas Públicas**. São Paulo: Instituto Pólis, 2013. p. 17-32.

LASSANCE JÚNIOR, Antonio et al. **Tecnologia social**: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: FBB, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Editorial. Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 3, p. i-iii, 2012.

LOPES, R. E. et al. *Oficinas de atividades com jovens da escola pública*: tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 277-288, 2011.

MACÍAS LLANES, M. E.; DÍAZ CAMPOS, N.; BUJARDÓN MENDOZA, A. *Fundamentos para el estudio de la respuesta social al Programa de control de vectores del Aedes aegypti en el municipio de Camagüey*. **Humanidades médicas**, v. 12, n. 2, p. 146-166, 2012.

MACIEL, A. L. S.; FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 105, p. 146-165, 2011.

MARTINS, W. J.; MARTINS, C. S. F. *A translação do conhecimento na solução de problemas sociais utilizando as redes de políticas públicas*. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. 3-4, p. 343-349, 2017.

MATRACA, M. V. C.; WIMMER, G.; ARAÚJO-JORGE, T. C. *Dialogia do riso*: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4127-4138, 2011.

MEDEIROS, C. M. B.; SILVA, L. R. *Dimensões constitutivas de tecnologias sociais no campo da saúde*: uma proposta de construção e apropriação de conhecimento em territórios vulneráveis. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 1, p. 144-159, 2016.

MENDOZA, A. B. *Requerimientos didácticos y organizativos del Trabajo Comunitario Integrado en la formación del estudiante de Medicina*. **Humanidades Médicas**, v. 18, n. 3, p. 521-531, 2018.

NEDER, R. T. *Tecnologia social como pluralismo tecnológico*. In ANAIS ELETRÔNICOS... 2008, Rio de Janeiro. **Anais. JORNADAS LATINOAMERICANAS DE ESTUDIOS SOCIALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA**. Rio de Janeiro: ESOCITE, 2008.

_____. Apresentação: o que (nos) quer dizer a teoria crítica da tecnologia? In NEDER, R. T. **A teoria crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. 2. ed. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina, 2013a. p. 7-23.

_____. **A teoria crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. 2. ed. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina, 2013b.

NOVAES, H. M. D. *Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde*: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 133-140, 2006.

PEREIRA, G. F. **Processo de construção do Plano de Investimentos no Grupo Hospitalar Conceição**: a síntese de uma tecnologia social. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2009.

RAMOS, M. F. **Tecnologia Social como facilitadora para tratamento de esgoto em área rural**. 2017. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

REICHERT, L.; FERREIRA, T. G. *A prescrição de tecnologias assistivas a partir dos princípios da tecnologia social*: a visão dos estudantes de Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 3, p. 485-495, 2016.

RIBEIRO, J. M. P.; ARAÚJO-JORGE, T. C.; BESSA NETO, V. *Ambiente, saúde e trabalho: temas geradores para ensino em saúde e segurança do trabalho no Acre, Brasil.*

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, n. 59, p. 1027-1039, 2016.

RODRIGUES, A.; LANE, S.; CODO, W.. *A tecnologia social na psicologia: controvérsias.*

Psicologia, Ciência e Profissão, v. 5, n. 1, p. 18-20, 1985.

RODRIGUES, I.; BARBIERI, J. C. *A emergência da tecnologia social: revisitando o*

movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento

sustentável. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 6, p. 1069-1094, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. *Tecnologias em saúde.* In PEREIRA, I. B.;

LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro:

FIOCRUZ, 2009. p. 382-392.

VEJERANO DUANY, A. A.; IRAOLA VALDÉS, N. *Protocolo como Tecnología Social para la*

atención a pacientes con oftalmopatías por VIH/Sida. **Humanidades médicas**, v. 16, n.

1, p. 144-160, 2016.



*Bruna Campos De Cesaro
 Patrícia Legestão Lopes
 Edyane Cardoso Lopes
 Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes
 Cristianne Maria Famer Rocha*

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 prevê a participação social na gestão das políticas sociais (BRASIL, 1988). Estabeleceu-se, na mesma Constituição, que o Estado deve ser responsável por instituir mecanismos que possibilitem a participação da comunidade na administração dos serviços públicos. Ainda que previstas diversas formas de participação social, na área da saúde a institucionalização se materializou principalmente na forma de Conselhos e Conferências de Saúde, mas não sendo estas as únicas formas previstas. Segundo Romão (2012), um dos mecanismos de participação social e de democracia ativa previsto - e que recebeu maior notoriedade nos últimos anos - é a Ouvidoria Pública.

A Ouvidoria, enquanto prática de democracia participativa, deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a proposta deste capítulo é refletir como as Ouvidorias no Sistema Único de Saúde (SUS) se constituem em um instrumento importante de participação cidadã no Brasil.

Este ensaio foi realizado por trabalhadores de uma Ouvidoria Estadual do SUS de uma unidade federativa brasileira. Fizeram parte da construção deste ensaio a coordenação de uma Ouvidoria Estadual, servidores de uma Secretaria Estadual de Saúde, uma estagiária da Ouvidoria e sua professora orientadora de estágio (vinculadas a uma instituição de ensino superior pública federal).

A OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Ouvidoria Pública se constitui como uma instituição recente no Brasil, tendo se desenvolvido consideravelmente nas diferentes esferas de governo nos últimos anos. Um marco para a participação social na gestão da política pública, especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS), foi a instituição, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e, no âmbito dela, do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde, por intermédio da SGEP, posteriormente, por meio da Portaria nº 3.027/2007, implantou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, conhecida como ParticipaSUS (BRASIL, 2007). A ParticipaSUS compreende quatro áreas prioritárias: Gestão Participativa e Controle Social no SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Ouvidoria do SUS e Auditoria do SUS.

De acordo com o preconizado na ParticipaSUS, entende-se que a gestão participativa é uma estratégia transversal, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Dessa forma, requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. Pressupõe ainda, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida (BRASIL, 2007).

As Ouvidorias possibilitam o diálogo entre a sociedade e a administração pública e são ferramentas estratégicas para a gestão do SUS. A participação do cidadão na

avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde contribui para fornecer subsídios para tomadas de decisão (BRASIL, 2009).

Assim como na participação popular, o direito à informação também sofreu mudanças. Em 2011, foi criada a Lei de Acesso à Informação - Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 - que diz respeito ao acesso público aos documentos oficiais e o direito de solicitar informações aos órgãos de governo sem a necessidade de fornecer uma justificativa. Muitas Ouvidorias públicas brasileiras, passaram então a abrigar Serviços de Informação ao Cidadão (SIC), de maneira a garantir o direito ao acesso à informação. Isto foi possível porque a instituição “Ouvidoria” não possui a determinação de um conceito fechado, o que permite diferentes tipos de arranjos e funções. Permite, por exemplo, que, de acordo com o perfil do gestor, da secretaria e das demandas locais, cada Ouvidoria conceba a sua própria organização. Independente dos possíveis arranjos internos, é importante destacar que a população se constitui como um elemento essencial e uma fonte de informações para que a Ouvidoria consiga desempenhar as suas funções de maneira satisfatória (COMPARATO, 2016).

A legislação mais recente referente ao tema - Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 - dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos da Administração Pública. Fica estabelecida a normatização quanto ao registro da participação do cidadão e se define que as manifestações dos usuários podem ser subdivididas em: reclamações, denúncias, sugestões e elogios, nas diferentes esferas da Administração Pública: federal, estadual ou municipal. Elenca-se ainda, as diretrizes para o recebimento de tais manifestações, como a cordialidade no atendimento ao cidadão, o uso de linguagem simples e compreensível, o cumprimento de prazos e o atendimento igualitário a todos os usuários (BRASIL, 2017).

Além dessas diretrizes para o acolhimento das manifestações, existem também algumas atribuições dadas à Ouvidoria: promover a participação dos usuários; acompanhar a prestação de serviços, propor um aperfeiçoamento na prestação de serviços; prevenir e corrigir atos incompatíveis com os previstos em lei; propor medidas para a defesa dos direitos dos usuários; receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, além de retorná-las com parecer conclusivo aos

usuários e promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública (BRASIL, 2017).

O conjunto de normas que regem a estrutura e organização das Ouvidorias públicas, lhes confere um caráter universalista e visa estimular a propagação da cidadania e da gestão participativa. O conhecimento da opinião dos usuários em relação aos serviços públicos é importante instrumento auxiliar para planejamento das decisões a serem tomadas. Além disso, asseguram que a pluralidade de atores sociais esteja presente nos processos de participação. Para tanto, é necessário criar oportunidades para que as pessoas se sintam à vontade e possam agir no espaço público (COSTA; VIEIRA, 2013).

O incentivo à participação popular é também uma maneira eficiente de fiscalizar os governantes e promover o respeito e a garantia dos direitos dos cidadãos. A Ouvidoria do SUS, nesse sentido, se consolida como um canal de atendimento ao usuário do sistema de saúde - e a todo e qualquer cidadão - e se identifica como um espaço para o exercício da cidadania, participação e controle social.

