



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

JAQUELINE MIOTTO GUARNIERI

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO
CONTEXTO MUNICIPAL

PASSO FUNDO, RS

2019

JAQUELINE MIOTTO GUARNIERI

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO
CONTEXTO MUNICIPAL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr. Vanderléia Laodete Pulga

Co-orientadora: Ms. Sandra Mara Setti

PASSO FUNDO, RS
2019

JAQUELINE MIOTTO GUARNIERI

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES NO CONTEXTO MUNICIPAL**

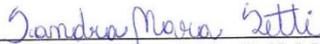
Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde: Área de
Concentração Atenção Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:
09/12/2019

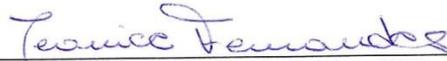
BANCA EXAMINADORA



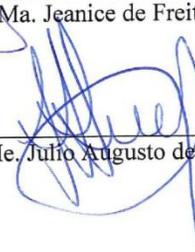
Profª. Dra. Vanderléia laodete Pulga - UFFS
Orientadora



Preceptora Ma. Sandra Mara Setti - SMS-Marau/RS
Coorientadora



Profª. Ma. Jeanice de Freitas Fernandes - UPF



Prof. Me. Julio Augusto de Souza Mota - UFFS

AGRADECIMENTOS

Sempre me disseram que era bom ter planos, sonhar com possíveis futuros, acreditar nas próprias potencialidades, esperar quando preciso, lutar com todas as forças se necessário e não desistir em meio a adversidades. Tudo isso, de alguma forma, permitiu que estivesse finalizando mais uma etapa em minha vida. Entretanto, não foram só as palavras que me levaram até aqui, e sim o fato de saber que sempre haveriam pessoas ao meu lado para apoiar e me ajudar a seguir em frente. E é justamente para essas pessoas que devo meus sinceros agradecimentos e dedico este trabalho.

Primeiramente, dedico aos meus pais, incontestáveis fontes de inspirações e afetos. Eles conquistaram juntos tudo que possuem hoje e não mediram esforços para proporcionar aos meus irmãos e a mim melhores condições de vida, por vezes, abriram mão de seus próprios sonhos para viver os sonhos que criamos. Com eles aprendi o sentido da humildade, da compaixão, do altruísmo e de tanto outros valores. A eles, minha eterna gratidão.

Da mesma forma aos meus irmãos, Suzana e Junior, que herdaram um coração maravilhoso e são pessoas incríveis, juntos temos amadurecido e buscado nossas melhores versões.

Aos amigos e amigas que sempre estiveram ao meu lado, me ouvindo, me apoiando, me incentivando.

A toda equipe da ESF, com quem dividi essa experiência. Sempre me senti acolhida e aprendi muito ao longo desse período. Em especial, as minhas amigas e colegas da residência, que talvez por não ter outra opção, sempre estiveram comigo, rindo, chorando, reclamando e agradecendo.

A minha amiga e preceptora Sandra, exemplo de profissionalismo e de dedicação. Obs.: Sempre disse que gostaria de ser como ela quando crescer, mas quem me dera ser ao menos 1/3 de tudo que ela é. Sou imensamente grata por tudo que compartilhamos, por ter me ensinado tanto e por ter sido meu porto seguro.

A minha querida orientadora e demais professores (as) da UFFS, que compartilharam seus conhecimentos e contribuíram para minha formação.

Não existem palavras suficientes para descrever a importância de cada um que cruzou meu caminho e que de alguma forma contribuiu para que eu me tornasse a pessoa e profissional que sou hoje, mas deixo meus singelos agradecimentos.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência é fruto de estudos realizados desde o início do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica, vinculado a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Teve como objetivo contribuir para o desenvolvimento da capacidade científica, crítico-reflexiva e criativa do residente articulado com o seu processo formativo, além de propiciar a realização de experiências de pesquisa-intervenção. Para a construção do mesmo, foram considerados os conteúdos abordados nos componentes teóricos, bem como as experiências práticas, vivenciadas nos serviços de saúde do município de Marau, especialmente, na Estratégia Saúde da Família São José Operário. Embora o trabalho tenha sido dividido em diferentes etapas, que compõem os capítulos que se seguem, ressalta-se que cada uma delas se interligam e complementam. No primeiro capítulo consta o “Diagnóstico Territorial: Estratégia Saúde da Família São José Operário, Marau/RS”, desenvolvido no primeiro semestre do programa, em que foram levantadas as principais características do município, suas fragilidades e potencialidades, fornecendo com isso os primeiros elementos para escolha do tema, posteriormente aprofundado. O segundo capítulo trata-se do projeto de pesquisa-intervenção, denominado “A Participação Popular na Saúde: Potencialidades e Limites no Contexto Municipal”, desenvolvido ao longo do segundo semestre do programa. O “Relatório de Trabalho de Campo” constitui o terceiro capítulo, nele foram descritas as etapas de construção da pesquisa, desde o contato inicial com os envolvidos, até a coleta de dados e uma breve descrição dos dados brutos. Como capítulo final, resultado de todo processo, foi desenvolvido um artigo científico, intitulado “A Participação Popular na Saúde: Desafios e Potencialidades no Contexto Municipal”. Além de permitir visualizar o caminho trilhado até a conclusão desse estudo, pretende-se evidenciar a importância do mesmo, o tanto de afetos e riquezas envolvidos e crescimento profissional que foi proporcionado.

Palavras-chave: Controle Social; Participação Popular; Conselhos Municipais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão participativa.

ABSTRACT

This Residency Completion Work is the result of studies conducted since the beginning of the Multiprofessional Health Residency Program, Concentration Area: Primary Care, linked to the Federal University of Southern Frontier (UFFS). Its objective was to contribute to the development of the scientific, critical-reflexive and creative capacity of the resident articulated with his formative process, as well as to provide the conduction of research-intervention experiments. For its construction, the contents addressed in the theoretical components were considered, as well as the practical experiences, lived in the health services of the Marau municipality, especially in the São José Operário Family Health Strategy. Although the work has been divided into different stages, which make up the following chapters, it is emphasized that each of them interconnect and complement each other. The first chapter contains the “Territorial Diagnosis: Family Health Strategy São José Operário, Marau / RS”, developed in the first semester of the program, in which the main characteristics of the municipality, its weaknesses and potentialities were raised, thus providing the first elements. to choose the theme, later deepened. The second chapter deals with the intervention-research project, called “Popular Participation in Health: Potentialities and Limits in the Municipal Context”, developed during the second semester of the program. The “Fieldwork Report” is the third chapter. It describes the stages of research construction, from the initial contact with those involved, to data collection and a brief description of the raw data. As a final chapter, the result of the whole process, a scientific article was developed, entitled “Popular Participation in Health: Challenges and Potentialities in the Municipal Context”. Besides allowing the visualization of the path taken until the conclusion of this study, it is intended to highlight its importance, as well as the affections and riches involved and the professional growth that was provided.

KEYWORDS: Social control; Popular participation; Municipal Health Councils; Public Health System; Participative management.

Sumário

CAPÍTULO I.....	12
DIAGNÓSTICO TERRITORIAL:	12
1.1. RESUMO	13
1.2. INTRODUÇÃO	14
1.3. RESGATE HISTÓRICO DO SUS E SEU CONTEXTO ATUAL.....	15
1.4. APRESENTAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE MARAU.....	20
1.5. LINHA HISTÓRICA DA ORIGEM E EMANCIPAÇÃO	21
1.6. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	22
1.6.1. Aspectos físico-territoriais.....	22
1.6.2. Aspectos demográficos	25
1.6.3. Habitação e infraestrutura	26
1.6.4. Aspectos socioeconômicos	27
1.7. ASPECTOS EDUCACIONAIS.....	30
1.7.1. História da educação de Marau.....	30
1.7.2. Educação: realidade atual	31
1.7.3. Estrutura de educação do município	34
1.7.4. Educação complementar	37
1.7.5. Educação profissionalizante	39
1.7.6. Educação especial	39
1.8. SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL.....	41
1.8.1. Histórico da saúde	41
1.8.2. Linha do tempo da saúde no município de Marau	42
1.8.3. Características atuais da saúde no município	43
1.8.4. GESTÃO EM SAÚDE	52
1.8.4.1. Investimentos em saúde	52
1.8.5. Sistemas de informação em saúde.....	55
1.8.6. Sistema municipal de vigilância em saúde.....	56
1.8.7. Atenção especializada	60
1.8.8. Urgência e emergência	61
1.8.9. Atenção Básica.....	62
1.8.10. Esf São José Operário: campo de práticas em saúde	66
1.8.11. Estrutura e processos de trabalho.....	69
1.8.12. Características da população adstrita.....	73
1.9. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: PROPOSTA DE PESQUISA- INTERVENÇÃO.....	82
1.10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
1.11. REFERÊNCIAS.....	85
CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO:.....	93
2.1. RESUMO	94
2.2. INTRODUÇÃO	95
2.3. JUSTIFICATIVA.....	97

2.4. TEMA	98
2.5. PROBLEMA	98
2.6. OBJETIVOS	98
2.6.1. Objetivo geral	99
2.6.2. Objetivos específicos	99
2.7. REFERENCIAL TEÓRICO	99
2.7.1. A saúde como direito de todos (as)	99
2.7.2. A Participação popular no SUS	101
2.8.1. Tipo de estudo	104
2.9. INSTRUMENTOS DE PESQUISA	105
2.9.1. Roteiro de entrevista semiestruturada	105
2.9.2. Pesquisa documental	105
2.9.3. Oficinas e diário de campo	105
2.9.4. Pesquisa bibliográfica	107
2.10. LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO	107
2.11. PARTICIPANTES DA PESQUISA	107
2.11.1. Critérios de inclusão	108
2.11.2. Critérios de exclusão	108
2.12. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	108
2.12.1. Processamento e análise de dados	109
2.12.2. Procedimentos éticos	109
2.12.3. Riscos	111
2.13.2. Benefícios	111
2.14. DIFUSÃO DO CONHECIMENTO GERADO	112
2.15. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	112
2.16. RECURSOS FINANCEIROS	113
REFERÊNCIAS:	114
Apêndice A	117
Apêndice B	119
Apêndice C	122
Apêndice D	123
Apêndice E	124
Apêndice F	125
Apêndice G	126
Apêndice H	129
CAPÍTULO III	130
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	130
3.1. INTRODUÇÃO	131
3.2. LOGÍSTICA E ETAPAS DA COLETA DE DADOS	131
3.2.1. Entrevista com representantes dos conselhos de saúde	133
3.2.2. Oficinas como proposta de intervenção	134
3.2.3. Levantamento e análise dos documentos dos conselhos de saúde	135

3.2.4. Vivências em controle social	140
3.3. CONCLUSÃO	141
Apêndice A.....	143
Apêndice B.....	146
Apêndice C	148
Apêndice D	151
CAPÍTULO IV- ARTIGO CIENTÍFICO	155
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15675



CAPÍTULO I
DIAGNÓSTICO TERRITORIAL:
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO, MARAU/RS



1.1.RESUMO

O diagnóstico territorial é uma ferramenta de fundamental importância para o levantamento de dados, identificação de problemas e necessidades sociais, que por sua vez possibilita desenvolver ações de saúde mais efetivas na prática dos profissionais da atenção básica. Tem-se como objetivo desse estudo descrever na perspectiva dos profissionais da residência multiprofissional em saúde, um diagnóstico territorial realizado em uma unidade de estratégia em saúde da família. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo pesquisa de campo. Realizado entre os meses de abril a agosto de 2018. Foram utilizados sistemas informatizados, documentos oficiais, legislações, livros e a experiência dos autores. Foi possível observar as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, a estrutura do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde e a gestão do município de Marau/RS, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário. A construção do diagnóstico permitiu propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural, aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando a atenção integral à saúde no desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico situacional em saúde. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

1.2.INTRODUÇÃO

O sistema de saúde público brasileiro, embora possua quase duas décadas, está permanentemente em adaptação e busca por melhorias, mesmo com o atual desmonte de programas e corte de recursos. Apesar da complexidade por trás desse sistema e de seus processos, é nítida a importância que possui e os benefícios que oferece a toda população brasileira, sendo considerado por muitos como o melhor sistema de saúde público do mundo. No intuito de oferecer, de fato, o que é preconizado pelas diretrizes e princípios do sistema, são realizados acompanhamentos e avaliações periódicas, sendo o diagnóstico situacional uma das ferramentas utilizadas para identificar potencialidades e possíveis fragilidades dos diversos âmbitos desse serviço.

Nesse sentido, este diagnóstico foi elaborado através de pesquisas com diversas fontes: sistemas informatizados, documentos oficiais, legislações, livros e, inclusive, com a experiência vivida pelos autores. Considerou-se para a construção as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, a estrutura do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde e a gestão do município de Marau/RS, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário (SJO). Os objetivos a partir desse estudo foram: propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural; aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando à atenção integral à saúde; criar elementos para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde; possibilitar o conhecimento de ações de planejamento, gestão e a avaliação desenvolvidas nos serviços de saúde da área de Atenção Básica; e identificar e conhecer as redes intersetoriais para o cuidado em saúde.

Além disso, as informações e reflexões levantadas através desse estudo fornecerão subsídios necessários para a construção dos projetos de pesquisa- intervenção a serem desenvolvidos por nós, profissionais residentes.

1.3. RESGATE HISTÓRICO DO SUS E SEU CONTEXTO ATUAL

Muito antes de existir a realidade que conhecemos para a saúde no Brasil, discutia-se mundialmente a transformação dos sistemas de saúde. No contexto brasileiro, com a criação da previdência social no país, passou-se a oferecer socorros médicos e medicamentos para os contribuintes e seus dependentes, sobre os quais o Estado não possuía qualquer responsabilidade. Dessa forma, somente quem estava na condição de segurado possuía o direito do acesso a tais serviços, deixando de lado grande parcela da população, que contava com o assistencialismo e a caridade (FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

Em meio a diversos movimentos sociais e políticos a favor da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a universalização do direito à saúde e a integralidade das ações, cresceu o debate acerca do direito à saúde. Dessa maneira, o direito à saúde significava “a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado” (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde contou, pela primeira vez, com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão sobre uma política setorial. Aprovou-se a universalização da saúde e o controle social efetivo, garantindo um direito à saúde integral (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Com a publicação da Constituição Federal em 1988, determinou-se que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu influência internacional de alguns aspectos durante sua estruturação, como a universalidade do acesso já proporcionado por alguns países. Para estruturação de algumas características, usou-se o sistema da província de Quebec, no Canadá, como base. As diretrizes trazidas para o SUS na Constituição Federal são:

- “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.” (BRASIL, 1988, p. 103).

A Lei Orgânica da Saúde 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. Determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b), considerando determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990b). Essa lei traz os princípios a serem seguidos pelo SUS, complementando o disposto na Constituição Federal, sendo:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.” (BRASIL, 1990b, p. 1).

Através da Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017, incorporou-se o seguinte princípio ao SUS:

“XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros,

atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.” (BRASIL, 2017ª, p. 1).

O sistema de saúde oferecido aos cidadãos brasileiros passou a ser universal, financiado por meio de impostos das três esferas (federal, estadual e municipal), sendo todos os serviços públicos. Como alternativa, existe um sistema de seguros e planos de saúde e o sistema de desembolso direto (BRASIL, 1998a), restritos a parcelas da população com maior poder aquisitivo. De acordo com as legislações, todas as instâncias do SUS devem seguir seus princípios e diretrizes norteadores.

Somente no ano de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 648, em 28 de março, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Determinou que a Saúde da Família é estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no SUS, que tem o enfoque na saúde da população, na prevenção de doenças, na atenção à saúde e na cura (BRASIL, 2006a).

Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional mínima da ESF são: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Profissionais de saúde bucal são incorporados à ESF por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), com cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene bucal (BRASIL, 2006a).

Em 2008 criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Assim, os profissionais médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional podem se inserir na Atenção Básica. Entretanto isso não impede a inserção de tais profissionais na equipe da ESF (BRASIL, 2008c).

Em 2010 estabeleceu-se as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Define-se RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), tendo o objetivo de

“promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.” (BRASIL, 2010, p. 4).

Após a revisão da PNAB em 2017, publicou-se a Portaria nº 2.436 em 21 de setembro. Conceitua a Atenção Básica como

“o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017b, p. 1).

Mantém a Saúde da Família como estratégia prioritária para consolidação e expansão da Atenção Básica no SUS, trazendo os seguintes princípios: universalidade; equidade; e integralidade. E as seguintes diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização; população adstrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade” (BRASIL, 2017b, p. 1).

Como diferenciação, permite a inserção do Agente de Combate a Endemias (ACE) na ESF e o reconhecimento de outras estratégias na Atenção Básica, diferentes da ESF. Também amplia a possibilidade de inserção de outros profissionais no NASF, sendo: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2017b).

É nesse contexto que se inserem os profissionais dos programas de residência multiprofissional no país, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída em 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005). Demais disposições sobre este assunto foram sendo aprovadas nos anos seguintes, culminando na realidade atual (BRASIL, 2018a).

Os programas de residência multiprofissional abrangem as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, devendo haver no mínimo três núcleos profissionais para compor um programa de residência multiprofissional (BRASIL, 1998b). Atualmente, diversos programas estão disponíveis em todo o país, com atuação em variados campos de prática, como hospitais (nos diversos setores), indústrias, ESF, UBS, etc., especializando os profissionais residentes nas mais diversas áreas.

No caso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, o campo de atuação dos profissionais residentes é uma ESF do município de Marau/RS, sendo a ESF São José Operário ou a ESF Santa Rita. Integram esse programa os profissionais de enfermagem, psicologia e farmácia, juntamente com os preceptores, profissionais vinculados à prefeitura municipal e tutores, profissionais vinculados à universidade.

O intuito desta forma de ensino, no e pelo trabalho, é promover a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a resolutividade nos serviços, a ação multiprofissional e integral e ainda possibilita o desenvolvimento de projetos que promovem a autonomia no cuidado (FERLA; SECCIM, 2003). Acrescenta-se que, além de oportunizar a qualificação dos profissionais em formação, o programa promove mudança e melhoria dos serviços oferecidos, uma vez que se agregam mais profissionais e outros olhares para o saber-fazer.