Prioritariamente, os canais de recebimento de demandas, independente da esfera de gestão (federal, estadual ou municipal), são: formulário web, e-mail, atendimento presencial, correspondência e atendimento telefônico gratuito. Porém, cabe a cada secretaria ou instituição de saúde criar os canais que achar adequados ou convenientes às realidades locais (BRASIL, 2014). Além do recebimento das demandas dos cidadãos, a Ouvidoria tem um importante papel que é assegurar qualidade à Carta de Serviços¹.

A formalização da existência das Ouvidorias do SUS por meio de um Decreto Federal - Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (BRASIL, 2003) - foi um avanço para a consolidação desta instituição. E, embora a Lei Federal 13.460 (BRASIL, 2017) preveja a existência das Ouvidorias em todos municípios, a formalização destas instâncias ainda é insipiente no território nacional.

¹ A Carta de Serviços ao Cidadão é um documento elaborado por uma organização pública que visa informar aos cidadãos quais os serviços prestados por ela, como acessar e obter esses serviços e quais são os compromissos de atendimento estabelecidos. Ela faz parte do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), criado pelo Decreto nº 5.378, de 2005 (BRASIL, 2005).

Para que se configure realmente como um sistema nacional de Ouvidorias, urge a dinamização da implantação dessas instâncias. De acordo com levantamento do DOGES, realizado em 2016, apesar de existirem em todos os estados do País, existem Ouvidorias do SUS em funcionamento em apenas 582 municípios (FERNANDES, 2016), o que corresponde a 10% dos municípios brasileiros.

Com o passar dos anos e a formalização desta estrutura no SUS, os ouvidores passaram a ser vistos como úteis para lidar com problemas burocráticos, visto a expansão tardia do *welfare state* contemporâneo², que teve por consequência um crescimento das atividades governamentais, tanto em tamanho quanto em complexidade. As políticas de *welfare state* surgem como uma resposta do Estado às relações com o mercado nas sociedades modernas. Um dos pilares dos sistemas ocidentais de proteção social, a saúde pública articula-se, em geral, a outras políticas sociais (KERSTENETZKY, 2012). O acréscimo em matéria de poder discricionário atribuído aos funcionários do governo levou a uma necessidade de proteção adicional contra os atos arbitrários da administração, assim como garantias democráticas (COMPARATO, 2012).

DESAFIOS ATUAIS

Embora do ponto de vista legislativo tenhamos feito avanços significativos na definição e implantação das Ouvidorias no SUS, verifica-se que ainda há um árduo caminho a ser percorrido para a melhor utilização desta ferramenta de gestão do sistema de saúde. Ao mesmo tempo que a Ouvidoria vem sendo reconhecida pelo cidadão como um espaço de escuta e acolhimento de suas necessidades, também cresce o desafio de abrir espaços na gestão para as ações da Ouvidoria.

Assim como a atenção à saúde no SUS, a Ouvidoria prevê o funcionamento na forma de rede, descentralizada e regionalizada, nas diferentes esferas de governo. A presença de uma estrutura física, na mesma localidade em que o usuário demandante reside ou trabalha, proporciona maior aproximação com os gestores. Já a uniformidade

² Política social que está enlaçada à de cidadania, preconizada na Inglaterra do pós-Segunda Guerra Mundial. Baseia-se na intervenção pública enraizada na perspectiva universalista de bem-estar social e demarcou um padrão de mínimo vital para todos, que incluía a assistência social (SANTOS, 1998).

no uso de um único sistema - Ouvidoria do SUS - permite o encaminhamento das demandas de diferentes pontos de atenção da saúde em todo território nacional de forma integrada.

O necessário processo de descentralização não ocorre com a celeridade esperada. Mesmo sabendo que a existência de Ouvidorias em municípios ou serviços de saúde amplia o acesso e a participação dos cidadãos, por estar próxima fisicamente, assim como o conhecimento da realidade local (seus dados e registros), o número de Ouvidorias ainda é pequeno nos municípios brasileiros.

Além da legalidade necessária da existência da Ouvidoria como um registro formal, torna-se imperiosa a possibilidade de comunicação e validação da opinião dos usuários dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a comunicação desta instância legal com os demais pontos estratégicos da rede - como hospitais, unidades de saúde, departamentos - deveria possibilitar um fluxo de informações direto com o cidadão.

Por um lado, empiricamente, se observa uma melhoria dessa comunicação entre gestão de serviços e usuários, com a criação de pontos de interlocução entre serviços que anteriormente não possuíam um canal de comunicação pré-estabelecido ou algum sistema de referência e contrarreferência efetivo, assim como a criação de acessos ao usuário para comunicação e mediações.

Em contrapartida, a Ouvidoria torna-se um espaço esvaziado quando os dados gerados (por ela ou através dela) não são utilizados para discussões loco regionais, como por exemplo, nas comissões intergestores, ou não são levados em consideração para a tomada de decisões por gestores. Entende-se que a Ouvidoria deva ser utilizada para a avaliação e o planejamento das ações em saúde, de modo que possa influenciar, inclusive, a elaboração dos Planos (nacional, estaduais, municipais) de Saúde e a pactuação de indicadores e metas entre nação, estados e municípios. Ao mesmo tempo, a organização dos dados tabulados pelas Ouvidorias - como, por exemplo, estudo de dados regionalizados para a elaboração de relatórios temáticos - possibilita aos gestores definir ações para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Ademais, a análise de demandas e a sua discussão pelas equipes envolvidas podem despertar ações de Educação Permanente, influenciar na qualidade do atendimento ofertado ao usuário, bem como possibilitar o cidadão para o exercício da cidadania e da participação social. É cristalino que o proficiente alcance da Ouvidoria ainda envolve muitos desafios, como o relativo às demandas serem de conhecimento dos diferentes atores que fazem parte da rede de serviços do SUS, em todas as instâncias, para que se possa modificar o cotidiano de trabalho. Sob esta perspectiva, os ouvidores têm um papel central e necessitam de relativa autonomia para serem porta vozes da população.

Quanto aos avanços ocorridos considera-se que a Lei 13.460 de 2019 apresenta um ponto importante: o uso de linguagem acessível, visto que, nos serviços públicos, de maneira geral, são utilizados com frequência termos administrativos e jurídicos de difícil compreensão para a população, com termos técnicos e siglas, é chamada em documentos da Ouvidora-geral da União, de “linguagem cidadã”. Consiste na adaptação da linguagem utilizada para transmitirmos uma informação de forma clara.

Define-se, ainda nesta Lei, que a Ouvidoria necessita realizar um relatório anual de gestão, contendo informações quantitativas baseadas nas manifestações recebidas e apontamentos para os gestores públicos. Os relatórios são um importante instrumento técnico para subsídio de tomadas de decisões, que levam em consideração a opinião pública recebida.

CONCLUSÕES

A participação popular é, sem dúvidas, um dos mais importantes mecanismos de manutenção da democracia. Valorizar as contribuições dos diferentes atores sociais na construção de políticas públicas fortalece e facilita os processos de valorização e qualificação dos serviços de saúde.

A Ouvidoria do SUS é um relevante dispositivo para planejamento em saúde, uma vez que dissemina informações e empodera usuários e trabalhadores de saúde, desde os ouvidores SUS a todos os demais integrantes da rede, coordenadores regionais, trabalhadores da gestão a da assistência. Ações desarticuladas de Ouvidoria, sem a

intersecção com o controle social e os gestores, não propiciaram mudanças nas práticas de saúde. Ações no território, como as Ouvidorias itinerantes, proporcionaram uma maior aproximação com os cidadãos, bem como discussões acerca da cidadania e do SUS.

Com a possibilidade de identificação de áreas deficitárias, as Ouvidorias (e as informações por elas produzidas) podem subsidiar a tomada de decisão de gestores para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Por este motivo, as Ouvidorias exercem importante influência na Educação Permanente dos profissionais da saúde, os quais, através das demandas recebidas dos usuários, podem repensar seus processos de trabalho e qualificar o atendimento ao cidadão. Esta melhoria vem para o bem de ambos: cidadão e trabalhadores, gerando assim, um contentamento por parte do cidadão que vê sua manifestação atendida.

A descentralização, nesse sentido, se apresenta como ponto importante por estar no mesmo território dos usuários. Afinal, as Ouvidorias municipais possuem uma melhor percepção da realidade, podendo avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Na mesma proporção que os mecanismos de democracia participativa introduzem a participação popular na definição e a formulação de políticas públicas, ainda que em caráter consultivo, as Ouvidorias atuam no aspecto decisivo da implementação das políticas.

A instituição Ouvidoria apresenta, portanto, potencialidades para ser uma prática inovadora, de fortes implicações no campo da administração pública em suas três esferas. É campo para desenvolvimento de expertise na gestão da informação e sua institucionalização e legitimação é necessária para que a Administração Pública torne permeável e próxima a opinião da população, decodificadora dos interesses públicos e proponentes da aproximação com o cidadão.