Apesar de ser evidente a importância desta formação, há um longo percurso a ser traçado para que esta seja verdadeiramente reconhecida. Dentre as dificuldades encontradas, ressalta-se que o montante de 60 horas semanais é demasiado espoliante, seguindo uma lógica de exploração do trabalho e não de formação para o trabalho em saúde. Ademais, a excessiva demanda nos serviços direciona para uma formação tecnicista e enrijecida, configurando-se em significativo obstáculo a ser superado (SILVA, 2018).

Entretanto, mesmo havendo aspectos intrínsecos negativos, os programas de residência multiprofissional em saúde são uma forma de resistência e fortalecem a luta pela manutenção da saúde pública, que sofre com o crescente sucateamento e precarização. Um exemplo do atual processo de desmonte do SUS é a promulgação da Emenda Constitucional

Nº 95, em 2016, que institui um novo regime fiscal e congela os investimentos em saúde por 20 anos (BRASIL, 2016). Além deste, vários outros exemplos poderiam ser citados e apontam para um desfecho desfavorável, colocando em risco tudo que foi conquistado com suor e bravura dos movimentos sociais.

1.4. APRESENTAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE MARAU

O município de Marau localiza-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, conhecida também como planalto médio. Destaca-se nacionalmente em qualidade de vida e modernidade, promovendo ações de sustentabilidade, investindo em mobilidade urbana, projetos de segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos (PREFEITURA..., s/d).

Com origens na colonização italiana, em 1904, Marau foi emancipado em 18 de dezembro de 1954, entretanto, a comemoração do aniversário passou a ser celebrada a partir de 28 de fevereiro de 1955, data de instalação do município. Recebe este nome em homenagem a um bravo cacique que, conforme conta a história, ao buscar alimento, percorria as selvas da Serra Geral, fazendo frente a um grupo de indígenas Coroados e lutando para proteger seu território das ameaças da colonização (PREFEITURA..., s/d).

Desta forma, por muito tempo o território do município serviu de espaço para tropeiro de gado, porém depois foi distribuído através da Coroa em sesmarias para que os tropeiros e os militares povoassem as estâncias. Através do trabalho árduo dos colonizadores, que transformaram as matas densas em lavouras férteis, a vila e a zona rural compuseram-se de imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino (PREFEITURA..., s/d).

Até meados da década de 1960, a agricultura de subsistência e a suinocultura eram a base da economia. A partir dos anos 1970, demarcou-se a monocultura, impulsionada pelo cooperativismo agrícola e mecanização das lavouras, bem como pela instalação de agências bancárias, alterando fortemente o perfil de produção no município. Porém, em razão de crise no setor, na década de 1980, uma nova mudança na atividade ocorreu a fim de atender a demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau, buscando uma maior diversidade na avicultura e na produção do leite (PREFEITURA..., s/d).

Observa-se que nas duas últimas décadas houve um avanço significativo do parque

industrial de Marau, atendendo aos mais diversos setores, como alimentos, couros, equipamento para avicultura e suinocultura, metal mecânico, construção civil, trazendo grande impulso à economia e atraindo a população da região que busca bens e serviços (PREFEITURA..., s/d).

Além disso, atualmente o município possui mais de 40 mil habitantes, preservando cerca de 2.600 famílias na agricultura familiar através da produção de grãos, leite, aves e suínos. Merece destaque, também, aspectos da cultura e turismo, entre eles o Caminho das Águas, a Rota das Salamarias e o Festival Nacional do Salame (PREFEITURA..., s/d).

1.5.LINHA HISTÓRICA DA ORIGEM E EMANCIPAÇÃO

1827: o território que até então fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados, começa a ser povoado por imigrantes estrangeiros e a partir disso origina-se Passo Fundo.

1845: o cacique Marau, chefe de um grupo de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, o qual passou a ser chamado de Rio Marau, nome também dado às imediações do rio, povoadas por caboclos.

1857: foi criado o município de Passo Fundo, ao qual Marau era integrado.

1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização do território hoje pertencente à Marau.

1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.

1912: constituiu-se “Colônia de Marau”.

10 de janeiro de 1916: Marau torna-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, com sede no Tope.

1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.

3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado a vila e passa a ser a sede do 5º Distrito.

1923: surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria marauense e fornecedor com destaque nacional de salame, presunto, mortadela e banha.

1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos marauenses, integrando tanto a zona urbana quanto a rural da comunidade e lideram seu desenvolvimento.

18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé.

28 de fevereiro de 1955: data de comemoração do aniversário do município, quando o mesmo é instalado oficialmente.

17 de fevereiro de 1959: ocorreu a anexação de Camargo ao município de Marau, chegando a 1192 km². Dessa forma, Marau passa a contemplar três distritos: Marau, Maria e Camargo.

03 de junho de 1961: é criado o distrito de Nicolau Vergueiro e anexado ao município de Marau, passando a contemplar quatro distritos.

19 de dezembro de 1975: é criado o distrito de Frei Gentil e anexado ao município de Marau, constituído neste momento da história por cinco distritos.

08 de fevereiro de 1990: município de Marau e os distritos de Camargo e de Maria são desmembrados e estes dois últimos passam a ser considerados municípios.

20 de março de 1992: município de Marau e os distritos de Nicolau Vergueiro e Frei Gentil são desmembrados e estes dois últimos passam a ser classificados como municípios.

26 de dezembro de 1996: são criados os distritos de Laranjeiras e Veado Pardo e anexados ao município de Marau (PREFEITURA..., s/d).

1.6. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.6.1. Aspectos físico-territoriais

Como mencionado, Marau está localizado no limite sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, região classificada como Planalto Médio e conhecida como “região da produção”. A área do município corresponde a 649,3 km², configurando 0,23% da área total do estado e 0,008% do território nacional. O município localiza-se a 269 km de Porto Alegre e a 28 km de Passo Fundo (mapa 1), município que é referência em serviços de saúde (PREFEITURA..., s/d).

Mapa 1 - Localização geográfica do município de Marau/RS



Fonte: GOOGLE MAPS, 2018.

Os limites geográficos do município, conforme o mapa 2 são: ao norte Passo Fundo e Mato Castelhano; ao sul as cidades de Vila Maria, Camargo e Soledade; ao leste Gentil e Santo Antônio do Palma; ao oeste Nicolau Vergueiro; ao noroeste Ernestina; e ao sudoeste, Ibirapuitã. A divisão territorial atual de Marau corresponde a vinte e quatro comunidades urbanas e três distritos, os quais compreendem quarenta e uma comunidades rurais (INSTITUTO..., 2014).

Mapa 2 - Limites do município de Marau/RS



Fonte: IBGE (2014)

Fonte: INSTITUTO..., 2014.

A altitude média é de 650 metros acima do nível do mar, sendo os pontos mais elevados a região de Tope e de São Pedro do Jacuí. O tipo de clima que predomina na região é temperado e a temperatura média anual é de 18° C (PREFEITURA..., s/d).

A estrutura geológica do solo do território que compreende o município é arenito basáltico, sendo que o tipo de solo prevalente é o lato solo roxo. As coxilhas são características predominantes do relevo, além dos aclives e penhascos em margens de rios (PREFEITURA..., s/d).

Os principais rios são: rio Capinguí, afluente do rio Guaporé, que corta o município de norte a sul, e tem como afluentes os Arroios Gritador e Burro Preto; Rio Jacuí, localizado ao norte, na divisa com Passo Fundo, no qual foi construída a barragem de Ernestina e tem como afluentes os Arroios Ernestina, Três Passos e Carreta Quebrada; e Rio Marau, que contorna a cidade nos lados leste e sul e é formado pelos rios Marauzinho e Sesteadá, desaguando no rio Capinguí (PREFEITURA..., s/d).

Além disso, Marau possui em seu território rural algumas cascatas, como a Cascata da Pedra Grande (a 30 km da cidade), a Cascata do Cachoeirão (a 10 km da cidade, com queda

d'água de 30 m de altura), a Cascata do Rio Tigre (a oito quilômetros da cidade), a Cascata da Ponte (a 15 km da cidade), a Cascata dos Tibola (a 16 km da cidade) e a Cascata do Tope (a 23 km da cidade) (PREFEITURA..., s/d).

1.6.2. Aspectos demográficos

O município de Marau tem população estimada de 41.059 habitantes (INSTITUTO..., 2017), entretanto, de acordo com o último censo oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado para o município de Marau em 2010, a população era de 36.364 habitantes, dos quais 18.030 eram homens e 18.334 eram mulheres. A população urbana corresponde a 31.558 habitantes, enquanto a rural é de 4.806 habitantes, sendo a densidade demográfica do município de 56,00 hab/km². Além disso, pode-se observar (tabela 1) que a população é predominantemente da cor branca (PREFEITURA..., 2017b).

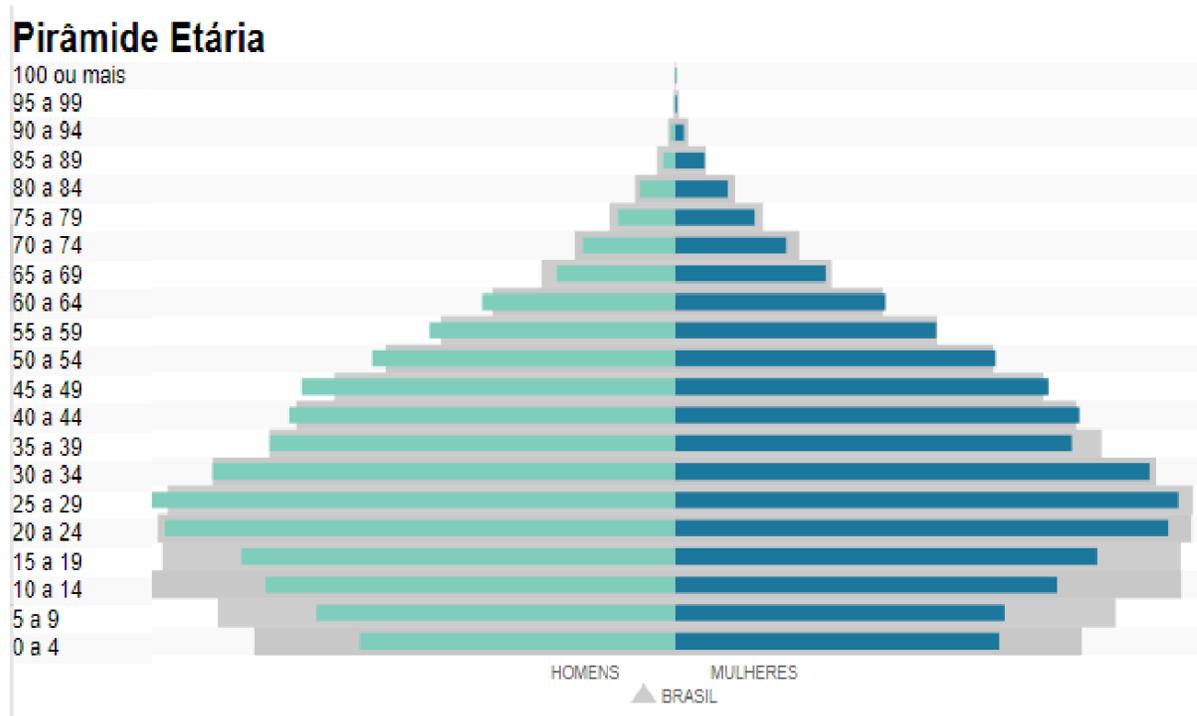
Tabela 1 - Número e proporção da população de Marau/RS segundo a autodeclaração de cor/etnia

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	31.835	88,86%
Preta	776	1,91%
Amarela	160	0,39%
Parda	3.583	8,82%
Indígena	10	0,02%
Sem declaração	0	0,00%

Fonte: PREFEITURA..., 2017b

Através da pirâmide etária do município (gráfico 1) é possível observar a distribuição da população nas diferentes faixas etárias e a divisão entre os sexos. Evidencia-se os estreitamentos da base e do topo da pirâmide, correspondentes à população mais jovem (0-14 anos) e à população idosa (acima de 60 anos), sendo que o trecho mais estendido é referente à população adulta (15-49 anos).

Gráfico 1 - Pirâmide etária do município de Marau



Fonte: INSTITUTO..., 2017

O porte de Marau, de acordo com o número de habitantes, apresenta-se na 56ª posição em relação ao número da população dos demais 497 municípios do estado, enquanto que em comparação aos demais municípios do Brasil, encontra-se na posição 844 dentre os 5.570 municípios brasileiros. De acordo com sua densidade demográfica, coloca-se na 105ª posição de município mais denso no estado do Rio Grande do Sul e, a nível nacional, passa a ocupar a posição 1301 (INSTITUTO..., 2017).

1.6.3. Habitação e infraestrutura

De acordo com o IBGE (2017), o município de Marau apresenta 12.177 domicílios particulares permanentes, sendo 10.635 destes em zona urbana. Do total, 87,2% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, 10.134 domicílios acessam a rede geral de abastecimento de água, 11.947 domicílios possuem coleta de lixo e 12.167 domicílios possuem acesso à rede elétrica.

De todos os domicílios no município, 86,8% estão localizados em vias urbanas públicas com arborização, mas apenas 32,4% possuem urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (INSTITUTO..., 2017).

As habitações típicas do município de Marau estão expostas na fotografia 1 abaixo.

Imagem 1 - Habitações típicas do município de Marau/RS



Fonte: PREFEITURA..., s/d

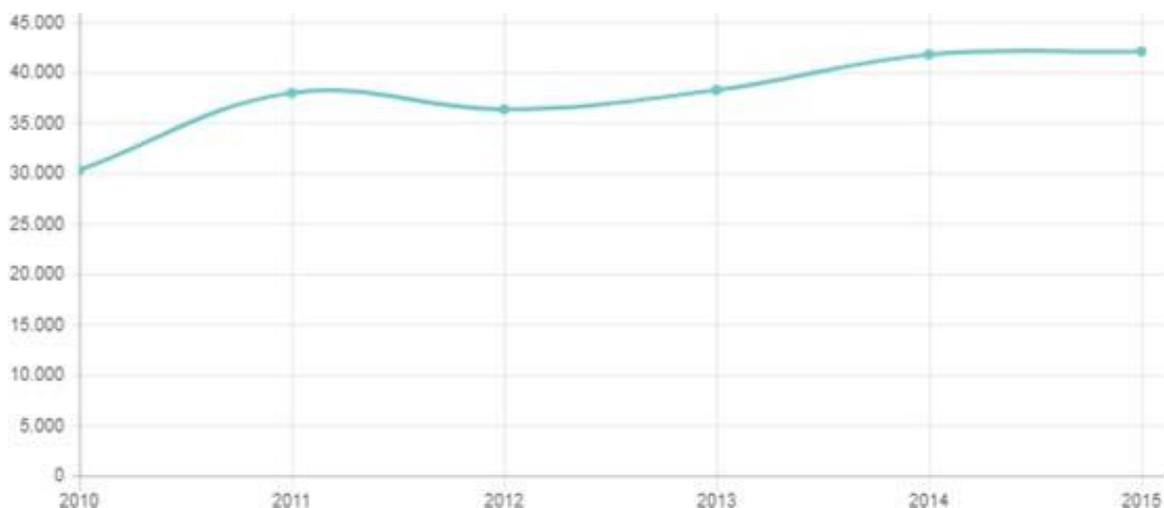
1.6.4. Aspectos socioeconômicos

O município se destaca pelo crescimento econômico, com Produto Interno Bruto (PIB) correspondente a R\$ 1.691.509,00 (INSTITUTO..., 2015), sendo que a indústria (principalmente frigorífica, metal-mecânica e couros) corresponde a 45,5% de participação na economia do PIB, seguido pelo setor de serviços (35,7%). A agricultura se mantém como setor importante, empregando uma parcela significativa dos trabalhadores

(DEPARTAMENTO..., 2010).

Além disso, nos últimos anos houve aumento no valor do PIB per capita. Em 2014, o PIB per capita do município era de R\$ 41.627,49. Já em 2015 passou a ser de R\$ 42.104,57. Como visto anteriormente, estes dados podem ser relacionados às fortes influências econômicas do setor agropecuário, industrial e de serviços, os quais garantem a integração da cadeia produtiva local, gerando não somente um alto valor agregado, mas, também, emprego e renda, possibilitando que o comércio seja relevante na composição do PIB (FERNEDA et al., 2015). No gráfico 2 a seguir pode-se visualizar o crescimento do PIB per capita ao longo dos anos.