As Ouvidorias fazem parte da democratização da esfera pública, permitindo que a opinião da sociedade possa configurar novas estratégias e organizar novos arranjos administrativos. Afinal, ao influir nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que prevaleça o interesse público. O processo do controle social em saúde e da participação popular de suas diferentes formas (conselhos, movimentos sociais, partidos políticos, conferências e audiências

públicas) e entre elas a Ouvidoria é umas das formas de garantir um Sistema Único de Saúde mais ético e equânime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Ouvidora-geral da União. **Orientações para implantação da lei de acesso à informação nas Ouvidorias Públicas**: rumo ao sistema participativo. 5 ed. Brasília: Controladoria-Geral da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidora-geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília: Congresso Nacional, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. Brasília, 9 jun 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto-lei nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005**. Institui o Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011b.

COMPARATO, B.K. *Ouvidorias Públicas como instrumentos para o fortalecimento da democracia participativa e para valorização da cidadania*. In MENEZES, R.A. & CARDOSO, A.S.R. (Orgs.). **Ouvidoria pública brasileira**: reflexões avanços e desafios. Brasília: IPEA, 2016, p. 43-52.

COSTA, A M; VIEIRA, N A. *Participação e controle social em saúde*. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 237- 271.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. *Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas*. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 201-212, Dec. 2016.

KERSTENETZKY, C. L. **O estado do bem-estar na idade da razão**: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ROMÃO, J. E. *A Ouvidoria geral da união e papel das ouvidorias públicas na efetivação do controle social*. In CARDOSO, A.S.R., LYRA, R. P. (Orgs.). **Modalidades de ouvidorias públicas no Brasil**: terceira coletânea. João Pessoa: UFPB, 2012, p. 129-139.

SANTOS, W. G. *A trágica condição da política social*. In ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. (Orgs.) **Política social e combate à pobreza**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.



OUVIDORIA: A VOZ DO CIDADÃO NO SUS

Verônica Alves Martins
Aluísio Gomes da Silva Júnior

INTRODUÇÃO

O tema Ouvidoria é muito novo no setor público. No Brasil, foi implantada em 1986, na Prefeitura Municipal de Curitiba. A escassez de trabalhos acadêmicos produzidos, especialmente sobre as especializadas, como a da saúde, confirmada nas buscas de artigos por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o método integrado, com os descritores Ouvidoria do SUS, Participação Social, Controle Social e Cidadania, corroborou a necessidade deste estudo.

A Ouvidoria representa um dos mecanismos que ampliam a transparência da administração pública, promovendo a participação social. Em seu conceito, a Ouvidoria da Saúde é um dispositivo que visa à promoção do desenvolvimento do controle social, sendo o elo de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua importância é traduzida por meio das manifestações dos cidadãos (solicitação, reclamação, denúncia, elogio, sugestões, informações) que mais do que buscar solução para si, identificam problemas de saúde pública, permitindo a realização de ações por parte dos gestores locais, a fim de aumentar a qualidade dos serviços prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Ouvidoria deve contribuir para o empoderamento do cidadão, para que possa participar da elaboração das políticas públicas de saúde, reforçando cada vez mais o seu

papel de sujeito de direitos, estando em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Segundo Vismona (2012), as Ouvidorias favorecem que estes enunciados constitucionais se transformem em exercício prático e cotidiano de forma permanente.

Mendes (2008) reforça que, o empoderamento dissemina o poder dentro da gestão compartilhada, e só pode ser entendida com base na *“dialética consenso/conflicto, competência profissional/sabedoria leiga, instituições hierárquicas/círculos comunitários”* (LABONTÉ, 1994 *Apud* MENDES, 2008; p. 168).

A participação popular é imprescindível para ser colocado em prática o que foi conquistado pelo movimento da Reforma Sanitária. E o controle social no SUS garantido pela Constituição Federal de 1988 amplia a cidadania, pois reconhece os usuários como parte de uma sociedade organizada com direitos e deveres. De acordo com Lyra (2014) a maioria não tem conhecimento do potencial transformador das Ouvidorias públicas.

Gohn (2004) assinala que a participação da sociedade constitui a luta para que o Estado cumpra o seu dever, democratizando a gestão do que é público, numa forma de inverter as prioridades da administração. Demo (1993) entende que somente terá efeito a consagração de direitos garantidos no papel, quando os interessados exigirem na teoria e na prática, e isto requer a noção de sujeito social.

Para Côrtes (2012) a participação necessita de espaços públicos institucionalizados para o envolvimento dos participantes, porém, não é garantia de participação de fato, ou seja, de tomar parte no processo de decisão.

As ferramentas operativas que constituem a participação social podem ser entendidas em sua dimensão social e política, uma é vista a partir das classes e a outra como a intensidade do envolvimento na tomada de decisão. Bordenave (1987) distingue as participações entre simbólica e real. A simbólica tem influência mínima nas decisões, mas com a ilusão de que exerce o poder. Na participação real os membros influenciam em todos os processos da vida institucional. A qualidade da participação depende do aprendizado das pessoas adquirido com a práxis, onde o aprendiz consegue discernir a verdadeira participação da simples consulta ao povo. E, só se aprende a participar, participando.

A participação social e o controle social no SUS, podem ser evidenciados pela democracia participativa, representados pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) pontuam que ambos conferem transparência ao bem público, a participação direta da sociedade civil formou o controle social. Sendo que “[...] a aquisição desses espaços de participação foi primordial na organização de uma institucionalidade democrática, por meio da qual o direito à saúde não poderia concretizar-se em direito à cidadania” (COTTA, CAZAL e RODRIGUES, 2009, p. 421).

Para o direito pleno à saúde, o cidadão necessita apropriar-se de conhecimentos que inclui desde a relação médico-paciente até a socialização dos serviços e políticas de saúde. “[...] [a] luta pela participação popular é, e deve ser essencialmente, a luta política de construção de sujeitos” (ACIOLE, 2007, p. 417).

Silva, Cruz e Melo (2007) relatam que para exercer o controle social é fundamental a informação em saúde, pois a participação depende do grau de informação que os sujeitos políticos absorvem, sendo sinônimo de emancipação. A democratização das informações e a qualidade da sua transmissão auxilia no avanço do SUS. “O acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios, ou seja, na construção do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde” (SILVA; CRUZ; MELO, 2007, p. 686).

Tendo como perspectiva a Educação Popular em Saúde (EPS) constituída de bases pedagógicas, com vistas à cidadania participativa, à formação de cidadãos com consciência crítica, a Ouvidoria atua em consonância, à medida que fomenta a participação social para que a população usuária dos serviços públicos exerça sua cidadania na busca pela transformação da qualidade dos atendimentos ofertados. A constituição da Educação Popular (EP) remete ao final dos anos 1950, e no setor saúde integrou as práticas de saúde no cenário comunitário, com diálogo entre os diferentes saberes objetivando a garantia do direito a saúde para todos os cidadãos brasileiros, ocorrendo através de vários espaços como o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com o advento do SUS.

Segundo Bornstein *et al* (2017), o diálogo permite a construção de práticas e conhecimentos de forma participativa, sendo emancipadora. “Fortalece o sentido da

coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática, radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas de saúde, na perspectiva do inédito viável” (BORNSTEIN *et al*, 2017, p.101).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS) reafirma os princípios do SUS, visando garantir o direito a saúde integral com a implantação das políticas públicas e ampliação da democracia participativa. De acordo com Cruz (2018), a EPS tornou-se um arcabouço para a inovação do fazer saúde, e, um símbolo reorientando as práticas de controle social e cuidado.

Pesquisar sobre a Ouvidoria do SUS como uma ferramenta que represente a voz do cidadão, assegura os direitos de participação e controle social, cuja gestão seja de fato participativa, intervindo de forma efetiva para a transformação da saúde pública no âmbito municipal, no que tange a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

O objetivo deste estudo foi analisar a Ouvidoria como dispositivo de participação social na gestão do SUS local.

METODOLOGIA

A pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa-quantitativa, sendo um estudo de caso, do tipo exploratório. Segundo Pope e Mays (2009), no estudo de caso pode-se utilizar uma variedade de métodos qualitativos como iniciativas de mudanças em serviços de saúde ou combinar métodos qualitativos e quantitativos.

A unidade de análise foi a Ouvidoria da Secretaria de Saúde de um município do Estado do Rio de Janeiro, no período de agosto de 2010 a agosto de 2015. Implantada por meio da Lei municipal nº 2725 de 21/12/2009, sendo o sistema informatizado OuvidorSUS do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS do Ministério da Saúde (DOGES/MS) utilizado efetivamente a partir de agosto de 2010. O município possui uma população estimada de 124.316 habitantes, segundo IBGE (2014).

Na coleta de dados, como técnica de pesquisa qualitativa, foram utilizadas a entrevista semiestruturada com roteiro a ser seguido e consulta a documentos: livro de registro e relatórios gerenciais da Ouvidoria e atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde. As entrevistas realizadas com os usuários ocorreram na Ouvidoria da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A maioria deu-se no turno da manhã, com a autorização do Secretário de Saúde, visto que o funcionamento do Centro Administrativo se iniciava às 12:00h. Este fato permitiu que os participantes permanecessem mais concentrados em seus relatos, sem interrupções e dispersões, pois, apesar de o espaço ser privativo, em horário de atendimento o movimento na SMS é constante. Ressalte-se que todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. “[...] [a] pesquisa, como ato de conhecimento, tem como sujeitos cognoscentes, de um lado, os pesquisadores profissionais; de outro, os grupos populares e, como objeto a ser desvelado, a realidade concreta” (FREIRE, 1981, p. 35).

A consulta aos documentos da Ouvidoria também ocorreu em horário alternado ao atendimento. Em relação ao Conselho de Saúde, foram agendados dias e horários para iniciar a pesquisa documental no local.

Na abordagem quantitativa, o banco de dados do sistema informatizado OuvidorSUS/MS foi utilizado, sendo extraído o quantitativo de demandas inseridas no período pesquisado. Para a mensuração e quantificação é necessário um instrumento adequado para manipulá-las (MINAYO e SANCHES, 1993).

Os participantes da pesquisa compreenderam 10 usuários do serviço público de saúde que acessaram a Ouvidoria neste período, sendo selecionados a partir do número de protocolos das manifestações com status concluído classificadas como solicitação, reclamação e denúncia contidas no sistema OuvidorSUS e, convidados por telefone a participar da pesquisa na própria Ouvidoria, em horário e dia por eles estipulados. Salienta-se que, o critério de exclusão referiu-se as manifestações classificadas como sugestões, informações e elogios, por se apresentarem em menor quantidade em relação as demais.

Todos foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF. Parecer número 1.039.542 e CAAE 40182414.0.0000.5243.

A análise dos dados qualitativos ocorreu seguindo os quatro eixos categoriais temáticos selecionados: 1 – Divulgação da Ouvidoria, 2 – Conceito de Ouvidoria, 3 – A

Saúde Pública Municipal na percepção dos participantes e 4 – Articulação da Ouvidoria com o Conselho Municipal de Saúde. Seguindo as fases contidas na análise de conteúdo, inicialmente realizou-se a transcrição na íntegra de todo o material obtido nas entrevistas. Após as releituras, inclusive dos documentos, conseguiu-se perceber os temas frequentes e analisar seus significados. A partir desta análise foi possível a categorização analítica das informações, estabelecendo-se desta forma os quatro eixos temáticos acima mencionados.

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo busca nas mensagens a descoberta de outras realidades, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A análise categorial temática é rápida e eficaz.

Para análise quantitativa dos dados foram considerados: os números de manifestações registradas, demandas vencidas, tipos de atendimentos, assuntos, demandas encaminhadas, concluídas, fechadas e arquivadas e, do perfil dos usuários sob o aspecto de cinco variáveis (sexo, faixa etária, grau de escolaridade, estado civil e profissão). O período foi separado anualmente para facilitar a visualização da evolução. “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO et al, 1994, p.22).

RESULTADOS

A pesquisa mostrou que a Ouvidoria é amplamente divulgada no município, mas a sua utilização aparece equivocadamente em relação ao conceito original para a rede pública de saúde, sendo confirmado pelos números de manifestações sem respostas. Os usuários não têm clareza da dimensão política do instituto Ouvidoria, cuja finalidade é subsidiar a gestão na tomada de decisão, para que a elaboração das políticas públicas de saúde seja voltada para a real necessidade da população usuária.

Estudos realizados por Antunes (2008) em dez Ouvidorias do Rio de Janeiro indicaram que a baixa procura pela Ouvidoria está associada ao conceito equivocado sobre suas funções, que são distorcidas quando exercidas sem o conhecimento de seu potencial, tanto por parte dos usuários quanto dos ouvidores e gestores.

A articulação com o Conselho Municipal de Saúde encontra-se em processo de construção. Ainda incipiente. Apesar do envio de relatórios de forma sistemática, foi pauta de reunião única vez, no início da implantação da Ouvidoria.

Silva, Pedroso e Zucchi (2014) ao pesquisarem sobre a atuação da Ouvidoria e do CMS em um município de Minas Gerais, constataram que, apesar de contribuírem na fiscalização da administração pública, não estão articulados, necessitando ainda da elaboração de relatórios e do reforço quanto ao papel desempenhado por ambos.

A saúde pública municipal foi percebida pela maioria dos participantes como precisando ser melhorada, sendo constatado também pelos dados estatísticos com a repetição das manifestações que permaneceram aguardando providências, sem qualquer intervenção dos gestores, para solucionar tais impasses.

Quanto ao perfil dos usuários que utilizaram a Ouvidoria, evidenciou-se que a procura por direitos é influenciada pela faixa etária mais madura, no grau de escolaridade o acesso se deu em todos os níveis, contudo, o maior índice foi o ensino médio completo, o sexo foi o feminino com estado civil casado, verificando-se que o papel preponderante da mulher no cuidado com a saúde da família ainda prevalece sobre o masculino. A ocupação incidiu sobre o setor privado demonstrando que a procura pelo serviço público prevaleceu sobre a saúde suplementar.

O maior percentual em relação as classificações das manifestações referiram-se à reclamação, com status arquivado que, não representou cem por cento, o atendimento presencial com maior incidência e o assunto gestão que engloba todos os programas de saúde, hospitais (filantrópicos e de emergência), UPA e serviços de terceiros.

Verifica-se que, o perfil dos usuários não acompanha em quantidade as manifestações acolhidas. Tal situação deveu-se ao período prolongado em que o sistema OuvidorSUS permaneceu indisponível para este tipo de registro. Todavia, acredita-se ter sido suficiente para se obter uma visão panorâmica do nível sociocultural dos usuários que procuram a Ouvidoria.

Tabela 1 - Dados estatísticos dos cinco aspectos das manifestações registradas no período de agosto de 2010 a agosto de 2015

Agosto	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Manifestações	930	1.806	1.821	2.100	1.573
Tipo de Atendimento	69,57% Presencial	59,97% Presencial	52,61% Telefone	63,48% Presencial	75,84% Presencial
Classificação	56,34% Reclamação	52,93% Reclamação	48,49% Reclamação	44,38% Reclamação	46,98% Reclamação
Demandas vencidas	38 Todas as classificações	199 Todas as classificações	280 Todas as classificações	738 Todas as classificações	1.263 Todas as classificações
Status	95,81% Arquivado	88,70% Arquivado	84,24% Arquivado	64,67% Arquivado	37,83% Concluído
Tipificação	Gestão	Gestão	Gestão	Gestão	Gestão

Fonte: Sistema OuvidorSUS

Tabela 2 - Dados estatísticos das cinco variáveis do perfil dos usuários no período de agosto de 2010 a agosto de 2015

Agosto	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Perfil	808 (-122)	1.691 (-115)	1.220 (-601)	1.554 (-546)	1.028 (-545)
Sexo	73,9% Feminino	73,9% Feminino	71% Feminino	73,5% Feminino	70% Feminino
Faixa etária	23% (40 a 49 anos)	24,2% (40 a 49 anos)	27% (40 a 49 anos)	24,3% (50 a 59 anos)	24% (50 a 59 anos)
Grau de escolaridade	32,3% Ensino médio completo	32,9% Ensino médio completo	37% Ensino médio completo	33% Ensino médio completo	36% Ensino médio completo
Estado civil	49,9% Casado	50% Casado	52% Casado	43% Casado	42% Casado
Profissão	32,8% Não informado	34,1% Outros	28% Não informado	29% Setor privado	27% Setor privado

Fonte: Sistema OuvidorSUS

DISCUSSÃO

A disseminação da Ouvidoria é o princípio básico para que a democracia participativa e cidadania aconteçam. A participação dependerá do grau de entendimento sobre o exercício de cidadania que vise o bem comum. Demo (1993) e

Faleiros (1997) entendem participação como conquista e não somente como uma questão de acesso e associação. De acordo com Mendes (2008), o exercício de cidadania por meio do controle social transcende a ação estatal, pois comporta interesses de diversos segmentos sociais, exigindo canais de acesso à informação e de democratização das decisões, numa perspectiva de compartilhamento em que “[...] a gestão de saúde deve ser realizada ‘com’ e não ‘para’: ‘co-operativa’, de ‘co-responsabilidade’, de ‘co-gestão’” (MENDES, 2008, p. 165).

Teixeira (2003) sinaliza que a cidadania pressupõe autonomia, com cidadãos ativos e conscientes dos seus direitos e deveres, por isso a sua construção é um processo histórico de cada sociedade. A cultura patrimonialista, predominante numa sociedade, se apropria dos recursos públicos e devolve em forma de barganha. Lembrando o antropólogo Roberto da Matta (1983), a autora cita a pergunta recorrente na cultura brasileira “Você sabe com quem está falando?”, em que a igualdade na lei está para as relações de hierarquia e dominação. Jacobi (1999) enfatiza que a participação cria condições de romper com práticas tradicionais como o populismo, autoritarismo, assistencialismo, clientelismo, mandonismo e patrimonialismo. Em que

[...] a participação na gestão da coisa pública, enquanto corretivo das limitações da democracia representativa, possibilitam, pelo menos em tese, o engajamento da sociedade civil na formulação de políticas públicas e no controle das ações governamentais e dos negócios públicos (JACOBI, 1999, p. 38).