Gráfico 2 - PIB per capita no município de Marau/RS entre os anos de 2010 e 2015 (Unidade: R\$)



Fonte: INSTITUTO..., 2017

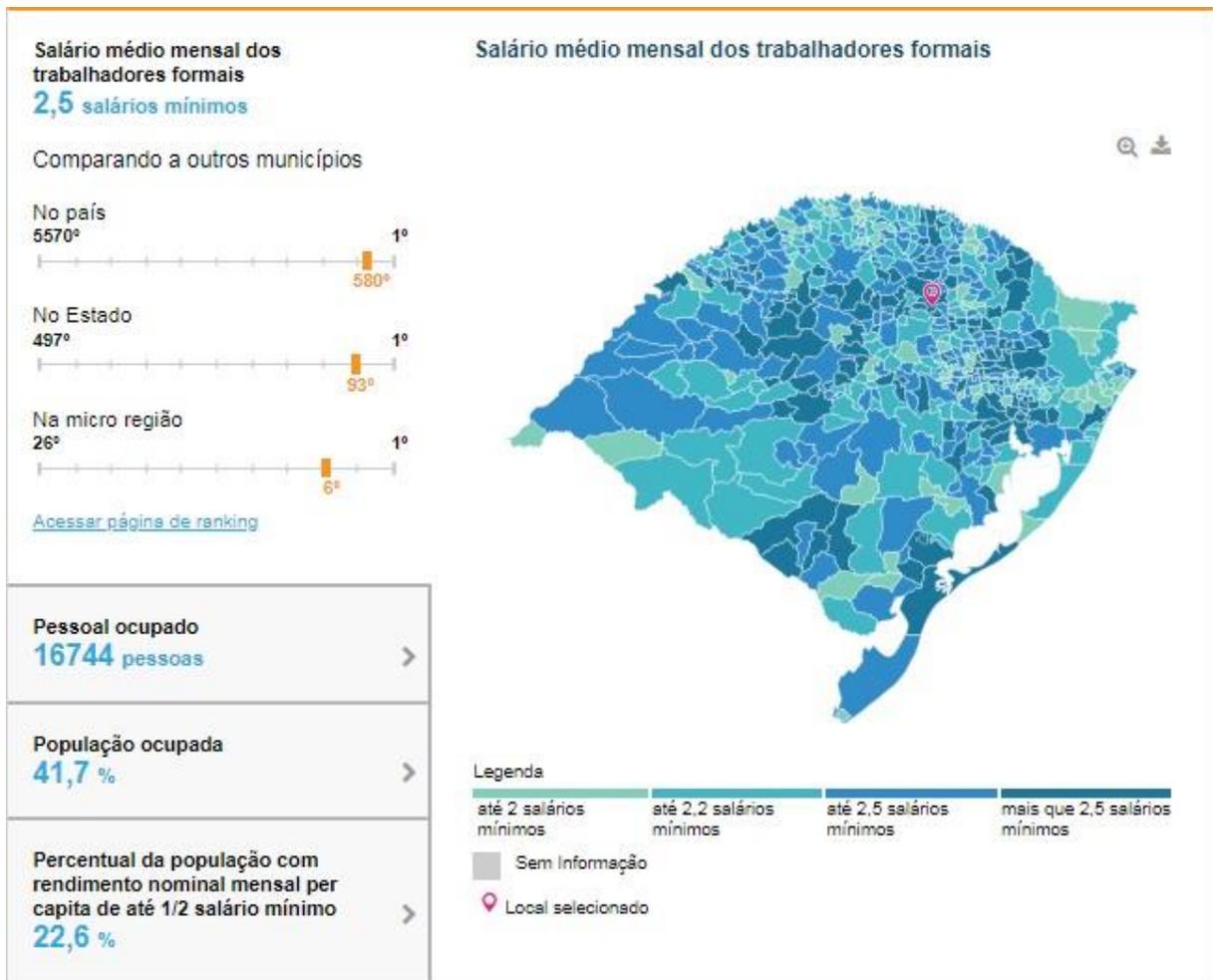
Esses dados influenciam diretamente a qualidade de vida da população marauense, uma vez que impulsionam investimentos que trazem resultados positivos na vida cotidiana dos moradores.

1.6.4.1. Emprego e rendimento

Em 2015, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 41,7%. Ao

comparar com os outros municípios do estado, ocupava as posições 93 e 37 de 497, respectivamente, para esses parâmetros, enquanto que na comparação às demais cidades do país, ficava na posição 580 e 163 de 5570, respectivamente. Os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa representavam 22,6% da população, o que o colocava na posição 406 de 497 dentre as cidades do estado e em 5422 de 5570 dentre as cidades do Brasil (INSTITUTO..., 2017), como pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - Comparação dos índices de emprego e rendimento do município de Marau com os do estado e do país.



Fonte: INSTITUTO..., 2017

1.7.ASPECTOS EDUCACIONAIS

1.7.1. História da educação de Marau

Segundo dados históricos apresentados por Bernardi (1992) em seu livro intitulado “História de Marau: uma comunidade laboriosa”, o mais antigo estabelecimento de ensino da comunidade e primeira escola implantada foi a Escola Estadual de I Grau Charrua, criada em 20 de março de 1934. Entrou em funcionamento no dia dois de outubro do mesmo ano, existindo até os dias atuais. Entretanto passou por reformas em suas instalações, garantindo a ampliação da oferta de vagas. Atualmente atende seus alunos nos turnos matutino e vespertino, atuando na modalidade de Ensino Fundamental com duração de nove anos (BERNARDI, 1992).

A segunda escola instalada no centro da cidade, hoje considerada a mais antiga da rede particular, foi a Escola Cristo Rei. Com fundação no ano de 1938, atendendo, na época, 80 alunos do ensino primário (1ª a 4ª séries). Também passou por diversas reestruturações, tanto em nível material como na oferta das modalidades de ensino. Hoje o Colégio Franciscano Cristo Rei atende a Educação Infantil, o Ensino Fundamental com duração de nove anos e o Ensino Médio (BERNARDI, 1992).

Na década de 60, por haver problemas, especialmente de ordem disciplinar, no único ginásio do Município, o Ginásio Estadual Santo Tomás de Aquino, a comunidade organizou uma campanha e trouxe os irmãos da Sagrada Família, os quais foram responsáveis pela instalação de um novo ginásio no local em que antes funcionava uma fábrica de calçados. Esta escola funcionou até o ano de 1957 e, com seu fechamento, os irmãos transferiram-se para Vila Maria. No ano de 1991 retornaram a Marau, reabrindo a Escola de 1º e 2º Grau Gabriel Taborin, com funcionamento em um prédio cedido pela Prefeitura na Escola de Ensino Fundamental Pedro Rigo, no Bairro São Pelegrino. Atualmente, com a construção das novas dependências da escola Taborin, hoje conhecida como Colégio Gabriel Taborin, mantém suas funções escolares, oferecendo à comunidade Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Além disso, nas mesmas dependências é oferecido o Ensino Superior, através de uma parceria com a instituição Faculdades da Associação Brasileira de Educação (FABE) (BERNARDI, 1992).

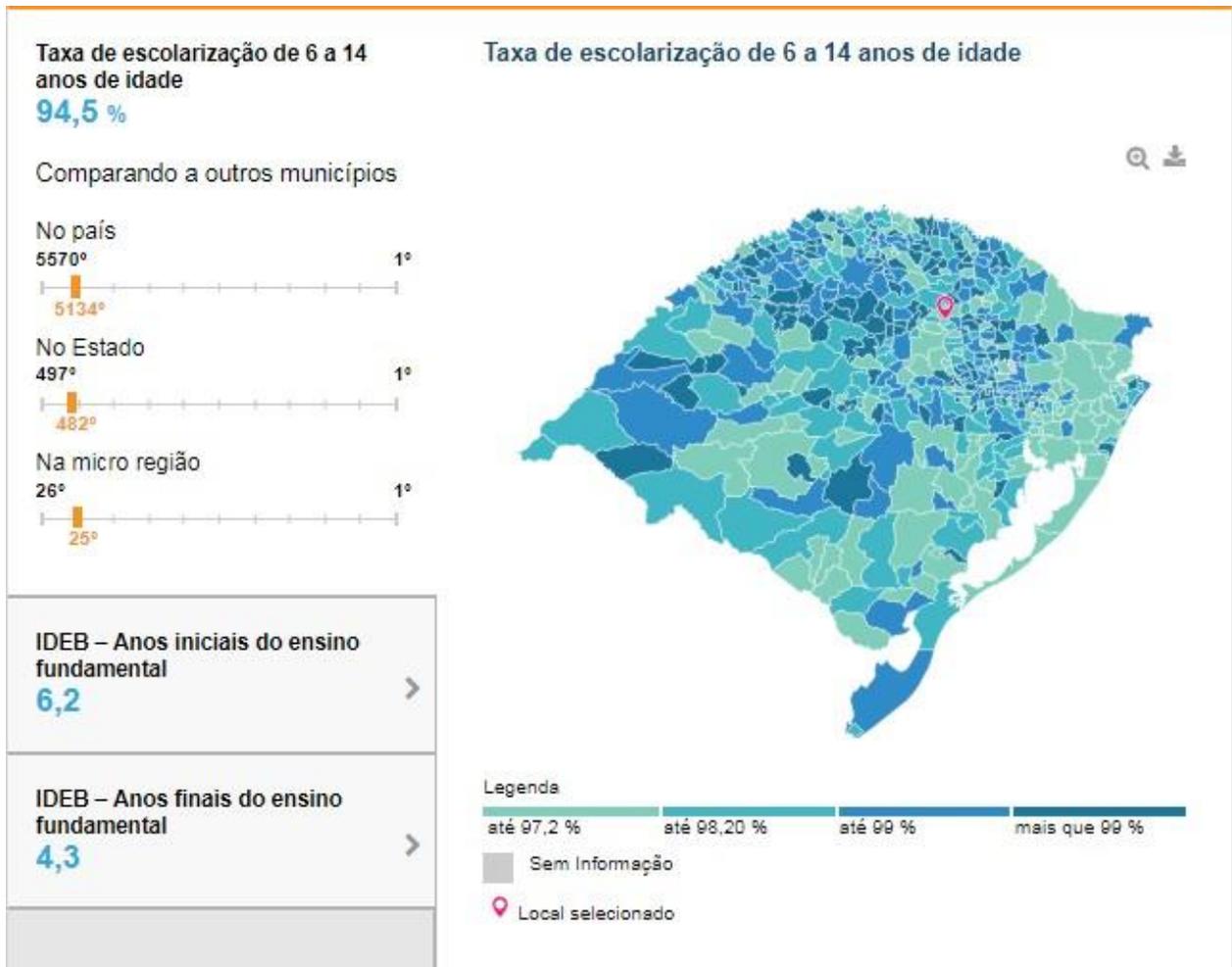
A terceira escola implantada em Marau foi a Escola de 1º e 2º Grau Santo Tomás de Aquino. Esta foi criada em 1957, através da Campanha Nacional de Educandários Gratuitos, sob o nome de Ginásio Pio XII. Foi o primeiro ginásio de Marau. Pelo decreto número 9.413, datado em 8 de outubro de 1958, foi assumido pelo Estado, tornando-se escola pública. Hoje denomina-se Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino (IESTA) (BERNARDI, 1992).

A mais recente escola, sendo a quarta criada no município, foi então denominada a Escola Estadual de 1º Grau Anchieta, criada em 14 de março de 1979. Esse ato foi devido ao desmembramento do Grupo Escolar Charruas. A escola passou a ocupar o prédio B, localizado na Rua Rui Barbosa, o mesmo prédio antes ocupado pelo Ginásio Santo Tomás de Aquino. Segundo Bernardi (1992), no ano de 1981 foi criado o 1º grau completo e, em 1992 figurava como a maior escola do município, atendendo aproximadamente 1000 alunos. Hoje é denominada Escola Estadual de Ensino Médio Anchieta (BERNARDI, 1992).

1.7.2. Educação: realidade atual

Atualmente, a educação no município de Marau é atendida por três redes de ensino: municipal, estadual e privado. De acordo com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2015, obtido através da avaliação dos alunos do município de Marau e disponibilizado pelo IBGE, os estudantes do ensino fundamental da rede pública tiveram nota média de 6.2 no IDEB, enquanto os alunos do ensino médio tiveram média de 4.3. Na comparação com os demais municípios do Rio Grande do Sul, a nota dos alunos do ensino fundamental coloca Marau na posição 108 de 497 e para os alunos do ensino médio, a posição passa a ser 165. A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos era de 94,5% em 2010, conforme é demonstrado na figura a seguir (INSTITUTO..., 2017).

Figura 2: Comparação dos índices de educação do município de Marau com os do estado e do país



Fonte: INSTITUTO..., 2017

Além disso, segundo o Censo Educacional de 2015, há outros dados referentes à educação de Marau que podem ser mencionados, tais como número de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino das escolas do município (gráfico 3), o número de docentes disponíveis para cada nível de ensino ofertado e o número de escolas que oferecem estes níveis de ensino (quadro 1).

Gráfico 3 - Número de matrículas nos diferentes níveis de ensino no município de Marau entre os anos de 2005 e 2015



Fonte: INSTITUTO..., 2015

Quadro 1 - Dados referentes à educação em Marau nos anos de 2010 ou 2015

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	94,5 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015]	6,2
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015]	4,3
Matrículas no ensino fundamental [2015]	4.352 matrículas
Matrículas no ensino médio [2015]	1.383 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2015]	326 docentes
Docentes no ensino médio [2015]	111 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2015]	17 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2015]	4 escolas

Fonte: INSTITUTO..., 2015.

1.7.3. Estrutura de educação do município

O principal instrumento norteador de ações na área da educação no município de Marau é o Plano Municipal de Educação (PME), aprovado em 2014. O PME possui vigência de dez anos e preconiza metas importantes nesse âmbito, como a erradicação do analfabetismo, melhora da qualidade do ensino e a valorização dos profissionais da educação. Através do plano garante-se que as metas propostas sejam cumpridas, uma vez que há monitoramento contínuo e avaliações periódicas. Além disso, o PME contempla estratégias que asseguram a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais/culturais, garantem o atendimento das necessidades específicas na educação especial e promovem a articulação interfederativa na implementação das políticas educacionais. (PREFEITURA..., 2015).

Atualmente, Marau oferece aos seus habitantes escolas de ensino infantil e fundamental, enquanto que o estado custeia o ensino fundamental e médio. Além disso, há escolas de ensino privado para todos os módulos de ensino que, inclusive, contemplam o ensino superior, ensino complementar, ensino especial e ensino profissionalizante. A tabela 2 que segue mostra as instituições de ensino, suas respectivas redes e o número de alunos atendidos nas diferentes modalidades.

Tabela 2 - Instituições de ensino do município de Marau/RS, apresentando o número de estudantes matriculados em cada modalidade de ensino oferecido no ano de 2014

NÚMERO DE ALUNOS							
ESCOLA	Ed. Inf.	Ens.Fund. 1º ao 5º	Ens.Fund. 6º a 8º ano e 8ª série	Ensino Médio	Ensino Superior	Pós Grad.	Total
IESTA (estadual)	-	103	208	708	-	-	1019
EEEM Anchieta	-	178	219	620/109EJA	-	-	1126
EEEF Charruas	-	226	177	-	-	-	403

EEEF Herzelino David Bordin	-	100	90	-	-	-	190
Colégio Gabriel Taborin (privado)	75	166	136	57	-	-	434
FABE	-	-	-	-	263	59	322
Colégio Franciscano Cristo Rei (privado)	119	170	109	38	-	-	436
IDEAU	-	-	-	49EJA/67 T	56	-	172
EMEF Afonso Volpato	-	291	210	-	-	-	501
EMEF Agostinho Mistura	9	51	-	-	-	-	60
EMEF Darvin Marosin	-	212	173	-	-	-	385
EMEF Elpídio Fialho	-	154	131	-	-	-	285
EMEF Ernesto Dornelles	12	40	26	-	-	-	78
EMEF Frei Benjamin	10	36	27	-	-	-	73
EMEF Henrique Dias	-	-	33	-	-	-	33
EMEF Hygino Coelho Portella	-	227	139	-	-	-	366
EMEF Honorino Pereira	-	75	61	-	-	-	136

Borges							
EMEF Pedro Rigo	-	104	82	-	-	-	186
EMEF Vinte de Fevereiro	-	270	152	-	-	-	422
SEJA	-	54	110	-	-	-	164
EMEI Cantinho do Coração	155	-	-	-	-	-	155
EMEI Favo de Mel	141	-	-	-	-	-	141
EMEI Sementinha	193	-	-	-	-	-	193
EMEI Tio Luiz	93	-	-	-	-	-	93
EMEI Pinto de Gente	202	-	-	-	-	-	202
EMEI Criança Feliz	175	-	-	-	-	-	175
EMEI Toca do Coelho	104	-	-	-	-	-	104
EMEI Mágico de Oz	195	-	-	-	-	-	195
EMEI Monteiro Lobato	223	-	-	-	-	-	23
EMEI Mundo Encantado	88	-	-	-	-	-	88
EMEI Pequeno Aprendiz	218	-	-	-	-	-	218
EMEI Sonho de Criança	132	-	-	-	-	-	132
TOTAL	2144	2457	2083	1648	319	59	8710

Fonte: PREFEITURA..., 2015

Além das instituições de ensino superior que constam na tabela (Faculdade da Associação Brasiliense de Educação (FABE) e o Instituto de Desenvolvimento Educacional (IDEAU), o município possui outras duas, o Centro de Ensino Superior Riograndense (CESURGS) e a Faculdade Educacional da Lapa (FAEL). Também há no município um Centro de Ensino com escolas para o atendimento da Educação de Jovens e Adultos (EJA), contemplando as seguintes instituições de ensino: Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Anchieta, na modalidade presencial; Escola Municipal de Ensino Fundamental Honorino Pereira Borges – Serviço de Educação de Jovens e Adultos (SEJA), com funcionamento em sede própria e modalidade presencial; e CESURG e IDEAU, na modalidade de EJA, atendendo 49 alunos (PREFEITURA..., 2015).

Além das diversas opções de ensino disponibilizadas, muitos estudantes se deslocam para buscar estudos de nível superior no município de Passo Fundo, onde há maior variedade de cursos de graduação e pós-graduação. Dentre as universidades encontra-se a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), única universidade pública da região, que disponibiliza o curso de graduação em medicina e as residências médicas e multiprofissionais (pós-graduações lato sensu) (UNIVERSIDADE..., 2018). Outra instituição pública que oferece ensino superior em Passo Fundo é o Instituto Federal Sul-Rio-Grandense. Para possibilitar o acesso às opções de ensino disponibilizadas neste município, a Prefeitura de Marau fornece transporte gratuito aos estudantes cadastrados (PREFEITURA..., 2003).

1.7.4. Educação complementar

Um grande diferencial na cidade de Marau são as modalidades de educação, cultura e lazer disponíveis para as crianças e jovens, que servem como uma opção para preencher o turno inverso ao ensino escolar. Entre essas estão os programas e projetos:

- *Programa Integração da AABB Comunidade*: criado em 1998 pela Prefeitura, Secretaria de Educação, Fundação Banco do Brasil, FENABB e o Banco do Brasil agência local, possuindo como objetivo contribuir para a inclusão social, a não repetência e a permanência de crianças e adolescentes na escola, integrando família, escola e comunidade. Este programa é considerado o maior projeto do Brasil, destacando-se pela qualidade, quantidade de alunos e número de oficinas

desenvolvidas (PREFEITURA..., 2015). Anualmente recebe em torno de 657 crianças e adolescentes em turno inverso à escola, onde têm a oportunidade de participar de oficinas que envolvem atividades culturais, esportivas, iniciação ao trabalho e profissionalizantes. São ofertadas as seguintes oficinas: mini confeitaria, culinária, artes, artesanato (bijuterias, biscoito, pintura em tecido, pintura em tela, crochê, mosaico), salão de beleza (manicure, pedicure, maquiagem artística e maquiagem), música, dança, teatro, xadrez, marcenaria, futsal misto, handebol misto, voleibol misto, karatê, ginástica acrobática e rítmica, campeira e informática (FEDERAÇÃO, s/d).