A relação intersetorial faz-se necessária para que seja fomentado a participação popular na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Segundo Cardoso (2010) a Ouvidoria pública deve estabelecer vínculo orgânico entre os diversos atores com os quais interage. De acordo com Labra (2006) a reincidência de manifestações que parecem não ser alvo da fiscalização do Conselho de Saúde e pauta de reuniões demonstra um descompasso do controle social sobre a formulação das políticas públicas.

Para Vismona (2011) a resistência das instituições em relação a atuação da Ouvidoria está no fato de não compreenderem efetivamente sua missão, pois o foco é na percepção do cidadão, com isso confundem o mensageiro com a mensagem. Estudo realizado por De Mario (2006) também apontou o maior índice de reclamações para a saúde. Quanto ao perfil dos usuários ocorrem variações, e quanto a autonomia da

Ouvidoria se distinguem na organização do trabalho, nas leis sobre a sua criação e nas características do ouvidor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Ouvidoria da Saúde exerce um papel importante no fomento da participação social, reforçando o Estado Democrático de Direito. E, tendo como funções, o exercício de cidadania, mediação de conflitos e sendo um instrumento de gestão contribui para a transparência da administração pública.

A pesquisa realizada possibilitou conhecer a percepção dos cidadãos em relação a Ouvidoria; a articulação desta com o Conselho Municipal de Saúde; o perfil dos usuários e as demandas apresentadas à Ouvidoria e os efeitos destas demandas na gestão da política local de saúde.

Os resultados mostraram que a Ouvidoria representa um dispositivo de participação social no seu conceito de fazer parte, entretanto, numa dimensão política em que participação significa tomar parte da tomada de decisão, o cidadão ainda não possui clareza, pois procura o instituto sem o conhecimento de que sua demanda pode servir ao coletivo. Constata-se a necessidade das lutas cotidianas e contínuas para que este espaço seja cada vez mais valorizado, permitindo que o controle social da coisa pública se realize.

A gestão local utiliza a Ouvidoria como ferramenta apenas para alterações pontuais, não a considerando em sua totalidade. A Ouvidoria além de subsidiar a gestão para o aprimoramento e aperfeiçoamento gradual dos serviços de saúde, poderá contribuir com a avaliação da saúde pública. A participação social como espaço de conquistas e reforço de direitos, tendo no controle social o apoio necessário para que o serviço público funcione adequadamente, de forma igualitária, ratifica a relevância do exercício de cidadania, onde os direitos e deveres são respeitados. E, com isso, o sujeito passa a ser protagonista, promovendo sua autonomia e consequentemente sua emancipação, conforme preconizado em um dos princípios da EP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ACIOLE, G. G. *Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social*. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.11, nº 23, p.409-426, 2007.
- ANTUNES, L. R. *Ouvidoria do SUS no processo de participação social em saúde*. **Revista Saúde Coletiva**, v.5, nº 26, p.238-241, jan/fev, 2008
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. São Paulo: Editora Brasiliense, 5ª ed., 1987.
- BORNSTEIN, V. J. *et al*. **A Pneps – SUS e os princípios da Educação Popular presentes na política**. In BORNSTEIN, V. J. (Org.) **Formação em Educação Popular para trabalhadores da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, p. 97-101.
- CARDOSO, A. S. R. *Ouvidoria pública como instrumento de mudança*. Texto nº 1. 480 para discussão, **IPEA**. Brasília, 2010, p. 7-28.
- CÔRTEZ, S.M.V. *Viabilizando a participação dos conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities*. In HOCHMAN, G., ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). **Políticas Públicas no Brasil**, Fiocruz, 3ª reimpressão, 2012, p.125-141.
- COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. *Participação, Controle Social e Exercício de Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19(2): 419-438, 2009.
- CRUZ, P.J.S.C. *Educação popular em saúde, seus caminhos e desafios na realidade atual brasileira*. In CRUZ, P.J.S.C. (Org.) **Educação Popular em Saúde desafios atuais. Grupo Temático de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2018, p. 19-32.
- DE MARIO, C. G. **“Ouvidorias Públicas Municipais no Brasil: Possibilidades e Desafios”** (2006). Resumo baseado na Dissertação de Mestrado em Urbanismo da FAU – PUC de Campinas sob orientação do Prof. Dr. Ricardo de Sousa Moretti. P.1-20.
- DEMO, P. **Participação é conquista**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- FREIRE, P. *Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação*. In BRANDÃO, C.R. (org.): **Pesquisa participante**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.
- GOHN, M. G. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais*. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, nº 2 p.20-31, maio/ago, 2004.
- IBGE. **Estimativa de população para os municípios brasileiros**. D.O.U com data de referência em 1º de julho de 2014, de 26/08/2014.
- JACOBI, P. R. *Poder local, políticas sociais e sustentabilidade*. **Revista Saúde e Sociedade**, 8(1): 31:48, 1999.
- LABRA, M. E. *Conselhos de Saúde: visões “macro” e “micro”*. **Civitas**. Porto Alegre, v.6, nº 1, p.199-221, jan/jun, 2006.

LYRA, R.P. A Ouvidoria Pública no Brasil: modelos em disputa Área temática: participação política. In IX Encontro da ABCP (Associação Brasileira de Ciências Políticas). **Anais eletrônicos**, 2014.

MENDES, R. *A emergência e o protagonismo dos sujeitos*. In BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M.A (Orgs.) **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008, p.165-172.

MINAYO, M. C. S. *et al* (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. *Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade?* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul /set, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2ª ed. Brasília, 2009.

POPE, C e MAYS. N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Cap. 10: Estudos de Caso. **Artmed**, 2009, p.127-134.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. *A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social*. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, nº 003, p. 683-688, 2007.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C; ZUCCHI. P. *Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde*. **Revista Saúde Pública**, 48(1):134-141, 2014.

VISMONA, E. L. *A evolução das Ouvidorias no Brasil*. In PEREZ, J. R. R.; BARREIRO, A. E. A.; PASSONE, E. (Orgs.) **Construindo a Ouvidoria no Brasil – avanços e perspectivas**. Campinas, SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011, p.29-42.

____. *Papel das ouvidorias para a democracia é destacado em audiência pública*. **Agência Senado, fala de Vismona**. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/08/27/papel-das-ouvidorias-para-a-democracia-e-destacado-em-audiencia-publica>. Acesso em: 20 jul 2020.



Verônica Alves Martins

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 37, parágrafo 3º, inciso I, prevê a existência de uma Lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas à manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços. E em seu artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado e tem como uma de suas diretrizes, a participação da comunidade. A implantação de Ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Resende-RJ, foi implantada pela Lei Municipal 2.725 de 21/12/2009. Com o decorrer do tempo, após sua estruturação, teve início o processo de implementação onde ocorreram eventos como seminários, fóruns e encontros para a divulgação do setor. Com o objetivo de facilitar o acesso ao cidadão, foi colocada em prática a Ouvidoria Itinerante, contribuindo para o aumento das demandas em aproximadamente um terço. Segundo Mendes (2008) é imprescindível a socialização da informação para que a participação aconteça, “*um dos desafios do processo de participação na gestão pública, é a garantia de acesso pleno dos cidadãos à informação*” (Mendes, 2008, p.170). Em julho de 2014, após reunião

ordinária com a gestão para a discussão do relatório gerencial, foi avaliada a possibilidade de realizar uma Oficina de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), por um fonoaudiólogo e também intérprete de LIBRAS, que já atuava no serviço público, para os profissionais recepcionistas das unidades de saúde, como forma de acolhimento, atendimento humanizado, diferenciado e de inclusão do surdo na rede pública de saúde. Tendo início em agosto de 2014. A proposta surgiu de uma demanda do cidadão na Ouvidoria, ao sugerir a contratação de um intérprete de LIBRAS para cada unidade.

De acordo com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), a Ouvidoria em saúde é um instrumento da gestão pública e do controle social para a defesa do direito à saúde e do aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS. Desta forma, por meio do fortalecimento da gestão participativa com a escuta aos usuários e aos profissionais vinculados ao sistema a Ouvidoria poderá identificar os principais problemas, bem como captar as reais necessidades da sociedade.

Diante da rotatividade existente no serviço público, fez-se necessário a retomada do projeto iniciado em 2014. No ano de 2017, com o apoio da nova gestão, os profissionais de saúde da rede pública, de várias categorias, puderam participar da Oficina de LIBRAS, ministrada por outra intérprete, também servidora pública municipal, reforçando os atores sociais, que sempre estiveram à margem das decisões, como protagonistas, de acordo com Gohn:

Deve-se ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo ou abraçam, qual a cultura política que fundamenta seus discursos e práticas, que redes criam e articulam, quais as relações com conjuntos sociopolíticos maiores, etc. (GOHN, 2005, p.10).

O empoderamento, a gestão compartilhada e a participação social contribuem para a democratização dos processos decisórios, a Ouvidoria como espaço estratégico e democrático de acesso ao cidadão, exercício de cidadania, instrumento de gestão, busca no acolhimento individual a solução coletiva, visto que, sua utilização servirá para que as políticas públicas de saúde sejam elaboradas para a real necessidade da população. De acordo com Bordenave (1987), não existe participação sem comunicação. “[...] [Um]

governo democrático aberto à participação é aquele que informa corretamente, ouve cuidadosamente e consulta ativamente a população” (BORDENAVE, 1987, p.69).

Para Jacobi (1999), a participação institucionaliza as relações para que sejam mais diretas, flexíveis e transparentes, numa cidadania ativa que reconheça os direitos dos cidadãos, em que a ordem estabelecida possa ser questionada de forma permanente.

Segundo Mendes (2008) o empoderamento dissemina o poder dentro da gestão compartilhada. Marshall (1967) defende a cidadania como status. No século XX, a fonte dos direitos sociais era constituída pela participação nas comunidades locais e associações, e tais direitos se entrelaçavam com os direitos políticos.

Costa (1998) coloca que é preciso que haja o aprofundamento da democracia e a reforma do Estado orientada para a mudança nas relações com a sociedade, para a eficácia da Ouvidoria e a efetividade da ação pública. A Oficina de LIBRAS, tem como objetivo capacitar os profissionais do SUS para atendimento ao surdo, preenchendo a lacuna atual de acesso desta demanda nos serviços públicos de saúde do município de Resende-RJ, demonstrando a importância da participação do cidadão, para a transformação de um cenário visando a inclusão, tornando possível a melhoria da qualidade do atendimento prestado, com o aprendizado dos profissionais de saúde, reduzindo o distanciamento do usuário surdo que encontra retorno na sua comunicação. A Oficina de LIBRAS ratifica a relevância dos espaços de participação social, pois a Ouvidoria desempenhando também o papel de instrumento de gestão, proporcionou a sua viabilização.

METODOLOGIA

Foram mobilizados os gestores dos serviços para a indicação e dispensa no horário de expediente dos trabalhadores e providenciados os recursos logísticos para a realização da oficina durante 2 horas semanais por 1 ano para 30 alunos, com início em setembro de 2017, sendo ministrada por uma intérprete, servidora pública municipal, que dispôs de lista de frequência com a finalidade de ofertar no término, o certificado. Ressalta-se que, foi indicado 1 servidor por unidade de saúde, a fim de obter uma maior

abrangência em relação ao acesso por território, e desta forma, favorecer a inclusão. Durante a Oficina, foram fornecidos exemplos de atendimentos realizados ao surdo, dinamizando o aprendizado, assim como, a exposição de filme sobre o assunto.

RESULTADOS

Os profissionais de saúde já se encontram atuando junto ao usuário surdo. Há demonstração de uma maior aproximação em relação à comunicação, facilitando desta forma o acesso ao serviço público de saúde, o que também traduz uma segurança dos profissionais quanto ao atendimento específico. A principal dificuldade encontrada foi o próprio aprendizado que, por ser outra língua demanda treino e dedicação que vão além da Oficina. Entretanto, o usuário anteriormente excluído, gradativamente surge na rede pública ao obter conhecimento de que o serviço dispõe de trabalhadores qualificados para acolhê-lo, sendo assistido em suas necessidades por conseguir se comunicar, se fazer entender, equalizando as condições de cidadãos, sujeitos de direitos, tornando-o cada vez mais próximos, para que seja fomentado a promoção de saúde. Cabe informar que não existe no município pesquisa estatística que comprove o quantitativo de munícipes surdos, entretanto, o setor de educação dispõe do colégio público “Rompendo o Silêncio” que, atualmente atende, aproximadamente, 40 surdos.

Em virtude do interesse de vários servidores em participar da Oficina de LIBRAS, a mesma terá continuidade, preenchendo paulatinamente toda lacuna, possibilitando a expansão do acesso àqueles que se viram excluídos do atendimento no serviço de saúde, simplesmente por este não ser pensado para abranger a todos, com suas diferenças e peculiaridades, ocasionando a segregação e a desigualdade na assistência. Segundo Valla (1998), a participação popular surgiu para distinguir as concepções daqueles que detém o conhecimento e recursos, acreditando que precisam ditar o caminho a seguir.

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional. O profissional oferece o seu saber porque julga o da população insuficiente, e, por esta razão, inferior, quando na realidade, é apenas diferente (VALLA, 1998, p. 14).

CONCLUSÕES

Apesar da Lei nº 10.436/2002 dispor sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) onde os serviços públicos de saúde devem garantir atendimento adequado aos portadores de deficiência auditiva, por profissionais capacitados para o uso, percebe-se a ausência destes na rede de assistência.

A proposição desta iniciativa por meio da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde possibilitou os acertos institucionais que garantiram a formação em LIBRAS para os trabalhadores de saúde. Sendo uma experiência inovadora, e, que tem propiciado, ainda que embrionariamente, a inclusão do surdo no atendimento do SUS. De acordo com Cunha e Silva Júnior (2014) a avaliação em saúde tem considerado a participação social como práticas avaliativas, aproximando-se do ideário do SUS. “A avaliação assume, assim, o papel de promover o exercício democrático, em um processo que envolve a oportunidade de aprendizagem por parte de todos os envolvidos” (CUNHA e SILVA JÚNIOR, 2014, p.344). Esta oficina servirá de incentivo para minimizar a barreira comunicacional existente, reforçando a importância da Ouvidoria como espaço de participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. São Paulo. Ed. Brasiliense, 5ª ed., 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

BRASIL, Congresso Nacional. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.

COSTA, F. L. *A ouvidoria como instrumento para a efetividade da ação pública e promoção de cidadania*. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.32 nº 1, p.167-170, Fundação Getúlio Vargas, jan/fev, 1998.

CUNHA, M. L. S., SILVA JÚNIOR, A.G. da. *Avaliação na política de saúde e participação social*. In GUIZARDI et al. (Orgs.) **Políticas de Participação e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro/Recife: EPSJV / Editora Universitária UFPE, v.1, p.323-348, 2014.

GOHN, M. G. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais*. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, nº 2 p.20-31, maio/ago, 2004.

JACOBI, P.R. *Poder local, políticas sociais e sustentabilidade*. **Revista Saúde e Sociedade**, 8(1):31:48, 1999.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe Social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p.57-114.

MENDES, R. *A emergência e o protagonismo dos sujeitos*. In BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M.A (Org.) **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008, p.165-172.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2º ed. Brasília, 2009.

VALLA, V. V. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro,14(Sup. 2): 7-18, 1998.



GRUPO TEMÁTICO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

O Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT EPS/Abrasco) nasceu durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador, nos dias 28 e 29 de agosto de 2000, a partir da Oficina da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP), com participantes da Rede e outros profissionais de serviços e da área acadêmica envolvidos com o tema.

Este grupo consiste em uma comunidade de trabalho constituída por professores/as, pesquisadores/as, protagonistas de movimentos sociais e trabalhadores/as da saúde, dedicados/as e inseridos/as cotidianamente em distintas iniciativas nos vários campos de atuação na saúde, como: estudos, pesquisas, ações sociais, trabalhos educativos, processos formativos e comitês e órgãos colegiados.

Para o GT, a Educação Popular em Saúde significa uma concepção orientadora do agir em saúde que perfaz, em essência, uma epistemologia orientadora da pesquisa e da produção do conhecimento na área, além de ser um referencial ético, teórico e metodológico para o trabalho em saúde, para a constituição de políticas públicas e para a ação de movimentos e práticas sociais na área. Seu arcabouço teórico envolve o entendimento da produção do conhecimento como um processo coletivo e que deve ter como ponto de partida a realidade social dos sujeitos em seus contextos, mediatizado pelo trabalho criativo, criador, problematizador e crítico, empenhado no Bem viver e na amorosidade, na construção de inéditos viáveis, na transformação dos problemas e agentes impeditivos da emancipação humana presentes nesta realidade.

As produções teórico-práticas do GT buscam a construção de um diálogo autêntico, transformador, amoroso, crítico e emancipador com os protagonistas da realidade social, em especial dos grupos populares que estejam vivenciando situações concretas de opressão, exclusão, preconceito, marginalização e subalternidade. Neste sentido, o protagonismo no processo de compreensão da realidade pertence às atrizes e atores sociais. Dessa forma, interesses e posições precisam estar contemplados ampla e horizontalmente e suas vozes, saberes e fazeres devem ser incluídos com diversidade e equidade nos processos de produção de conhecimentos e de ação social na realidade e nos serviços de saúde.

Nos últimos anos, os membros desse Grupo Temático têm se empenhado para ampliar a difusão e divulgação das ações e produções do campo da Educação Popular em Saúde na sociedade, especialmente entre as instituições de ensino, pesquisa e extensão.