- *Associação Shobu-kan de Karatê*: fundada em dezembro de 1988 pelo professor Juarez da Silva. Em seus anos de trabalhos educacionais no município de Marau já conquistou muitos títulos estaduais, nacionais e internacionais. Liderando o ranking gaúcho desde o ano de 2000, passou a ser considerado o polo mais importante de karatê do Sul brasileiro. A Associação Shobu-kan é um projeto do governo municipal, Secretaria de Esporte, Cultura e Lazer e do Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino (IESTA). Além disso, é uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Fundação Banco do Brasil, com a qual organiza uma oficina de karatê que atende crianças no Projeto AABB Comunidade (PREFEITURA..., 2018).

- *Projeto Bombeiro Mirim*: criado no ano de 2001 com o lema: “Prevenir, Combater, Salvar e Educar”. Tem o objetivo de proporcionar conhecimento teórico e prático aos Bombeiros Mirins sobre prevenção de acidentes domésticos e incêndios, combate a incêndios e primeiros socorros, bem como inculcar nas crianças valores sociais como convivência comunitária, espírito voluntariado, ética, disciplina e respeito ao meio ambiente, lhes permitindo uma visão de mundo de acordo com as responsabilidades sociais que se exige de cada cidadão. O projeto estende-se dos meses de março a dezembro de cada ano. A presença é cobrada como forma de inculcar nas crianças os valores de responsabilidade e disciplina (PREFEITURA..., 2015).

- *Projeto Brigada Militar Mirim*: iniciou suas atividades em 2010, com o lema “Em Defesa da Cidadania”. Objetiva inserir as crianças no convívio social da comunidade, como um instrumento de apoio ao cidadão, na orientação, prevenção e disciplina, proporcionando, ao mesmo tempo, uma visão de que são integrantes importantes na sociedade (PREFEITURA..., 2015).

- *Grupo Escoteiro Cacique Marau*: está registrado na União dos Escoteiros do Brasil (U.E.B.) sob o nº 125 - Região do Rio Grande do Sul, tendo sido criado em 23 de abril de 1977, em comemoração ao dia do escoteiro. O Grupo contribuiu com a educação e formação de muitos jovens marauenses, que hoje atuam nos mais diversos setores da comunidade. O grupo,

que tem sua sede localizada no Parque Municipal Lauro Riciéri Bortolon, participa de atividades, campanhas e serviços na comunidade marauense ou em outros municípios da região e do estado. Conta com uma estrutura de atendimento de crianças e jovens dos 6,5 aos 18 anos (PREFEITURA..., 2015).

- *Biblioteca Pública Municipal:* criada em 1960, seu acervo contém aproximadamente 15 mil obras. Está localizada no subsolo da Casa da Cultura, junto à Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Lazer, no centro do município de Marau (PREFEITURA..., 2015).

1.7.5. Educação profissionalizante

Tendo em vista que após a conclusão do ensino básico a profissionalização é o caminho de muitos jovens e adultos, Marau proporciona aprendizagem através de ensino teórico e prático para futuras profissões a serem seguidas pelos estudantes.

São instituições de educação profissionalizante em Marau: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI; Serviço Social da Indústria - SESI; Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC; Serviço Social do Comércio - SESC; projeto AABB Comunidade; sindicatos; Secretaria Municipal de Assistência Social, que oferece cursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (PRONATEC); e Escola QI, uma escola profissionalizante, técnica e de pós-graduação, que atua no mercado de trabalho há 25 anos (PREFEITURA..., 2015).

1.7.6. Educação especial

Considerando que todas as diferenças humanas são normais e que o ensino deve adequar-se às necessidades de cada pessoa, a educação especial de Marau busca incluir tais necessidades de forma a educar crianças, jovens e pais. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), mantenedora da escola de Educação Especial Amor e Vida, foi fundada como instituição em 1979 por iniciativa do LIONS Clube, com apoio do poder público e da comunidade. A motivação se deu pela necessidade de oferecer atendimento em Marau a quem necessitava, uma vez que alguns alunos precisavam frequentar a APAE de Passo Fundo. Após

muito trabalho e dedicação, o prédio foi concluído e a escola equipada, iniciando suas atividades em abril de 1987 com nove alunos. Desde então, a escola tem buscado atender as pessoas com deficiência intelectual e múltiplas, bem como alunos que apresentam espectro autista (ASSOCIAÇÃO..., 2018a).

Atualmente a escola atende não somente alunos do município de Marau, mas, também, de Nicolau Vergueiro, Vila Maria, Camargo e Nova Alvorada, totalizando 149 alunos. Tem por objetivo oferecer atendimento educacional especializado a crianças desde os primeiros meses de vida até a idade adulta, iniciando com o atendimento de estimulação essencial. A organização curricular na área pedagógica compreende: educação infantil, educação fundamental e preparação para o trabalho (ASSOCIAÇÃO..., 2018a).

Para o desenvolvimento desta proposta, a Escola de Educação Especial Amor e Vida conta com a colaboração de 20 professores, 11 técnicos (psicóloga, assistente social, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e neurologista), direção e equipe de apoio com seis profissionais. Esses profissionais oferecem, na área de reabilitação, atendimento clínico através de sua equipe multidisciplinar nas áreas de neurologia, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social. Através dos profissionais técnicos são oferecidos os atendimentos de equoterapia, estimulação precoce e metodologia Snoezelen/MSE (ASSOCIAÇÃO..., 2018b).

Marau atende todos os alunos encaminhados pela APAE, além de realizar salas de Atendimento Especial Especializado (AEE) e atendimento especializado para cegos e pacientes com baixa visão, disponibilizando intérprete de Libras. O município também oferece transporte gratuito aos que necessitam de atendimento na instituição. Entretanto, o grande desafio a ser enfrentado é operacionalizar o plano político pedagógico de inclusão escolar, de modo que todos os alunos possam aprender numa escola de qualidade de forma integrada (PREFEITURA..., 2015).

O município ainda conta com a Associação Marauense da Pessoa com Deficiência (AMPD), que foi fundada em 2012 com o lema: “Nada sobre nós, sem nós”. Esta associação tem a missão de promover condições e oportunidades de encontro e organização das pessoas com deficiência, bem como seus familiares, voluntários e colaboradores, desenvolvendo ações, serviços, programas e projetos para garantir os direitos dos pacientes com alguma deficiência nas áreas de saúde, educação e assistência social. É considerada uma organização de referência na

área da Pessoa com Deficiência, atuando para o desenvolvimento integral do sujeito e contribuindo para a transformação social. Assume como valores ética, transparência, honestidade, participação, inclusão, defesa do direito, respeito, confiança, justiça, igualdade, protagonismo e amor (PREFEITURA..., 2015).

1.8.SISTEMA E REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

1.8.1. Histórico da saúde

Uma das primeiras ações em saúde realizadas no município de Marau foi a inauguração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no dia 11 de maio de 1988. Através da SMS é realizada a gestão das atuais doze Unidades de Saúde da Família, um posto de especialidades médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressalta-se que, embora a criação do Programa Saúde da Família (PSF) tenha ocorrido ainda em 1993 (ROSA; LABATE, 2005), a implantação da primeira unidade ocorreu apenas em 2002. Conhecida hoje como Estratégia Saúde da Família, foi gradativamente ampliada até abranger 100% da população marauense, em 2013 (SILVA, 2012).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) iniciou sua atuação em 1991, com o intuito de acompanhar e fiscalizar a criação do Plano Municipal de Saúde (PMS), premissa para recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Dentre as funções, descritas na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o CMS deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, assegurando a que seja feita a correta distribuição dos recursos financeiros repassados para a gestão (BRASIL, 1990a).

Outro movimento importante iniciou-se em 2012, quando houve a descentralização do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com sede em Porto Alegre, e iniciou-se em Marau o programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Em 2013, deu-se início as atividades da primeira turma de residentes, desenvolvidas inicialmente na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta substituída pela ESF SJO. A partir de agosto de 2015 a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, passou a assumir a coordenação da Residência, através da Portaria nº 911/GR/UFGS/2015 (UNIVERSIDADE..., 2015). No momento, a instituição conta com onze residentes, acompanhados pelas profissionais preceptoras das respectivas áreas de formação.

1.8.2. Linha do tempo da saúde no município de Marau

1934: Chegada do primeiro médico, Dr. Elpídio Fialho e construção do hospital Providência.

1937: Inauguração do primeiro hospital.

1940: Inaugurada a primeira farmácia do município, a Farmácia da família Bergonsi, Santo Antônio, além da abertura do primeiro laboratório instalado no município.

1954: Emancipação do município.

1968: O atendimento aos pacientes se dava por meio de parteiras ou pelo setor privado.

1970: Construção do Hospital Cristo Redentor (HCR) e transferência do Hospital Providência.

1975: Criada a Sala de Vacinas e população passa a contar com atendimento do médico do Estado.

1978: Criação da Secretaria Municipal de Saúde.

1980: Ano em que houve alerta para a epidemia do HIV; substituição das parteiras por atendimento médico.

1985 – 1988: Criação da APAE.

1991: Criação do Conselho Municipal de Saúde.

1992: Concurso para admissão de profissionais da saúde.

1993: Início do atendimento da Farmácia Pública e criação do sindicato dos motoristas.

1996: Criação do Pronto de Atendimento Municipal (PAM) e troca da gestão municipal.

1997: Foram realizadas feiras de saúde no interior do município, com atendimento médico e odontológico.

1999: Contratação de nove profissionais pelo programa de Agentes Comunitários de Saúde.

2000: Primeira Conferência Municipal de Saúde.

2001: Mapeamento do município e início de atendimento com unidade móvel.

2002: Programa Saúde da Família (PSF) é instalado no bairro Fuga e abertura de edital para novo concurso público, além da criação do sindicato pró-saúde.

2003: PSF é instalado no Centro Social Urbano (CSU) e nos bairros Jardim do Sol, Santa Rita e Santa Lúcia, havendo atendimento garantido por médicos integrantes do PSF.

2004: Segunda Conferência Municipal de Saúde.

2005 – 2007: instalação do PAM no HCR e do CAPS, além da inauguração das ESF Central I, Central II e SJO. Neste período também foi aberto processo seletivo para contratação mais de Agentes Comunitários de Saúde.

2008: Alerta para a epidemia do crack, abertura de edital para novo concurso público, a fim de contratar profissionais para atuação nas ESF Planalto, Progresso Rural e Central III, classificando, assim, que cem por cento dos atendimentos públicos fornecidos aos munícipes pertencem ao programa ESF.

2009: Quarta Conferência Municipal de Saúde e unificação dos hospitais do município. Houve um surto de febre amarela.

2013: Quinta Conferência Municipal de Saúde; alcance de 100% de cobertura da população de Marau pelas 12 ESF instaladas no município; início das atividades da primeira turma de residentes, inicialmente instaladas na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta segunda, mais tarde, substituída pela ESF São José Operário.

2015: A Universidade Federal da Fronteira Sul, campus de Passo Fundo, assumiu a coordenação da Residência, através da portaria Nº 0911/GR/UFFS/2015.

2016: Inauguração do Hospital São Lucas, hospital-dia privado (antigo Hospital Providência).

2017: Sexta Conferência Municipal de Saúde (PREFEITURA..., 2015).

1.8.3. Características atuais da saúde no município

Conforme dados apresentados na Conferência Municipal de Saúde realizada em maio de 2017, todas as 12 ESF do município contam com computadores com acesso à internet e a um sistema informatizado que dispõe de prontuário eletrônico para todos os

usuários, onde é possível acompanhar a trajetória do paciente pela rede básica de saúde, permitindo cuidado continuado do mesmo (PREFEITURA..., 2017a).

Setenta e cinco por cento dos profissionais que atuam junto à saúde do município é concursado e os demais foram admitidos através do Processo Seletivo Simplificado (CLT). A partir do ano de 2016, a prefeitura de Marau atua ao lado de seus colaboradores incentivando a capacitação dos mesmos através da criação do plano de carreira (PREFEITURA..., 2017a).

Para compor as equipes que atuam nas ESF, o município assegurou a contratação de seis profissionais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e quatro médicos especialistas em medicina da família e comunidade (PREFEITURA..., 2017a).

As ESF de Marau realizam as seguintes atividades:

“Consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; visitas domiciliares; atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, hipertensos e diabéticos, entre outros); imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento de HIPERDIA; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte.” (PREFEITURA..., 2017a, p. 9).

Durante o horário de expediente das ESF, também há atuação de uma equipe de apoio, localizada junto à Secretaria Municipal de Saúde, na UBS Especialidades. Os profissionais disponíveis são pediatras, ginecologistas e obstetras e clínicos gerais. O médico clínico geral atende às demandas agudas excedentes das ESF durante os períodos diurnos após encaminhamento pelas ESF. Para as especialidades, o encaminhamento também é necessário. Nesse mesmo espaço atuam clínicos gerais e pediatras em horário estendido (das 18 às 22h), garantindo atendimento à população nos horários em que as ESF encontram-se fechadas, atendendo às demandas agudas (PREFEITURA..., 2017a).

Marau dispõe de alguns profissionais contratados para atuação no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo estes: dois psicólogos, um médico psiquiatra e uma farmacêutica. Entretanto nenhum desses profissionais desempenha ações designadas ao NASF; todos estão lotados em outras funções. Até pouco tempo integrava esta equipe uma nutricionista, que prestava atendimentos individuais e em grupos em todas as ESF do município, realizando as

atividades previstas para sua função em uma equipe de NASF (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018). Até o momento, não há previsão de contratação de outro nutricionista.

A prefeitura assegura a contratação, via concurso público, de quatro farmacêuticas; há quatro atendentes e dois auxiliares administrativos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018) e quatro farmacêuticas residentes através de convênio com a Residência Multiprofissional da UFFS. Ao todo atendem cerca de 350 usuários por dia. A rede de assistência farmacêutica conta com 215 medicamentos que compõem a lista básica da farmácia municipal. Apesar de haver uma lista de medicamentos disponíveis para acesso à população, não se constitui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), pela inexistência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e de aprovação da inclusão dos medicamentos por esta. Além disso, a lista de medicamentos não é disponibilizada de forma online para a população; para acesso às informações, é necessário que se desloquem a uma das farmácias do município.

Dentre os profissionais de saúde do município, a tabela 3 mostra o número de atendimentos realizados no mês de abril de 2017.

Tabela 3 - Número de atendimentos realizados pelos diferentes profissionais no município de Marau no mês de abril de 2017

Núcleo profissional	Atendimentos em abril/2017
Médicos das ESF	6.320
Ginecologista	362
Pediatra	298
Saúde Mental	51
Psicólogas	391

Enfermeiras	1.664
Técnicos de Enfermagem	2.439
Dentista	520
Apoio	339
Horário estendido	341

Fonte: PREFEITURA..., 2017a

Em Marau há 789,98 habitantes por médico, o que é superior às médias estadual (475,65 habitantes por médico) e federal (552,40 habitantes por médico) (TRIBUNAL..., 2010). As visitas domiciliares são feitas pelos profissionais, em média 0,45 vezes por mês para cada família no município de Marau, média superior ao estado do Rio Grande do Sul (0,19), porém inferior à encontrada no país (0,48) (TRIBUNAL..., 2007).

Com a atuação dos profissionais, a expectativa de vida ao nascer no ano de 2010 era de 76,44 anos no município de Marau, sendo superior à média estadual, de 75,42 anos (TRIBUNAL..., 2010). Além disso, a mortalidade infantil em 2012 era de 12,35 crianças para cada 1.000 habitantes em Marau, com valor superior ao estado, que possuía média de 11,11 crianças para cada 1.000 habitantes (TRIBUNAL..., 2012).

A saúde do município recebe o apoio do Hospital Cristo Redentor (HCR), onde há leitos destinados aos usuários do SUS, encaminhados a partir das ESF (HOSPITAL CRISTO REDENTOR, 2018). O Hospital Providência também contribui com a saúde da população marauense, apesar de que somente por meios privados, não dispondo de atendimentos através do SUS. Marau possuía 300,32 habitantes por leito hospitalar em 2010, número inferior ao apresentado pelo estado (351,66) e pelo país (411,81) (TRIBUNAL..., 2010).

A prefeitura assegura vinte e três veículos para situações de emergência e para atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para com o seu território. Dentre estes veículos estão cinco ambulâncias e dois Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro micro-ônibus, uma unidade móvel e 12 carros (PREFEITURA..., 2017a). Vinte e dois motoristas são contratados para atender às necessidades da SMS (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018). Através desses

serviços foram realizados 2.947 transportes para Passo Fundo, 251 transportes para Porto Alegre, 20 transportes para outros municípios, 1.938 transportes para consultas e exames, 242 transportes para realização de radioterapias, quimioterapias e hemodiálise e 767 atendimentos por ambulâncias somente no mês de abril de 2017 (PREFEITURA..., 2017a).

Alguns programas são desenvolvidos em conjunto entre a prefeitura municipal e a gestão em saúde. O Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem por objetivo principal garantir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, assegurando um padrão de qualidade com maior transparência e efetividade das ações direcionadas à atenção básica de saúde. Em Marau, sete das 12 ESF estão vinculadas ao programa (PREFEITURA..., 2017a).

A Rede Cegonha é outro programa desenvolvido no município, que permite o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. Através deste é possível promover a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, tendo como lemas e objetivos, “gestante não peregrina” e “vaga sempre para gestantes e bebês”. Além disso, visa garantir a realização de um parto seguro, através de boas práticas de atenção, como por exemplo, a permissão de um acompanhante durante o momento do parto, sendo de livre escolha da gestante e, após o nascimento, é assegurado o acompanhamento da criança do zero aos 24 meses de vida, com qualidade e resolutividade (PREFEITURA..., 2017a).

O Programa Criança Feliz foi implantado em fevereiro de 2017 em substituição ao Programa Primeira Infância Melhor. Objetiva orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade (PREFEITURA..., 2017a).

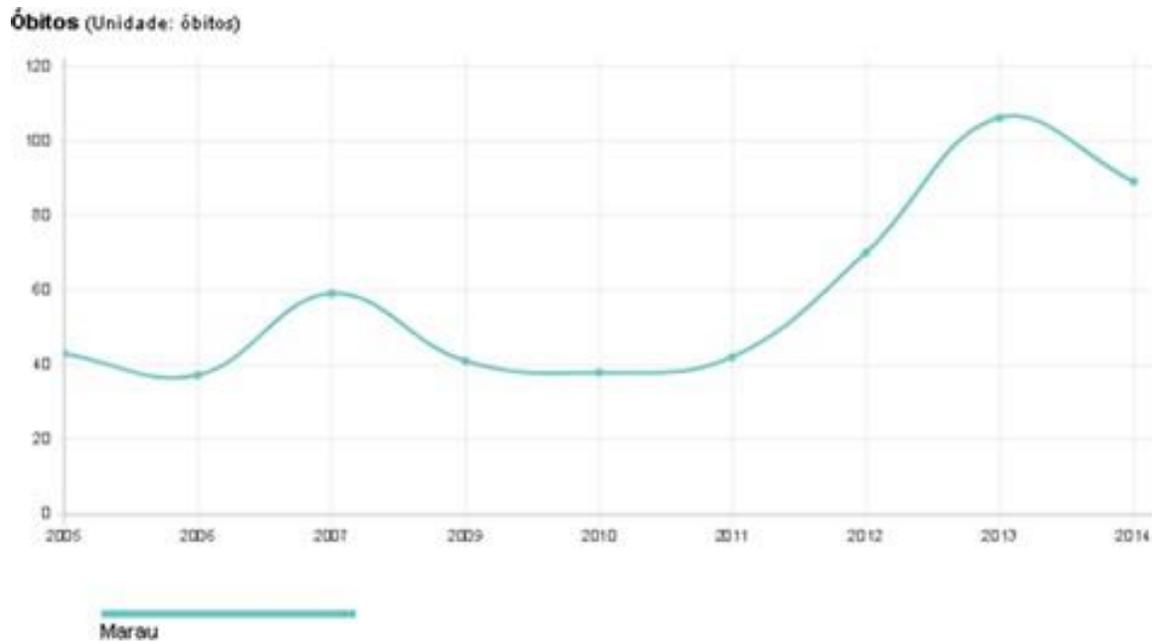
Conforme dados disponibilizados pelo IBGE (2014), com base em informações do Ministério da Saúde e do DATASUS, é possível analisar o número total de óbitos ocorridos tanto em pacientes do sexo masculino quanto do feminino, assim como as diferentes causas expressas (tabela 4). Além disso, é possível acompanhar a taxa de mortalidade no município de Marau através dos anos (gráfico 4).

Tabela 4 - Número de óbitos pelas diferentes causas entre mulheres e homens no ano de 2014 no município de Marau

Causas	Mulheres	Homens
Doenças do aparelho circulatório	7 óbitos	9 óbitos
Doenças do aparelho digestivo	2 óbitos	4 óbitos
Doenças do aparelho geniturinário	2 óbitos	3 óbitos
Doenças do aparelho respiratório	12 óbitos	9 óbitos
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	0 óbitos	0 óbitos
Doenças originadas no período perinatal	0 óbitos	3 óbitos
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	1 óbito	0 óbitos
Doenças relacionadas ao sangue	1 óbito	0 óbitos
Doenças infecciosas e parasitárias	5 óbitos	6 óbitos
Óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério	0 óbitos	0 óbitos
Óbitos por lesões ou envenenamentos	3 óbitos	0 óbitos
Óbitos por malformações ou anomalias cromossômicas	0 óbitos	1 óbito
Neoplasias e tumores	10 óbitos	10 óbitos
Óbitos por transtornos mentais e comportamentais	0 óbitos	0 óbitos
Dados Gerais	43 óbitos	46 óbitos

Fonte: INSTITUTO..., 2014

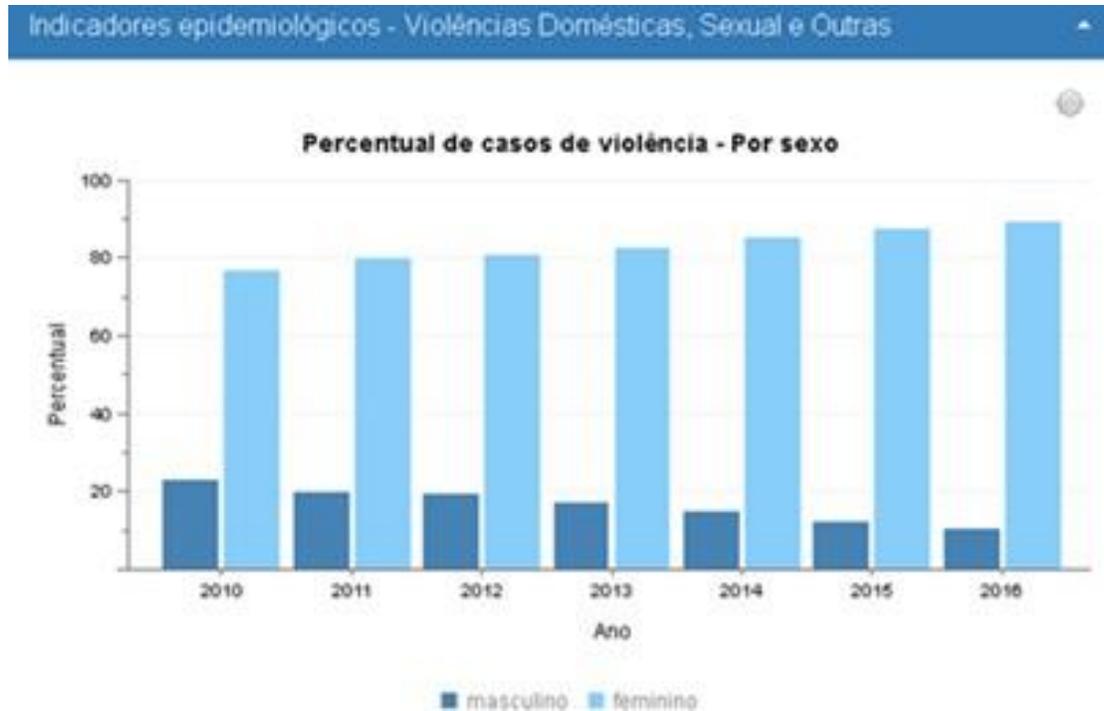
Gráfico 4 - Taxa de mortalidade no município de Marau entre os anos de 2005 e 2014



Fonte: INSTITUTO..., 2014

Segundo dados obtidos pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (BRASIL, 2017d) alguns indicadores epidemiológicos registrados no município de Marau podem ser adicionados aos demais parâmetros já mencionados. O primeiro indicador a ser analisado é o índice de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência, sofridas tanto pelo sexo masculino quanto pelo feminino. Os dados mostram que o sexo feminino é o mais afetado (gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual de violência doméstica, sexual ou de outros tipos sofridas pelo sexo masculino e feminino no município de Marau entre os anos de 2010 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

Como consequência do primeiro indicador, o SINAN apresenta também a distribuição da violência conforme a faixa etária, demonstrando que as pessoas com idade entre 20 e 59 anos são as mais afetadas (gráfico 6).

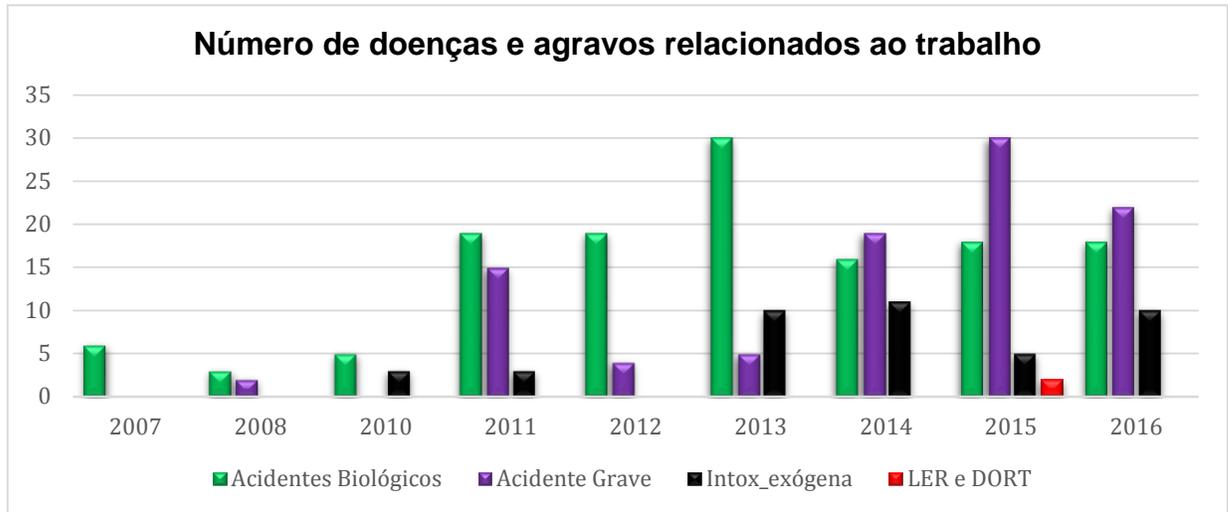
Gráfico 6 - Percentual de casos de violência por faixa etária no município de Marau entre os anos de 2010 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

Outro indicador revela dados sobre a saúde do trabalhador marauense, apresentando o número de doenças e agravos relacionados ao trabalho, tais como a taxa de acidentes biológicos, de acidentes graves, de lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e de intoxicação exógena. Dentre estes fatores, os que se destacaram e se mostraram elevados foram os acidentes biológicos e graves e os quadros de intoxicação exógena (gráfico 7).

Gráfico 7 - Número de doenças e agravos relacionados ao trabalho no município de Marau entre os anos de 2007 e 2016



Fonte: BRASIL, 2017d

1.8.4. GESTÃO EM SAÚDE

1.8.4.1. Investimentos em saúde

Os investimentos feitos no município envolvem diversas áreas. No primeiro bimestre do corrente ano, os investimentos da Prefeitura Municipal de Marau são os mostrados na tabela 5.

Tabela 5 - Despesas gerais do município de Marau no primeiro bimestre do ano de 2018

Órgão e Unidade Orçamentária	Dotação Autorizada	Empenhado	Liquidado	Pago
2-GABINETE DO PREFEITO	2.783.900,00	993.846,75	513.884,39	397.103,04
3-SECR. MUN. ADMINISTRAÇÃO	6.049.594,23	2.212.179,10	947.509,15	695.871,88
4-SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCACAO	45.680.724,16	12.624.095,46	6.502.080,30	5.294.041,12
5-SEC MUNIC CIDADE, SEGURANÇA E TRANSITO	17.956.252,63	6.928.386,70	2.630.533,34	1.818.896,51
6-SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE	28.501.979,79	9.769.238,84	5.173.289,34	3.897.847,70
7-SECR MUN DA AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL	7.624.000,00	1.770.841,88	740.476,53	569.009,87
8-SECR. DE DESENV. ECONÔMICO, TURISMO E MEIO AMBIENTE	2.465.520,11	646.349,06	257.420,39	206.376,57
9-SECR MUN DA FAZENDA	1.441.000,00	303.638,45	206.858,45	170.531,59
10-SECR. MUN. DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL	2.972.764,80	849.527,58	401.287,22	285.777,30
11-SECR. MUN. CULTURA ESPORTE E LAZER	1.924.465,77	843.819,52	499.577,88	405.414,37
12-SECR. MUN. HABITAÇÃO E REGULARIZAÇÃO FUNDIÁRIA	1.446.188,00	342.977,97	96.394,38	68.256,50
13-OPERAÇÕES ESPECIAIS	5.389.829,74	1.487.939,68	552.076,13	456.324,71
Total	124.236.219,23	38.772.840,99	18.521.387,50	14.265.451,16

Fonte: TRIBUNAL..., 2018

Os investimentos feitos na área da saúde nesse período corresponderam a 27,9% do total (TRIBUNAL..., 2018), os quais foram divididos entre os investimentos descritos na tabela 6.

Tabela 6 - Despesas em saúde do município de Marau no primeiro bimestre do ano de 2018

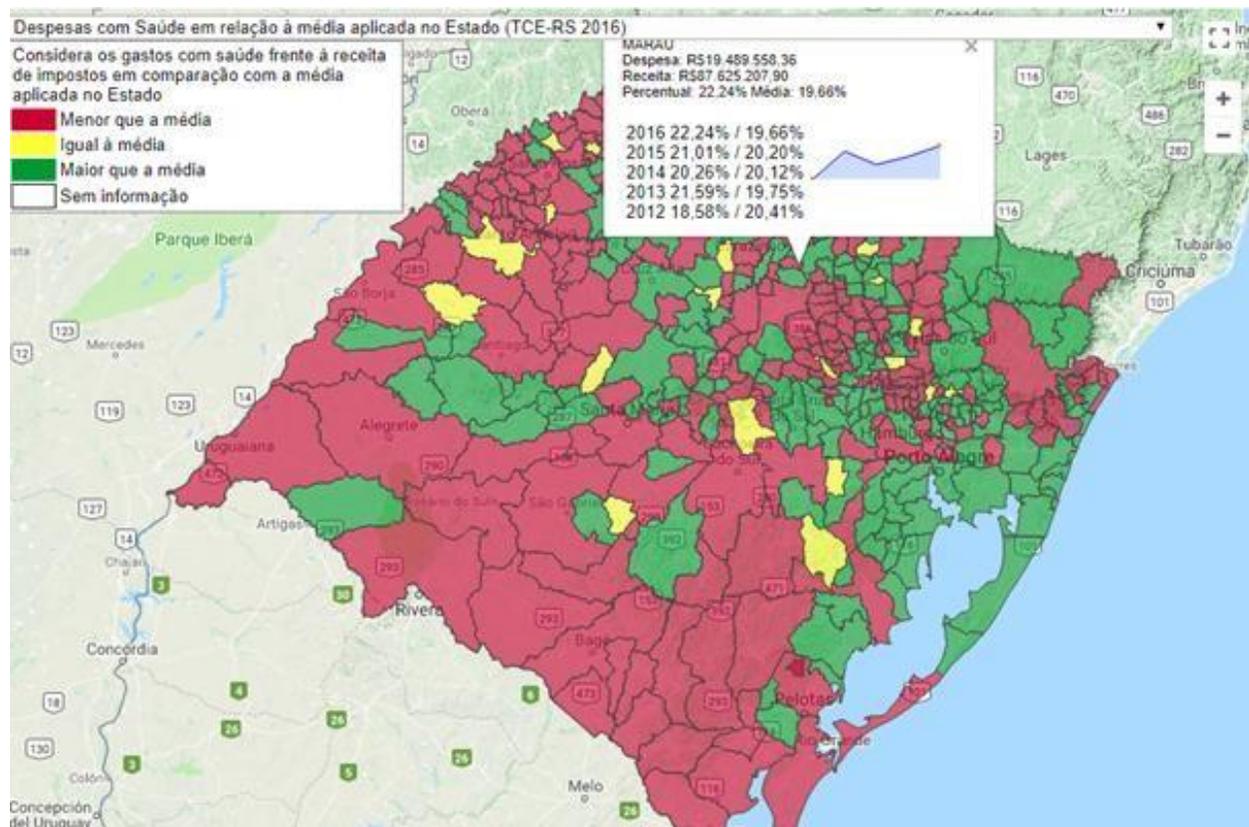
Programa	Código	Valor Liquidado	%
Atenção Básica a Saúde	114	2.284.483,77	44,16
Saúde de Média e Alta Complexidade	115	1.730.940,22	33,46
Gestão Municipal da Saúde	4	994.559,41	19,22
Assistência Farmacêutica	116	86.391,58	1,67
Vigilância em Saúde	117	76.914,36	1,49
		5.173.289,34	100,00

Fonte: TRIBUNAL..., 2018

Através desses dados é possível perceber que a área da saúde é privilegiada quanto aos investimentos feitos no município, já que este investe percentual muito além do mínimo exigido pela legislação. Além disso, percebe-se que a atenção básica é o setor que mais recebe investimentos da Prefeitura Municipal de Marau.

Marau é um dos muitos municípios que investiu maior porcentagem dos recursos na área da saúde do que a média geral do estado no ano de 2016, como pode ser visto na figura 3 abaixo, através de comparação entre os investimentos feitos com os demais municípios e com o estado do Rio Grande do Sul.

Figura 3 - Despesas com saúde no município de Marau/RS em relação à média aplicada no Estado em 2016



Fonte: TRIBUNAL..., 2016

1.8.5. Sistemas de informação em saúde

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008a).

A Secretaria Municipal de Saúde de Marau utiliza diversos sistemas de informação, os quais foram desenvolvidos pelo DATASUS, como: Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS) (DEPARTAMENTO..., 2018a); Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2015); Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI (BRASIL, 2008a); Sistema de Informações do Câncer – SISCAN (BRASIL, 2017c); Sistema de Informações de Pré-natal – SISPRENATAL (BRASIL, 2008d); Sistema de Informação de Regulação – SISREG (BRASIL, 2015); Sistema de Informações Hospitalares – SIH (BRASIL, 2015); Sistema de Informações Ambulatorial – SIA (BRASIL, 2015); Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (DEPARTAMENTO..., 2018b); Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas – SIVEP DDA (BRASIL, 2006b); Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral – SISCEL (BRASIL, s/d); Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST/RS (BRASIL, 2015); Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD (BRASIL, 2018b); Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL (BRASIL, 2008b); Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue – SISFAD (BRASIL, 2015). Para o dia-a-dia, a secretaria de saúde utiliza um sistema informatizado terceirizado, chamado Gestão Municipal de Saúde (G-mus), que pode integrar todos os atendimentos em saúde, incluindo os serviços de farmácia, imunizações, vigilância sanitária, ouvidoria e controle de frotas (GESTÃO..., 2018). Somente alguns dos módulos foram adquiridos pela prefeitura municipal, estando disponíveis para uso pelos profissionais de saúde.

O sistema informatizado utilizado faz a transferência automática de dados para o E-SUS através do preenchimento de alguns campos após cada atendimento. Entretanto as informações adicionadas nem sempre conseguem ser resgatadas através de relatórios obtidos pelo sistema. O manual do sistema informatizado enviado pela secretaria de saúde aos profissionais é incompleto, pois não explica como obter os relatórios desejados, por exemplo.

Entre as dificuldades encontradas com o sistema informatizado utilizado encontram-se: lentidão do sistema; queda frequente na internet, impossibilitando o uso; apresentação de páginas não intuitivas; bloqueio do acesso de informações adicionadas por diferentes profissionais; dificuldade de acesso de informações adicionadas em outros pontos da rede (demais ESF, farmácias, etc.); mudança repentina das formas de incluir informações, gerando dúvidas entre os profissionais; falta de objetividade do sistema.