Página do GT EPS/Abrasco:

<https://www.abrasco.org.br/site/gteducacaopopularesaude/>



Luanda de Oliveira Lima

Educadora Popular em Saúde, mãe da Rosa e ecofeminista. Mestre em Sociologia e Antropologia e Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Especialista em Gênero e Sexualidade pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – CLAM/IMS/UERJ. Possui atuação e experiência nas áreas de Saúde Coletiva, saúde da mulher, gênero, sexualidade, educação em saúde, educação popular, práticas integrativas e complementares e não convencionais de saúde, gestão pública, avaliação educacional e institucional, movimentos sociais, movimento sindical e trabalho. Ativista no Movimento Mães e Crias na Luta e na Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde - ANEPS.

Atualmente, é Doutoranda em Saúde Coletiva na Pós graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz – IFF/Fiocruz, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e integra o Núcleo de Coordenação do GT EPS/Abrasco.

E-mail: luanda.ol@gmail.com

Currículo na Plataforma Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/5761208656595072>



AUTORAS E AUTORES

Adalto Alfredo Pontes Filho - Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Médico (UEPA, 2015), com residência em Medicina Preventiva Social (HCFMUSP, 2018). Atuação no Sistema Único de Saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde. Pesquisador associado no Projeto Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (Centro de Saúde Escola Butantã/FMUSP, CEBRAP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, OPAS/OMS, FAPESP; Nov./2016-Mar/2018).

Alessandra Maria Monteiro e Silva - Mestranda em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

Alessandro Soares da Silva - Licenciado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Mestre e Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Livre-Docente em Sociedade, Multiculturalismo e Direitos pela Universidade de São Paulo (USP). Desde 2007 é Professor Associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP no Curso de Gestão de Políticas Públicas, atuando como coordenador entre 2015 e 2017. Atualmente é Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP e líder do Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo. E-mail: alepsipol1@gmail.com

Aline Samara Dantas Soares Pinho - Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Mestre em Ciências (Área de Gestão e Planejamento em Saúde) Escola Paulista de Medicina (E.P.M) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), docente efetiva (Nível Assistente) do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA; Graduação e Residência Multiprofissional em

Saúde da Família; Coordenadora dos Projetos de Extensão PROEX-URCA; membro do Núcleo de Formação Docente (representante docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS) – NFD /PROGRAD –URCA. Membro do Núcleo Docente Estruturante – NDE/Graduação em Enfermagem-URCA, tutora do PET-INTERPROFISSIONALIDADE-Cariri /Ministério da Saúde.

Aluísio Gomes da Silva Júnior - Médico sanitarista, Doutor em Saúde Pública, Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Ana Paula Azevedo Hemmi - Graduada e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). Professora na área de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS)/ UFVJM. Professora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde (EnSa/FCBS/UFVJM). Líder e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Extensão em Saúde Coletiva (NUPEESC/UFVJM). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Representações sociais em saúde; Saúde do Homem; Análise de Políticas de Saúde; e Participação em Saúde. E-mail: anahemmi@gmail.com

Antonia Silvânete Saraiva Silva - Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Pós-Graduada em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Pós-Graduação em Biologia Molecular aplicada ao Diagnóstico Clínico pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Regional do Cariri-URCA. Docente da Prefeitura Municipal de Farias Brito, Preceptora do PET/GRADUA SUS Cariri de 2016 -2018. Coordenadora de Imunização de 2016-2017, Coordenadora Especial de Estratégia Saúde da Família de 2014-2015, Coordenadora de Saúde do Trabalhador 2013-2014 na Secretaria Municipal de Saúde do Município do Crato CE.

Beatriz Pereira - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Berenice de Freitas Diniz (Beré) - Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva IRR/Fiocruz Minas. Mestre em Ciências da Saúde ICICT/Fiocruz. Graduada em Ciência da Informação - PUC Minas. Especializações lato sensu em Saúde Pública - PUC Minas; Comunicação e Saúde - ICICT/Fiocruz e Gestão de Políticas Públicas - UNICAMP. É servidora de Betim desde 1994. Foi conselheira municipal de saúde e dirigente no movimento sindical. Coordenou a Gestão Estratégica e Participativa do SUS Betim (2009-2012) e participou do Projeto Observatório do Controle Social do SUS. Possui produção acadêmica, experiência docente na área de participação, controle social no SUS e informação e saúde. E-mail: berenicdfd@yahoo.com.br

Bruna Campos De Cesaro - Fonoaudióloga graduada pela UFCSPA, servidora pública, coordenadora da Ouvidoria do SUS da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFRGS). Membro titular do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CEPS - EPS/RS). E-mail: brunadecesaro@gmail.com

César Augusto Paro - Educador Popular em Saúde. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), na Linha de Pesquisa "Construção social do acesso à saúde: Interfaces entre sujeitos, direitos e políticas". Membro do Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – Núcleo Rio de Janeiro (ANEPS-RJ). Integrante do Grupo de Pesquisa CNPq Laboratório Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde - LIDHS/IESC/UFRJ. E-mail: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

Cristianne Maria Famer Rocha - Doutora em Educação, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Elyane Cardoso Lopes - Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), graduação em Habilitação Indústria de Medicamentos (UFRGS), mestrado em Ciências Farmacêuticas (UFRGS) e doutorado em Epidemiologia (UFRGS). Atualmente é especialista em saúde, farmacêutica, na Secretaria Estadual de Saúde (RS), com atuação no Departamento de Gestão da Tecnologia da Informações e como docente na Escola de Saúde Pública (ESP/RS).

Enildo José dos Santos Filho - Mestrando em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

Gabriela Souza Murizine - Sanitarista (bacharel pela Faculdade de Saúde Pública, USP). Mestranda em saúde pública (USP). Atuação em Organização Não Governamental, com foco em educação em saúde para crianças e adolescentes. Bolsista de Treinamento Técnico I no Projeto: Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (Centro de Saúde Escola Butantã/FMUSP, CEBRAP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, OPAS/OMS, FAPESP; março/2017-Jan/2018).

Gleidiane Hedvigés dos Santos - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Auxiliar de enfermagem (Escola Alpha). Técnica de

Enfermagem (Escola Salute). Atuação como Técnica de Enfermagem (CSEB/FMUSP) e integração no PASA (Programa de Atenção à Saúde do Adolescente). Apoio técnico no projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (PASA, CSE-FMUSP; 2016-2018).

Isabelle Ruelland - Ph.D. Sociologia, é pesquisadora de pós-doutorado no Hub-Saúde, Política, Organização e Direito (H-POD) da Faculdade de Direito e da Escola de Saúde pública da Universidade Montreal, além de pesquisadora afiliada ao Centro de pesquisa *InterActions*. A sua experiência interdisciplinar e internacional está relacionada à organização colaborativa de serviços sociais e de saúde no contexto de transformações institucionais. Está mais interessada em espaços de inovação colaborativa que atuam sobre as desigualdades sociais de poder afetando populações vulneráveis. Isabelle ensina nas Faculdades de Ciências Humanas e de Comunicação da Universidade de Quebec, em Montreal (UQAM) e da Universidade de Montreal. E-mail: ruelland.isabelle@uqam.ca

Jan Stanislas Joaquim Billand - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Centro Brasileiro de Análise Planejamento. Psicólogo, possui Licence (2007) e Master (2010) em Psicologia Social e do Trabalho pela Université Lumière Lyon 2. Doutor com dupla titulação em Psicologia Social pela Université Sorbonne Paris Nord e em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2016). Pesquisador, consultor e coordenador de cursos de capacitação para a intervenção psicossocial sobre masculinidades, violência de gênero, juventudes, saúde sexual, trabalho e saúde mental.

Jacqueline do Carmo Reis - Mestre em Educação em Diabetes pelo IEP, Santa Casa MG. Graduação em Fisioterapia FCMMG. Especialização lato sensu em Fisioterapia Neurológica pela UFMG. Atualmente é Professora dos cursos de Fisioterapia e de Medicina da PUC Minas, lecionando disciplinas nas áreas da Saúde Coletiva e do Movimento Humano. É coordenadora de estágio do curso de Fisioterapia e do Núcleo de Saúde Coletiva da PUC Minas em Betim. Coordenou o Projeto de extensão Observatório do Controle Social do SUS e foi conselheira de saúde. Possui produção acadêmica e experiência na área de controle social no SUS, Fisioterapia na APS e educação em saúde. E-mail: jacreisfisio@hotmail.com

João Pedro Sobral Neto - Mestrando em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

Julia de Campos Cardoso Rocha - Sanitarista (bacharel pela Faculdade de Saúde Pública, USP). Atuação em Organização Não Governamental, com foco na promoção da saúde e da cidadania do público LGBTI e de pessoas vivendo e convivendo

com HIV/Aids. Suplente na categoria Mulheres Bissexuais do Comitê Técnico de Saúde Integral de LGBTI da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Bolsista de Treinamento Técnico I no projeto Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. (Centro de Saúde Escola Butantã/FMUSP, CEBRAP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, OPAS/OMS, FAPESP; Jun/2017-Jul/2018). E-mail: julia.rocha@globo.com

Juliana Souza Bravo de Menezes - Assistente Social do Hospital Federal de Bonsucesso /Ministério da Saúde-RJ Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Integrante do grupo de pesquisa registrado no CNPq Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Participante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: julianasbravo@gmail.com

Lucilene Barros dos Santos - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Técnica de Enfermagem (Escola de Enfermagem São Bernardo). Atuação no CSEB/FMUSP e integração no PASA (Programa de Atenção à Saúde do Adolescente). Apoio técnico no projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (PASA, CSE-FMUSP; 2016-2018).