Apesar das dificuldades, o sistema permite realizar todas as ações rotineiras, mantendo prontuários e diversas informações sobre a saúde dos pacientes de forma eletrônica, permitindo a economia de materiais e de espaço físico para o armazenamento de arquivos. Ainda são usados papéis para todas as consultas realizadas, onde o paciente assina sua presença. Após a consulta, este fica armazenado na ESF.

Os sistemas informatizados foram implementados no ano de 2014 no município, o que significa que os prontuários físicos de todos os pacientes ainda estão armazenados nas ESF. Esses não são transferidos para almoxarifado da prefeitura por falta de espaço.

1.8.6. Sistema municipal de vigilância em saúde

São desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visam à integralidade do cuidado e estão inseridos na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004).

Conta com um ambulatório para pacientes com Hepatite B e C (devido à alta prevalência dessas doenças no município), além de ter na equipe um médico gastroenterologista.

- Vigilância Epidemiológica

O Programa de Vigilância Epidemiológica tem como objetivo “realizar o monitoramento, avaliação e controle das ações em saúde, bem como colaborar para prevenção das doenças imunopreveníveis e de seus agravos” (PREFEITURA..., 2017b).

Através da vigilância epidemiológica, o município de Marau faz a notificação das doenças e agravos previstos nas legislações vigentes, incluindo busca ativa, investigação de casos, bloqueios vacinais, coletas de exames laboratoriais, capacitação de pessoal e avaliação. Para operacionalizar tais ações, utiliza-se do SINAN e de formulários padronizados, sendo estes: Ficha Individual de Notificação (FIN) e Ficha Individual de Investigação (FII), específica para cada agravo. A digitação das notificações e transmissão dos dados para o Ministério da Saúde é feita pela equipe da vigilância epidemiológica, localizada na Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA..., 2017b).

As ações desenvolvidas pela Vigilância epidemiológica no município estão listadas a seguir:

- “- Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospitais, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- Monitoramento das doenças diarréicas agudas;
- Notificação e investigação dos surtos alimentares;
- Notificação dos agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- Manutenção da alta cobertura vacinal para vacinas do calendário básico para menores de 1 ano em conjunto com as equipes de saúde da família;
- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- Coordenação e execução de ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- Notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- Monitoramento através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- Divulgação das informações e análises epidemiológicas e execução de ações educativas de abrangência municipal;

- Medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- Notificação de eventos adversos pós-vacinação” (PREFEITURA..., 2017b, p. 32).

O programa de imunizações do município segue as normas e diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo realizado em parceria com as ESF e os demais programas adotados no município. São recebidos recursos da instância federal para promover “altas coberturas vacinais, aquisição de material e insumos, para adequar as salas de vacina conforme exigência do programa e organizar a rede de frios” (PREFEITURA..., 2017b, p.33).

- Vigilância sanitária

As ações dividem-se entre alimentos, qualidade da água e controle de estabelecimentos de interesse à saúde, estando listadas abaixo:

- Área de Alimentos:

Ações realizadas pela vigilância sanitária na área de alimentos:

- “- Participação em treinamentos realizados pela 6ª CRS;
- Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
- Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
- Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
- Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência;
- Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
- Notificação e atendimento de surtos alimentares” (PREFEITURA..., 2017b, p. 33).

- Vigilância da Qualidade da água

Para a verificação da qualidade da água no município de Marau, realiza-se a “coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor” (PREFEITURA..., 2017b, p. 33).

- Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde

Para o controle de estabelecimentos de interesse à saúde, a vigilância sanitária realiza vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde e orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos (PREFEITURA..., 2017b).

- Vigilância ambiental

É um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde (BRASIL, 2004).

No município há o programa de controle da dengue. Marau é considerado infestado pelo mosquito *Aedes aegypti*, apesar de não apresentar mosquitos infectados com os diferentes vírus da dengue até o momento. Desta forma, é necessário dispor de um agente de combate a endemias para cada 800 a 1.000 imóveis para fazer o controle da situação (PREFEITURA..., 2017b).

As ações desenvolvidas são de prevenção, controle e monitoramento do vetor da dengue junto à comunidade para evitar o surgimento da doença. Há 36 pontos estratégicos, distribuídos em oito localidades, que são visitados quinzenalmente pelos agentes. Marau dispõe também de um Laboratório de Entomologia, onde analisam-se as larvas coletadas também em Camargo, Montauri, Nova Alvorada, Santo Antônio do Palma e Vila Maria (PREFEITURA..., 2017b).

A vigilância ambiental também se encarrega do controle de zoonoses do município (PREFEITURA..., 2017a).

- Vigilância em saúde do trabalhador

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) visa promover a saúde, bem como a redução da morbidade da população trabalhadora. Atua intervindo nos possíveis agravos e seus determinantes, relacionados ao meio de produção (BRASIL, 2014).

1.8.7. Atenção especializada

O Posto de Especialidades Médicas, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde, compreende os atendimentos de pediatria, ginecologia, obstetrícia e enfermagem. É composto pela seguinte equipe: dois pediatras, dois ginecologistas obstetras, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo, atuando 40h semanais (PREFEITURA..., 2017a).

Localizado junto ao Posto de Especialidades, há um médico clínico geral oferecendo apoio à demanda excedente das ESF, atuando, também, com carga horária de 40h semanais. Além disso, há atendimento com horário estendido das 18 às 22h, como mencionado anteriormente, contando com um clínico geral, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, os quais atuam por contrato de 20h semanais. Os demais atendimentos especializados necessários são referenciados a Passo Fundo e região por encaminhamentos (PREFEITURA..., 2017a).

Atualmente, o município também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), composto por uma equipe multidisciplinar que contempla uma psicóloga, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico psiquiatra, uma assistente social, um auxiliar administrativo, uma artesã e um cuidador. Para melhor atendimento dos usuários, nota-se a falta de um farmacêutico para compor a equipe. As atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos, grupo de apoio semanal para familiares, realização de oficinas terapêuticas, atendimentos individuais pelo médico, além do apoio dos profissionais de enfermagem e das psicólogas (PREFEITURA..., 2017a).

A Assistência Farmacêutica do município de Marau disponibiliza atendimentos e dispensação de medicamentos tanto através da rede de farmácia básica quanto pela farmácia do Estado. Os polos de atendimento do município estão localizados nas ESF SJO, ESF Planalto e Central III, ESF Santa Rita, ESF Progresso e Rural e ESF CSU. A farmácia de dispensação de medicamentos do Estado, na qual ocorre o fornecimento de medicamentos que compõe a Lista dos Medicamentos Especiais, encontra-se próxima à farmácia básica (PREFEITURA..., 2017a).

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado da ESF SJO. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011, instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, tendo por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas

corporais e atividade física e de lazer, contribuindo, assim, para modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). Entretanto nenhum profissional está disponível pela prefeitura para auxiliar a população na realização de atividades físicas com os aparelhos instalados (PREFEITURA..., 2017a).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social, que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social (PREFEITURA..., 2017a).

Já o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem por objetivo ofertar serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, o que pode ser classificado como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas ou mesmo cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto (PREFEITURA..., 2017a).

Sendo assim, o CRAS e o CREAS são centros de referência para que as unidades básicas do município possam referenciar e encaminhar pacientes que necessitam de apoio, atuando em Marau com profissionais capacitados para atender as demandas (PREFEITURA..., 2017a).

1.8.8. Urgência e emergência

O serviço de urgência, de acordo com a Resolução nº 1451/95 define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e como emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO..., 1995). No município de Marau, há dois meios de transporte, sendo um deles o corpo de bombeiros civis e o outro o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), este último contando com duas unidades móveis.

O SAMU atua há 7 anos em Marau. Está hoje com 10 profissionais, com atendimento durante 24 horas diárias, atende pacientes na residência, no local de trabalho ou na via pública através do telefone 192, chegando ao paciente onde quer que esteja e através de diferentes meios de socorro. A equipe presta atendimento já no local, salvando vidas e diminuindo a

possibilidade de sequelas. O programa oferece o direcionamento para o hospital SUS de estabilização mais próximo e adequado para a situação do paciente (PREFEITURA..., 2017a).

A referência é a Associação Hospitalar Beneficente de Marau, localizada no HCR, fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, composta por 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O HCR presta serviços de obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal, podendo promover atendimento também aos casos mais complexos e que necessitam de internação hospitalar, desde que estejam dentro da capacidade instalada do hospital (PREFEITURA..., 2017a).

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Hospital da Cidade (HC) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), todos localizados na cidade Passo Fundo, distante 33 km do município de Marau. Havendo necessidade de transporte para estas instituições a prefeitura municipal disponibiliza meios, como já mencionado anteriormente (PREFEITURA..., 2017a).

O HSVP é a referência para a realização de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, tendo este último como instituição de referência, também o setor de oncologia do HC. Também pode ser disponibilizado tratamento de braquiterapia, mas, neste caso, o deslocamento é feito até o município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema de Gestão e Regulação da Saúde (AGHOS) e SISREG (Passo Fundo) (PREFEITURA..., 2017a).

1.8.9. Atenção Básica

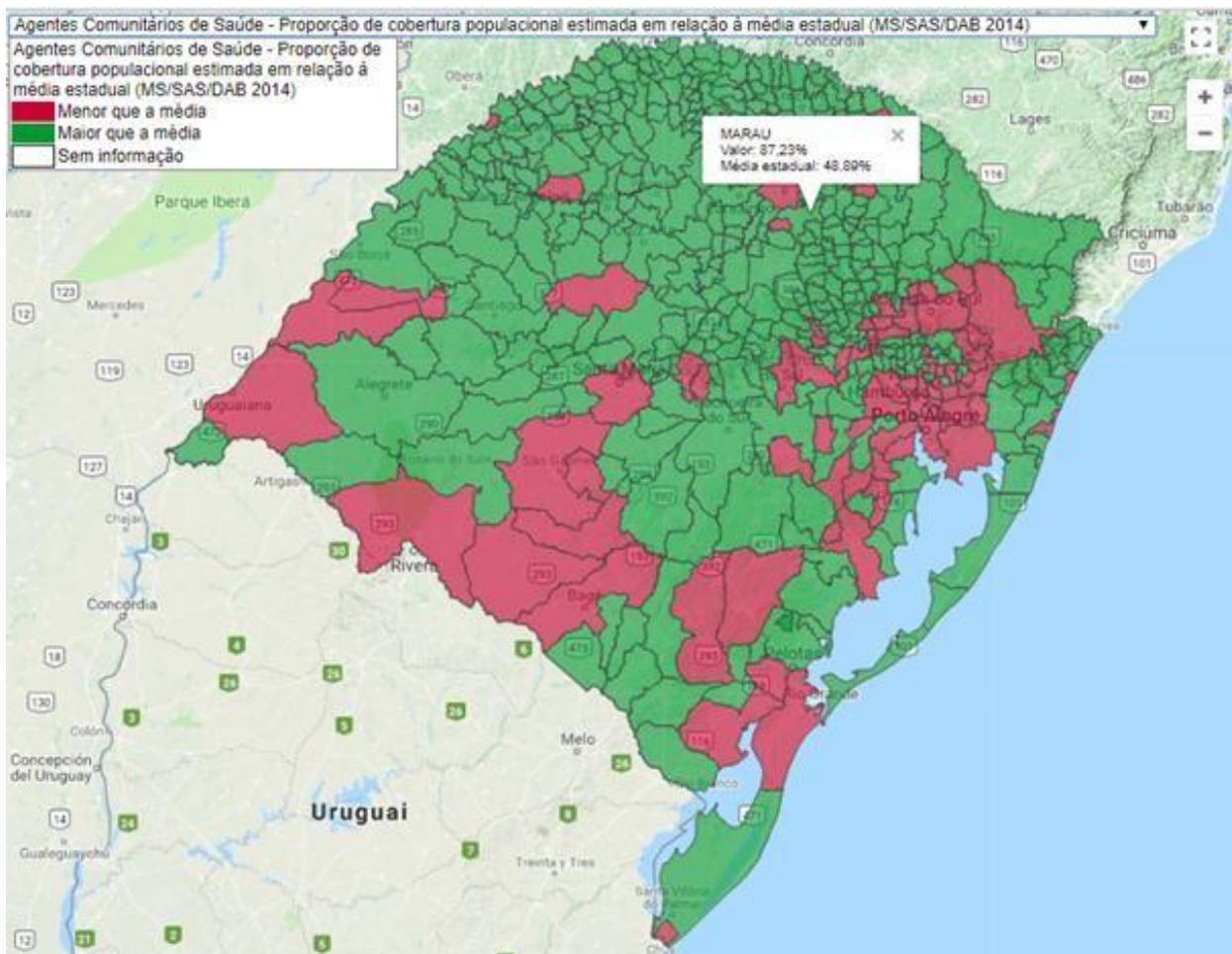
Toda a população marauense tem acesso garantido para atendimentos quando necessário em sua estratégia de abrangência ou mesmo nas redes de apoio disponibilizadas pela prefeitura, como já mencionado anteriormente. As equipes que atuam pela atenção básica realizam suas competências em diferentes setores, sendo eles as ESF, NASF, CAPS, CRAS e CREAS. Essas equipes são compostas no seu total pelos seguintes profissionais: 18 enfermeiras; 23 técnicos de enfermagem; 20 agentes de combate endemias; dois assistentes

sociais; oito dentistas; seis auxiliares de consultório dentário; oito psicólogas; 63 ACS; 27 médicos (11 concursados, seis contratados pelo PMM, cinco contratados para 40h semanais e cinco contratados para 20h semanais); e quatro farmacêuticas (PREFEITURA..., 2017a).

As ESF em funcionamento em Marau são: Central I e Central II, que compartilham o mesmo espaço físico, entretanto, trabalham com duas equipes distintas; ESF Santa Rita; ESF Planalto e Central III, que também compartilham o mesmo espaço físico com duas equipes distintas; ESF CSU; ESF Constante Fuga; ESF Santa Helena; ESF Progresso e Rural, os quais se encontram na mesma dependência física com equipes distintas; ESF Santa Lúcia; e ESF SJO (PREFEITURA..., 2017a).

No ano de 2014 a cobertura por ACS no município era de 87,23%, dado acima da média estadual, como pode ser visto na figura 4.

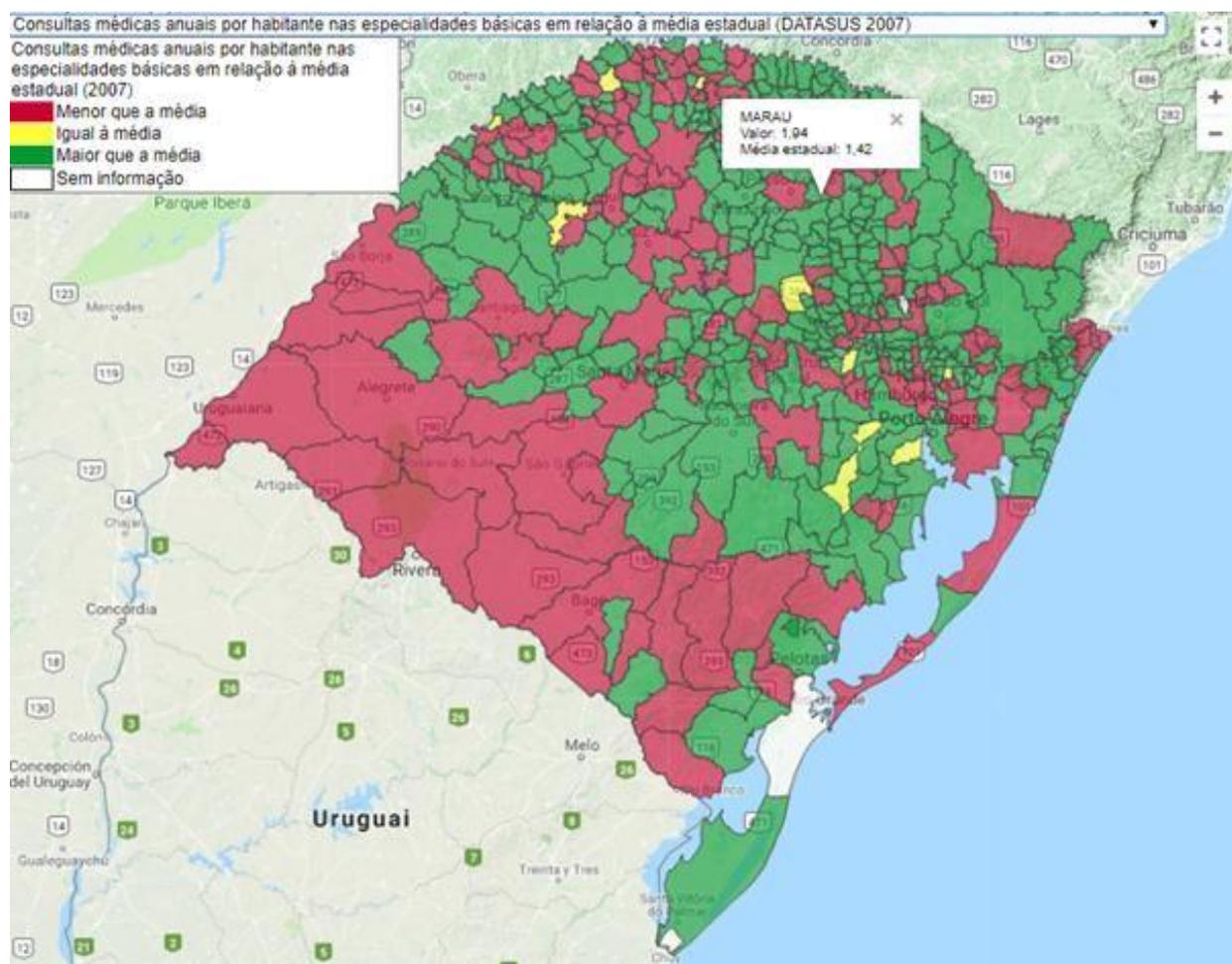
Figura 4 - Proporção e cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde no município de Marau em relação ao estado no ano de 2014