Maria Altenfelder Santos - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Centro Brasileiro de Análise Planejamento. Psicóloga (PUC-SP), com especialização na abordagem do Psicodrama (Sedes Sapientiae), Mestrado em Psicologia Social (Instituto de Psicologia da USP) e Doutorado na área de Saúde Coletiva (Faculdade de Medicina da USP). Atuação no Sistema Único de Saúde, com foco em Saúde Mental; HIV/Aids; Saúde na Adolescência e Juventude; Avaliação em Saúde; Redes de Atenção à Saúde. Gestora operacional no Projeto: Linha de Cuidado para Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (Centro de Saúde Escola Butantã/FMUSP, CEBRAP, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, OPAS/OMS, FAPESP; Nov/2016-Mar/2018).

Maria Inês Souza Bravo - Assistente Social. Pós-Doutora em Serviço Social (UERJ). Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora Aposentada (UERJ). Professora Associada da Faculdade de Serviço Social (UERJ). Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social” e dos Projetos “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”, financiados pelo CNPq, FAPERJ e UERJ. Coordenadora também do projeto interinstitucional “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio

de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: mibravo@uol.com.br

Mariana Arantes Nasser - Programa de Atenção à Saúde na Adolescência, Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. Médica (UNESP-Botucatu, 2007). Especialização em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da FMUSP (2009). Doutorado em Ciências, área de Medicina Preventiva, pela FMUSP (2015). Médica sanitária do CSE/FMUSP, onde coordena o Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (desde 2011). Professora adjunta no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, desde 2018, na área Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Coordena o projeto de pesquisa Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.

Miriam Ventura - Advogada. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ, atuando na linha de pesquisa "Construção social do acesso à saúde: Interfaces entre sujeitos, direitos e políticas". Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde - LIDHS/IESC/UFRJ. E-mail: miriam.ventura@iesc.ufrj.br

Mônica de Rezende - Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Graduação em Fisioterapia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR), especialização e mestrado em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (MPS/ISC/UFF). Experiência em docência e pesquisa na área de Saúde Coletiva, com atuação nos temas: gestão do trabalho e da educação na saúde, formação de profissionais de saúde, análise e avaliação de políticas e programas sociais em saúde e Atenção Básica (Saúde da Família e Apoio Matricial).

Neide Emy Kurokawa e Silva - Psicóloga. Doutora em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Docente da Graduação, da Residência Multiprofissional e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ, atuando na linha de pesquisa "Construção social do acesso à saúde: Interfaces entre sujeitos, direitos e políticas". Vice-coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Direitos Humanos e Saúde - LIDHS/IESC/UFRJ. E-mail: neks@iesc.ufrj.br

Patrícia Ferreira de Andrade - Departamento de Psicologia Escolar, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Psicóloga pela Universidade Presbiteriana

Mackenzie (2011), Mestra em Educação pela Universidade Federal de São Paulo (2016) e Doutoranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Coordenou a ação "Ocupe o Centro de Saúde Escola"; no projeto de pesquisa Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. Tem experiências nas áreas de Psicologia Social e de Educação. Pesquisadora em grupos de pesquisas sobre políticas escolares de inclusão e violência escolar. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas de Cultura, Diversidade e Educação da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Patrícia Legestão Lopes - Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e graduanda do quarto semestre em Serviço Social pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI). Certificada como Educadora Social pela Cooperativa Interdisciplinar dos Profissionais da Área Social (COOPAS). Atualmente, atua como estagiária na Ouvidoria do SUS/RS.

Raimundo Loyola Júnior - Graduado em Ciências Biológicas pela UFMG. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde de MG, Mestrando em Saúde Coletiva, Política e Gestão Pública pela Unicamp, Servidor Público Betim/MG (desde 1993) e Juatuba/MG (desde 2001). Foi Coordenador de Vigilância em Saúde e Superintendente de Planejamento da SMS de Betim/MG, foi Secretário Municipal de Saúde de Juatuba/MG e preceptor no PET-Saúde, Observatório do Controle Social do SUS. Atualmente é Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Juatuba. Possui produção acadêmica e experiência docente nas áreas de saúde coletiva, controle social no SUS, vigilância em saúde, planejamento e gestão em saúde.

Rafaella Miranda Machado - Nutricionista graduada pela Universidade Federal de Pernambuco Campus Recife. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco Campus Vitória de Santão Antão. Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. Mestranda em Saúde Pública no Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: rafaella.mmachado@gmail.com

Renato Barboza - Cientista Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutorando em Psicologia Social no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Desde 2004 é Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da SES/SP no Núcleo de Práticas em Saúde, Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo (USP) e do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (USP). É membro do Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT da SES/SP. E-mail: renbarprof@gmail.com

Sandra Nyedja de Lacerda Matos - Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri (URCA), Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do

Ceará (UECE). Preceptora do PET-INTERPROFISSIONALIDADE-Cariri (URCA/MS). Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (URCA). Preceptora do PET Saúde GRADUA SUS (URCA/UFCA) de 2016 a 2018. cursando Especialização em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido (FIOCRUZ). Atua com Educação Popular e Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica. Atuou como Coordenadora da Estratégia Saúde da Família (2013 e 2014, Crato CE). Atua na Estratégia Saúde da Família desde 2005 (Secretaria Municipal de Saúde- Crato/CE). E-mail: sandranyedja46@gmail.com

Tatiana Vargas de Faria Baptista - Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Integra o Grupo de Pesquisa "Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde" da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ. Integra e coordena, juntamente com Ruben Mattos (IMS/UERJ), o grupo "Caminhos para Análise de Políticas de Saúde". Desenvolve atividades de docência e pesquisa nos temas: história da saúde, saúde coletiva e reforma sanitária, análise de políticas públicas, sistema político e saúde, relação entre Poderes na saúde, com ênfase no Poder Legislativo. As principais linhas de pesquisa em desenvolvimento são: História da Reforma Sanitária e Linhagens do Pensamento Sanitário brasileiro; Relações entre Poderes, políticas e sistemas de saúde e; Formulação e Implementação de políticas públicas e saúde.

Verônica Alves Martins - Assistente Social da Prefeitura Municipal de Resende/RJ, graduada pela UFF. Servidora pública efetiva, pós-graduada em Terapia de Família pela UCAM. Mestre em Saúde Coletiva pela UFF. E-mail: veronica.alves1969@gmail.com

Virginia Paladino Cardozo Vasconcellos Fernandes - Farmacêutica pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFRGS). Possui experiência de atuação na Saúde Pública, em Gestão, Pesquisa e Atenção Básica. Atua na Atenção Básica como servidora pública na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.



Iraí Maria de Campos Teixeira - Enfermeira, com Bacharelado e Licenciatura pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2008). Mestre (2012) e Doutora (2016) em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSCar. Atualmente, é Professora Adjunta do Departamento de Metodologia de Ensino - DME da UFSCar. Atua com ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Educação Popular e Saúde, Educação das Relações Étnico-raciais, Educação e saúde dos Povos do Campo e da Floresta, Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. E-mail: irai.ufscar@gmail.com

Jorge Luiz da Silva - Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), bolsista da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE). Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (UPE). Psicólogo da Rede de Atenção Psicossocial da Prefeitura do Recife. E-mail: jorgew.lds@gmail.com

José Carlos da Silva (Carlos Silvan) - Historiador, Antropólogo, Sanitarista e Professor. Doutorando em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisador do LABERER e LABEGESP da UFPE. Integra a Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped) e o GT EPS e o GT de Racismo e Saúde da Abrasco. E-mail: carlossilvan2003@yahoo.com.br

José Ivo dos Santos Pedrosa - Médico. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor Titular em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). Docente dos Programas de Pós-Graduação em

Saúde da Família (RENASF e PROFSAUDE) e Ciências e Saúde. Integra o GT EPS/Abrasco e é vice-presidente da Abrasco. E-mail: jivopedrosa@gmail.com

Milena Junqueira Reis - Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Alfenas - MG, especializada pelo programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Universidade de São Paulo - campus Ribeirão Preto e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Em sua dissertação de mestrado realizou uma revisão bibliográfica sobre a Educação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil. No momento, atua na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. E-mail: mijreis10@gmail.com

Natália Sevilha Stofel - Enfermeira e doutora em Enfermagem (UFPE). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Coordenadora do GT Saúde da População Negra - InformaSUS/UFSCar e membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde. Trabalha com as temáticas: saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde, relações étnico-raciais e saúde. E-mail: naty.stofel@gmail.com

Pedro José Santos Carneiro Cruz - Nutricionista. Doutor em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB. Integra o GT EPS/Abrasco. E-mail: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

Sônia Acioli - Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Procientista UERJ desde 2006. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem seção RJ /Gestão 2016-2018. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social IMS/UERJ (2003). Pós doutora pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra/ Portugal. Membro do GT de Educação Popular e Saúde da ABRASCO e do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. E-mail: soacioli@gmail.com