Fonte: TRIBUNAL..., 2014

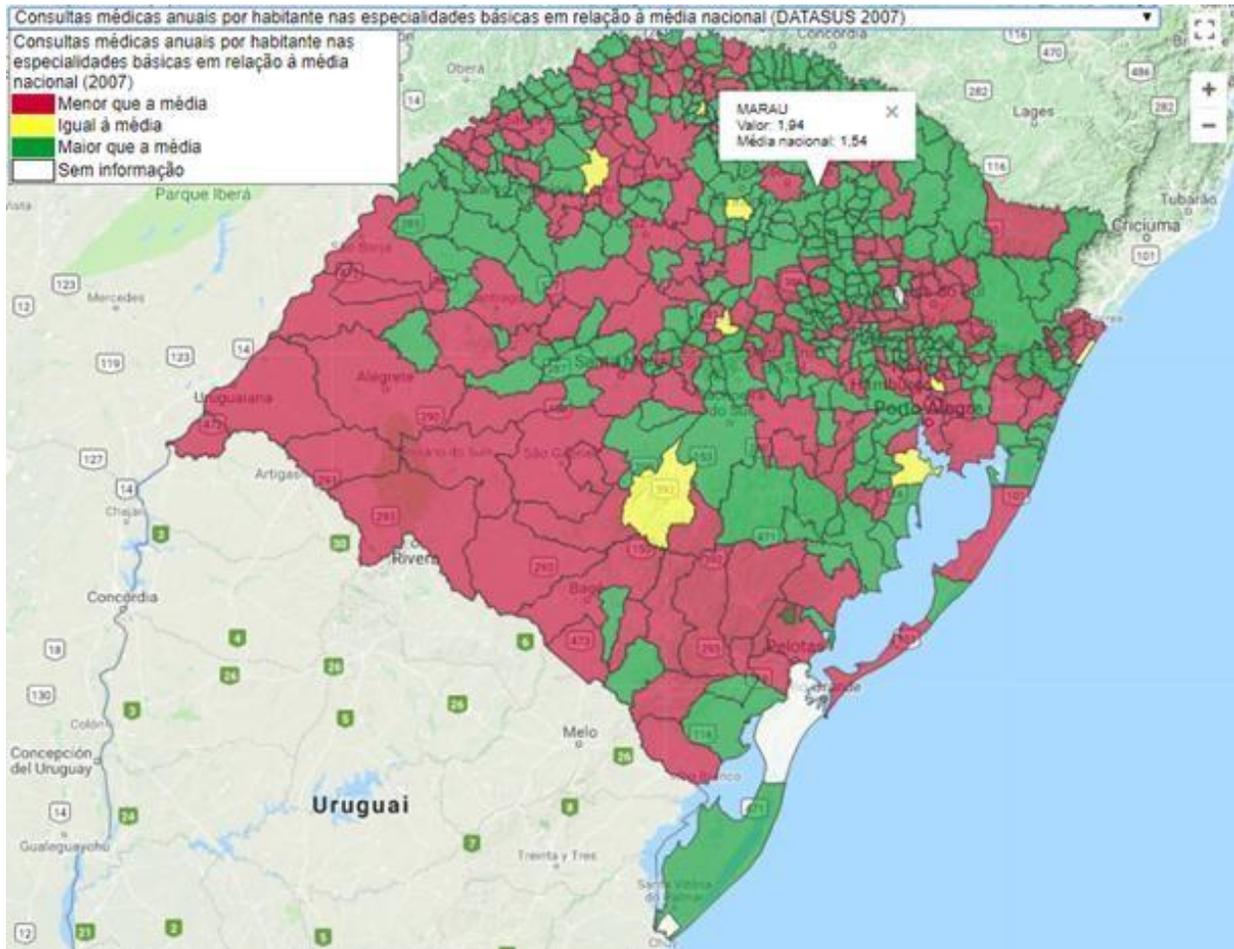
Quanto às consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas, Marau apresentou média superior às do estado e da nação, conforme pode ser visto nas figuras 5 e 6.

Figura 5 - Número de consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas no município de Marau em relação ao estado, no ano de 2007



Fonte: TRIBUNAL..., 2007

Figura 6 - Número de consultas médicas anuais por habitante nas especialidades básicas no município de Marau em relação ao país, no ano de 2007



Fonte: TRIBUNAL..., 2007

1.8.10. Esf São José Operário: campo de práticas em saúde

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006 na rua 21 de maio, 161, bairro São José Operário. Abrange a população dos bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa e Distrito Industrial/Loteamento Busnello. Em seu território há diversas empresas, sendo a Metasa a de maior porte. De menor porte há empresas metalúrgicas, padarias, mercados, entre outras, a maioria de propriedade de moradores do bairro.

Além disso, fazem parte do território a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, um centro recreativo do Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI), igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes. O território da ESF SJO também engloba o Distrito Industrial, espaço onde não poderia haver habitações, mas onde moram aproximadamente 80 pessoas.

Por meio da análise do território que contempla a ESF SJO realizada pelas ACS, a unidade atende a população de sete microáreas, duas localizadas no bairro São José Operário (microáreas 30 e 31), duas no Frei Adelar (27 e 28), além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa (microáreas 29, 67 e 68).

Estima-se pelo número de moradias que a população adstrita atinja cerca de

7.000 usuários, porém há 3.712 cadastrados. Essa diferença se deve à dificuldade no cadastro dos moradores. Primeiramente, há somente duas ACS concursadas trabalhando na ESF SJO, sendo as demais contratadas todos os anos via CLT, o que significa que são demitidas em dezembro e recontratadas no próximo ano, em momento oportuno. No ano de 2018 a equipe completou as vagas somente no final de maio, havendo a perda de muito tempo de atuação das profissionais no cadastro e atualização das informações do território adstrito. Outro fato importante é que muitos moradores dos bairros, principalmente do Nova Alternativa e Frei Adelar, são adultos jovens que trabalham durante todo o dia (horário de trabalho das ACS), o que dificulta encontrar alguém em casa para efetuar o cadastro. Em outras situações, alguns moradores negam fazer seu cadastro na ESF, pois alegam não utilizar os serviços. Ademais, os bairros adstritos à ESF são recentes e estão em constante expansão, com

construção de novas casas e prédios. Todas essas situações dificultam a atualização dos cadastros e a programação de ações específicas para essa população.

As atividades realizadas na ESF incluem: consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; assistência farmacêutica; acompanhamento de pacientes com HIV, IST, tuberculose, sífilis congênita; visitas domiciliares; imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; teste de gravidez; monitoração de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte; encaminhamentos intersetoriais; entre outros.

Além disso são oferecidas diferentes atividades coletivas com foco em promoção de saúde, englobando diferentes públicos em momentos distintos. Um dos grupos mais antigos é o de terapia-ocupacional Mãos de Fada, voltado para todos os públicos, mas com maior adesão de mulheres. Acontece todas as quintas-feiras, no turno da tarde, onde são desenvolvidas diferentes técnicas de artesanato, proporcionando um espaço de convívio e troca de experiências.

Outro grupo bastante procurado é o de atividade física, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras de manhã, das 8h às 9h. Aberto para toda a comunidade, além de servir como estímulo para a prática de atividades e como um espaço de encontros e trocas, são realizadas avaliações prévias das condições de saúde para execução da prática, com aferição da pressão arterial e glicemia capilar, quando necessário. Usa-se da academia da saúde e de materiais específicos para a prática. Em dias de frio e chuva a procura pelo grupo é menor, mas as atividades são mantidas, feitas no salão da comunidade.

O grupo “Cuidando de sua saúde”, realizado quinzenalmente nas quintas-feiras de manhã, das 9h às 10:30h, iniciou há mais de um ano com o intuito de integrar e promover o cuidado de usuários com histórico de hipertensão e diabetes. Atualmente, os participantes são em sua maioria homens, com idade superior a 60 anos, e os temas abordados circundam entre autocuidado e educação em saúde, promovendo a saúde destes.

Além desses grupos fixos, há outros com número de encontros pré- estabelecidos,

públicos específicos e programações mais pontuais, como o de cessação do tabagismo (que ocorre em cinco encontros durante dois meses) e o “Curso para gestantes” (dividido em encontros semanais, com duração de cerca de dois meses).

Mensalmente, são realizadas atividades na Escola Municipal Darwin Marosin, tanto com alunos quanto com professores, de acordo com o interesse e necessidades levantadas em conjunto (alunos, professores e direção e profissionais da ESF). Também, esporadicamente, são realizadas ações em outros espaços, como creches e empresas do território, bem como feiras de saúde e campanhas de conscientização, imunização ou prevenção e promoção de saúde. Em geral, todas essas atividades realizadas pela ESF são bem recebidas pela comunidade, em especial pelas crianças na escola.

Uma das dificuldades encontradas na ESF SJO quanto à realização de diferentes atividades, tanto no espaço físico da ESF quanto em outros locais, é a participação dos demais profissionais da equipe, apesar do apoio que fornecem. As ACS participam de todos os grupos ofertados, além de se disponibilizarem para muitas das atividades planejadas na ESF. Quanto aos demais profissionais, percebe-se a dificuldade do engajamento destes no planejamento e execução de atividades diferenciadas, ficando a maioria destas a cargo dos profissionais residentes.

Em toda primeira quarta-feira do mês ocorrem os encontros do Conselho Local de Saúde, espaço mantido para o controle social. São apresentadas as ações da ESF, discutem-se as necessidades da comunidade e formas de melhorar a qualidade de vida da mesma, entre outros temas de interesse comum. As pautas levantadas junto aos usuários são, posteriormente, levadas para a reunião do Conselho Municipal de Saúde, que ocorre na segunda terça-feira de todo mês e que possibilita a participação de representantes dos usuários, profissionais e gestores.

É importante ressaltar que este tipo de atividade é o que os usuários demonstram menor interesse e participação. Isto pode estar relacionado a inúmeros fatores, desde a falta de divulgação e conhecimento da importância deste espaço, até a indisponibilidade de tempo ou o receio da população de envolver-se com questões políticas. Comumente, ouve-se dos usuários relatos de descontentamento e de indignação, os mesmos não se sentem ouvidos, se sentem invisíveis e não tem suas demandas supridas. Diante disso e considerando a importância da participação popular para a efetivação da democracia, esse é o tema escolhido para o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, que será apresentada a seguir.

1.8.11. Estrutura e processos de trabalho

A PNAB (Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017) é norteadora para o funcionamento das ESF, orientando sobre a estrutura da unidade, quadro de profissionais, atribuições de cada núcleo profissional, entre outros aspectos importantes (BRASIL, 2017b). Com base nisso e observando o funcionamento da ESF SJO é possível enfatizar alguns elementos comparativos que serão descritos a seguir.

Quanto à estrutura física vê-se que, embora a ESF esteja adaptada em uma construção que anteriormente era uma escola, a maioria dos seus espaços seguem o que é preconizado na legislação. A ESF possui: consultório médico e de enfermagem; consultório com sanitário; sala de procedimentos; sala de vacinas; área para assistência farmacêutica; sala de atividades coletivas; sala de coleta/exames; sala de curativos; sala de expurgo; sala almoxarifado; sala de lavagem de materiais e outra de esterilização. Como a ESF possui profissionais de saúde bucal, há também o consultório odontológico com equipe odontológica completa; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, banheiro público e adaptado para pessoas com deficiência e para funcionários. Além disso, há duas salas para atendimento psicológico. Apesar da variedade de salas disponíveis, não possuem boa disposição (BRASIL, 2017b).

Na recepção estão afixados informativos que identificam os serviços existentes, a escala dos profissionais e os horários de funcionamento. Todos os espaços oferecem conforto térmico e acústico e possuem algumas adaptações para as pessoas com necessidades especiais em conformidade com as normativas vigentes (PNAB). Além disso, a ESF dispõe de uma cadeira de rodas, que pode ser usada por qualquer usuário em necessidade (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se que a sala de atividades coletivas é improvisada junto à cozinha, onde também são desenvolvidas as atividades coletivas dos profissionais e onde ficam os arquivos e registros. Isso constitui-se um fator negativo e um empecilho para a realização de outros grupos ou atividades, uma vez que não oferece adequado conforto físico e privacidade para os usuários. Apesar disso, a comunidade dispõe de um grande salão com uma área menor (porão) ao lado da ESF, muito utilizado para atividades, sendo alguns grupos desenvolvidos ali. Ademais, faltam uma sala de administração e gerência na ESF, além de itens na recepção, como o mapa de

abrangência (com o território de abrangência) e a sinalização de fluxos (BRASIL, 2017b).

A ESF monitora a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio da caixa de sugestões. Oferece também medicamentos listados pelo Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e outros incluídos pelo próprio município. Entretanto, por vezes, há medicamentos na lista que não são utilizados e outros que seriam necessários, mas não constam na lista; outras vezes faltam medicamentos básicos ou recursos financeiros para sua aquisição (BRASIL, 2017b).

Como recomendado, a ESF tem seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, facilitando o acesso da população. Em casos de turno único, a decisão é pactuada entre gestão e as instâncias de participação social, mantendo a carga horária mínima e atendendo as necessidades da população (BRASIL, 2017b).

Assegura-se aos usuários o acolhimento e escuta ativa e qualificada, mesmo os casos que não pertencem à área de abrangência da unidade. Busca-se fazer a classificação de risco, mesmo sem protocolos para isso, e o encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

A falta de protocolo dificulta as ações, já que cada profissional pode entender a mesma situação de forma diferenciada (BRASIL, 2017b).

Na ESF SJO, como preconizado por lei, atua uma equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por médica generalista, enfermeira generalista, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma profissional cirurgiã dentista generalista e uma auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2017b). Além destes, a ESF conta com uma psicóloga (20 horas) e uma farmacêutica (20 horas) e recebe profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo dois profissionais da enfermagem, dois da farmácia e um da psicologia (BRASIL, 2017b).

A equipe é responsável por mais de 3.000 pessoas cadastradas adstritas no território, que condiz com o número estipulado para uma ESF, mas como observado anteriormente, esse número não condiz com a realidade do território, havendo muitos usuários sem cadastro. Considerando a população cadastrada, o número de ACS seria suficiente para cobrir 100% do território, sendo que, por lei, cada profissional ACS deve ter um máximo de 750 pessoas em sua

microárea (BRASIL, 2017b).

Embora haja profissionais de saúde bucal, os mesmos exercem suas funções em mais de uma ESF, cumprindo 20 horas em cada, o que está em desacordo com o que é previsto em lei. Considera-se ideal a atuação em tempo integral (40 horas) e a vinculação apenas com uma ESF, pois deve-se observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, ou para atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2017b).

As atribuições comuns e realizadas por todos os membros da equipe que atuam na ESF abrangem quase todos elementos que constam na legislação, porém há dois itens cumpridos apenas pelas ACS, são estes: participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias no sistema de informação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Dentre as atribuições distintas a cada profissão observa-se que, em grande parte, são seguidas as orientações presentes na Portaria nº 2.346, de 21 de setembro de 2017. Ressalta-se que, no caso da enfermagem, entre as principais dificuldades para ação plena das atribuições, estão: ausência de protocolos que permitem a prescrição de medicamentos ou solicitação de exames (exceto de baciloscopia de escarro, para diagnóstico e controle da Tuberculose) e que respalde quanto à classificação de risco, sendo que é realizada segundo critérios do profissional; dificuldade entre equipe quanto à realização do planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017b).

Quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, observa-se que são realizadas as atividades de atenção à saúde e os procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. Entretanto, não são desenvolvidas ações fora da ESF, como no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Da mesma forma com a equipe de saúde bucal, que realiza os procedimentos próprios da profissão, porém não participa de ações de promoção e prevenção junto à comunidade (BRASIL, 2017b).

As consultas médicas e odontológicas são disponibilizadas através do sistema de fichas. Para as consultas médicas, são distribuídas 10 fichas todas as manhãs. Já para o atendimento

odontológico são disponibilizadas 15 fichas distribuídas em três manhãs da semana (segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira). Durante o período da tarde as consultas são agendadas: para o atendimento médico são agendados os grupos de risco, incluindo gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem dificuldade de locomoção ou outras necessidades especiais; para o atendimento odontológico são agendados os pacientes que devem retornar para cuidado programado.

Os acolhimentos e atendimentos psicológicos são agendados diretamente pelas psicólogas, podendo ser acessados através da demanda espontânea, encaminhamentos da rede de saúde ou encaminhamentos intersetoriais. Após realizado o acolhimento, escuta e avaliação do caso, o usuário é passado para lista de espera e é chamado quando há disponibilidade de horário, com prioridade para casos de maior necessidade. São pré-estabelecidas 12 sessões, com a possibilidade de reavaliar a necessidade e estender esse número.

A coleta de exames citopatológicos, realizada pelos profissionais da enfermagem, ocorre através de agendamento, conforme solicitação da usuária. Agenda-se o horário de maior facilidade para a usuária.

A farmácia funciona em sete turnos da semana, com presença de farmacêutica (profissional residente ou farmacêutica preceptora) em tempo integral. Os turnos que se encontra fechada são: terça-feira à tarde (devido ao deslocamento das farmacêuticas à Secretaria Municipal de Saúde para realizar atividades relacionadas ao programa de residência); quarta-feira à tarde (devido à realização das visitas domiciliares, educação permanente e reunião de equipe); e quinta-feira de manhã (para permitir espaço para atividades administrativas e realização de outras atividades pelas profissionais residentes). A farmacêutica preceptora e responsável técnica pela farmácia atua nesta ESF somente no período vespertino, sendo uma dificuldade encontrada, já que a profissional com responsabilidade pelos serviços ofertados não se encontra em quatro dos sete períodos em que a farmácia está aberta e não se responsabiliza por diversas atividades desenvolvidas.

Assim que se identifica a necessidade de o paciente realizar exames complementares, os usuários são encaminhados diretamente aos laboratórios clínicos, sendo que na maioria das vezes os custos são cobertos por recursos financeiros do SUS ou a partir do auxílio parcial ou integral de verba municipal. Há sete laboratórios com convênio com a Prefeitura Municipal, sendo que cada um possui uma cota mensal, não devendo ser ultrapassada. Normalmente a solicitação de

exames permanece dentro da cota mensal. Como ponto positivo, um dos laboratórios conveniados tem um posto de coleta laboratorial muito próximo à ESF, logo acima da RS-324, facilitando o acesso dos usuários, principalmente dos idosos.

Diante da necessidade de atendimento especializado ou hospitalar são feitos os encaminhamentos necessários, entretanto, observa-se que nem sempre há contrarreferência desses serviços. Para isso, os usuários são direcionados ao setor de encaminhamentos, que utiliza o Sistema de Informação de Regulação (SISREG).

São comuns os episódios em que os usuários chegam à ESF e não há possibilidade de passar por avaliação médica no local naquele momento devido à falta de fichas médicas, dessa forma é realizado o acolhimento e são dadas as devidas orientações e encaminhamentos. O acolhimento é geralmente realizado por profissionais de diferentes áreas, com o intuito de oferecer escuta qualificada e cuidado integral, sempre contando com um enfermeiro. Em alguns casos, é possível solicitar avaliação médica na própria ESF. Em outros, encaminha-se o usuário à equipe de apoio (localizada na Secretaria Municipal de Saúde). Em outras situações o usuário é encaminhado ao hospital, quando necessário com o uso de transporte de emergência. Quando a demanda não é imediata, o usuário é orientado a retornar em outra oportunidade para consulta médica.

São realizadas diferentes ações programáticas, como o grupo de gestantes ou o grupo de cessação do tabagismo, havendo o adequado registro. Porém não são utilizados protocolos e não se realiza a avaliação formal pela equipe e pelos participantes após a conclusão dos mesmos, o que podem ser considerados pontos negativos. Da mesma forma, devido à ausência de avaliações periódicas enquanto funcionamento da equipe, faltam elementos para levantar indicadores de qualidade do serviço prestado.

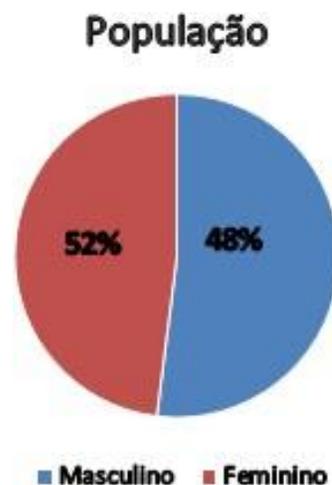
1.8.12. Características da população adstrita

A população abrangida pela ESF SJO é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência e na empresa Brasil Foods (BRF). Os bairros Nova Alternativa e Frei Adelar, em especial, apresentam população predominantemente jovem, além da mudança frequente de famílias, devido ao aluguel das casas. Devido a esta característica, o número de gestantes do território é geralmente em torno de 40.

Em quase todas as semanas, pelo menos uma gestação é detectada pelo teste rápido disponível na ESF. Assim, também há grande população de crianças no território. Os idosos também são numerosos, morando, em sua maioria, no bairro São José Operário, por ser o mais antigo entre os três. Esses são usuários que utilizam os serviços da ESF com grande frequência, havendo diversos poliqueixosos e hiperfrequentadores da ESF. Em menor número, imigrantes do Haiti e de outros países em situação econômica desfavorável também utilizam os serviços da ESF.

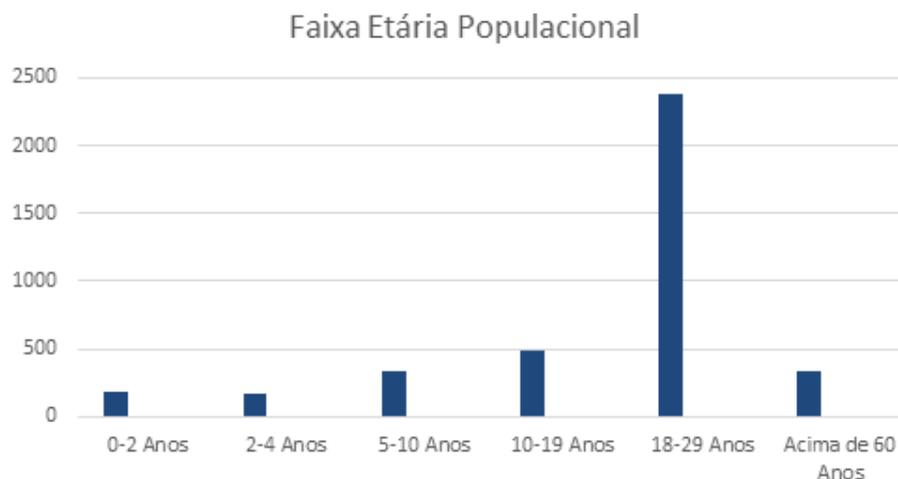
A proporção da população de homens e mulheres dos bairros está representada no gráfico 8, entre os 3.712 usuários cadastrados. No gráfico 9 observa-se a distribuição dos mesmos usuários em faixas etárias.

Gráfico 8 - Proporção de homens e mulheres usuários da ESF SJO no ano de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

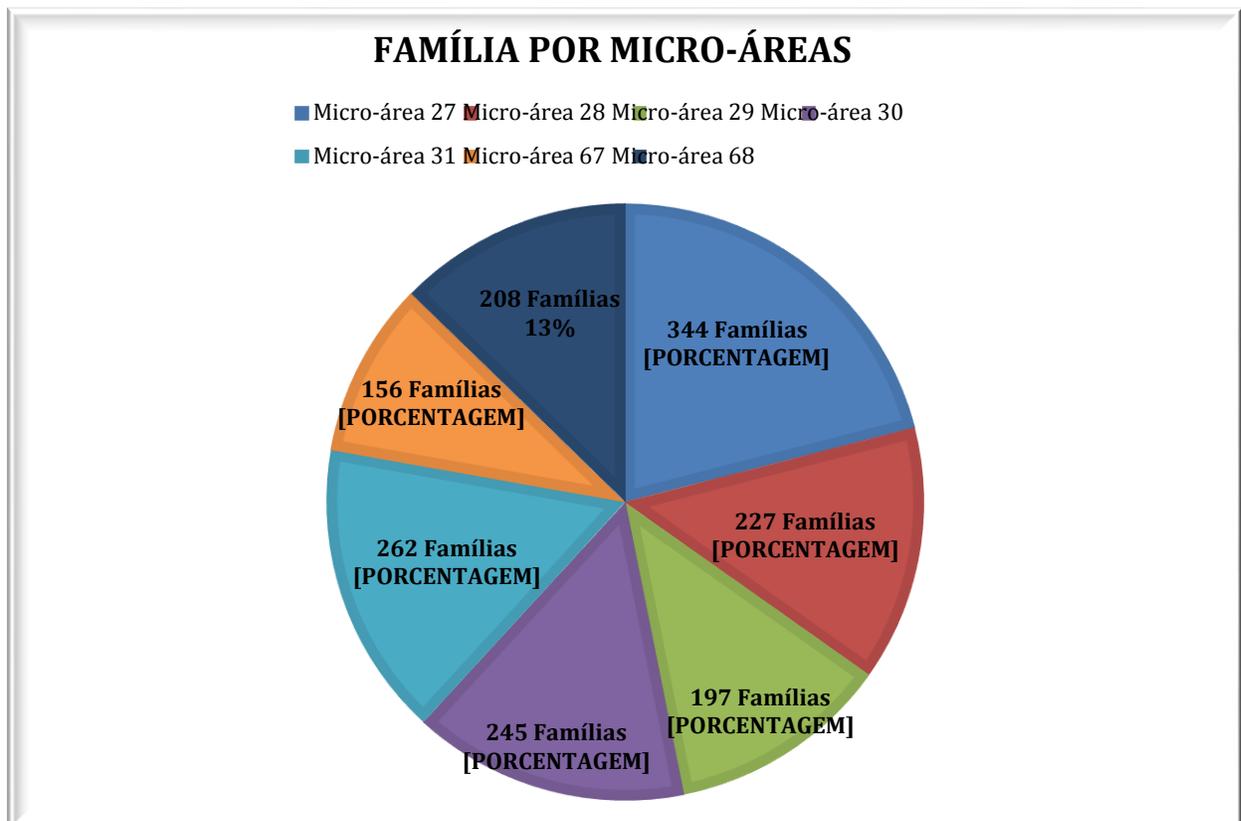
Gráfico 9 - Número de usuários da ESF SJO nas diferentes faixas etárias, no ano de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

A proporção de famílias entre as diferentes microáreas da ESF SJO pode ser vista no gráfico 10.

Gráfico 10 - Número e proporção de famílias distribuídas em cada microárea da ESF SJO no ano de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018.

Percebe-se no território alto índice de vulnerabilidade, com uso de drogas por jovens, de consumo de álcool por alguns usuários e diversos casos de violência doméstica. De acordo com estimativa rápida realizada em 2010 pelas ACS que atuam na ESF SJO, e que se confirma até os dias de hoje, são vários os locais em que há produção e comercialização de drogas ilícitas, caracterizando-se como pontos de vulnerabilidade do território, ficando de fácil acesso para as crianças e adolescentes que ali circulam. Além disso, nota-se a falta de locais para recreação, especialmente para os jovens residentes no território, ou, quando os locais existem, estão

controlados pelo tráfico de drogas.

As atividades econômicas predominantes no território são o comércio e serviços, tais como fruteiras, confeitarias, eletrônicas, lojas de roupas, mercados, bares, locadoras, *lan house*, costureiras, lojas de artesanato, cabeleireiros, chapeação, lavagem automotiva e indústrias, com destaque para duas grandes empresas, Metasa e a Plastimarau, e outras como Imezza, Aglofor, Empório Essenza Cosméticos e CS Metal.

Em relação ao tipo de moradia, a maioria dos moradores possui casa própria em alvenaria, dado observado principalmente nas microáreas do bairro Nova Alternativa, onde a maioria das casas foi projetada. Entretanto, este bairro foi planejado para ser um condomínio fechado, sem sucesso através dos anos. Manteve-se a entrada única para o bairro, que não tem conexão com os demais sem passar pela RS-324. Isso se constitui uma dificuldade para os moradores, que devem se expor à rodovia estadual para se deslocarem a qualquer ponto da cidade, expondo-se ao intenso fluxo de veículos para acesso a essa rodovia (Imagem 2).

Imagem 2 - Vista aérea da indústria Metasa e dos pontos de acesso aos bairros SJO (à esquerda da empresa) e Nova Alternativa (à direita)



Fonte: METASA, 2018

O bairro Frei Adelar caracteriza-se pelo maior número prédios e casas financiadas pela prefeitura municipal através do Programa Minha Casa Minha Vida, além de ser identificado com o maior índice de vulnerabilidade do território.

O abastecimento de água varia de acordo com cada área. No bairro São José Operário e na microárea 29 do Frei Adelar a responsabilidade pelo fornecimento da água é da Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan), enquanto que nos bairros Nova Alternativa e Frei Adelar

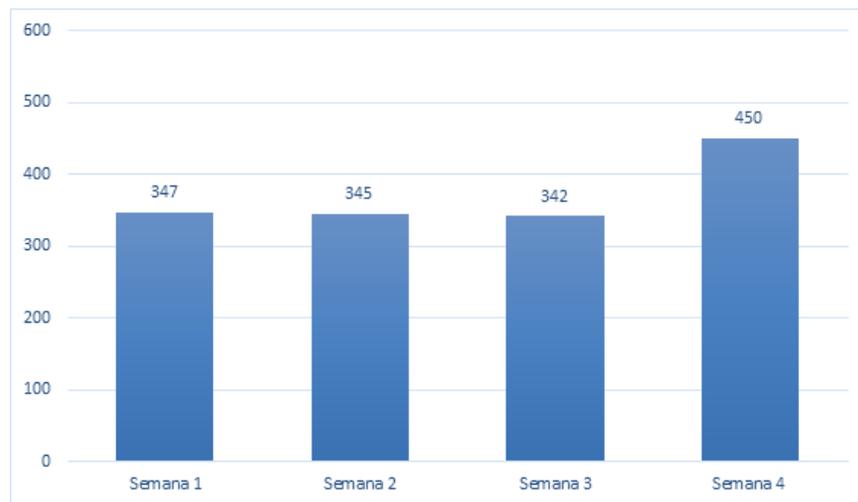
o abastecimento ocorre por poços artesanais através da associação de moradores.

Quanto à coleta de lixo, todas as microáreas apresentam coleta seletiva de lixo orgânico e lixo reciclável, com o uso de containers da prefeitura distribuídos pelas ruas. Os bairros também possuem alguns pontos de reciclagem de lixo, que serve como meio de sustento a alguns moradores. A maioria das casas também possui coleta de esgoto, mas nos bairros São José Operário e Nova Alternativa algumas casas possuem fossa séptica.

A pavimentação das ruas é considerada satisfatória, possuindo calçamento em sua maioria. Não há nenhuma rua sem pavimento. A maior dificuldade encontra-se na sinalização das ruas, principalmente no bairro São José Operário, que não dispõe de placas de identificação com o nome das ruas.

Neste ano, no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, foi realizada uma análise e levantamento de dados da demanda da ESF SJO, tendo sido coletados os dados descritos a seguir. A semana com maior número de atendimentos foi a semana 4 (19/07 a 28/07), conforme pode ser visto no gráfico 11.

Gráfico 11 - Número de atendimentos realizados por todos os profissionais da ESF SJO ao longo das semanas analisadas, compreendendo o período de 28 de junho a 28 de julho de 2018

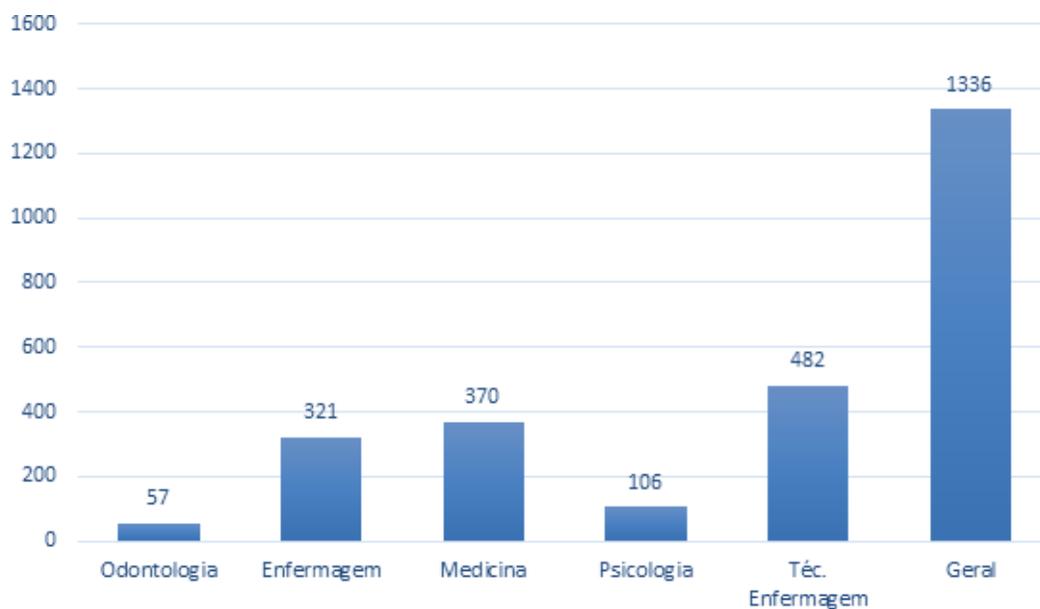


Fonte: GESTÃO..., 2018

No que diz respeito às demandas por núcleo de atuação da unidade, os dados podem ser encontrados no gráfico 12. Nestes não foram incluídos os atendimentos realizados pelas farmacêuticas, pois não há relatórios que geram esses dados. Como pode-se observar, a maior procura de atendimentos foi para as técnicas de enfermagem, configurando 36% dos

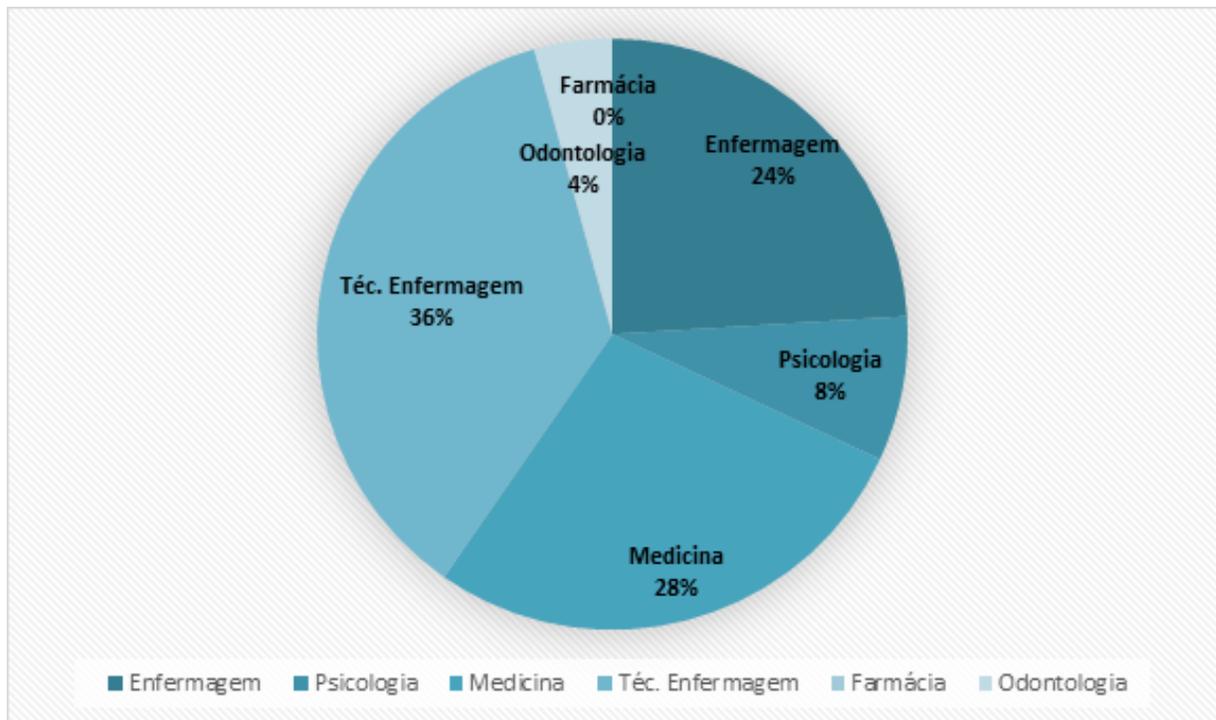
atendimentos realizados no período (gráfico 13).

Gráfico 12 - Números de atendimentos realizados pelos diferentes núcleos profissionais disponíveis na ESF SJO, com exceção do núcleo da farmácia, ao longo do período que compreendeu a análise, de 28 de junho à 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO..., 2018

Gráfico 13 - Atendimentos realizados por cada núcleo da ESF SJO, no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, expressos em porcentagem em relação ao total



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018.

Como pôde ser visualizado através dos gráficos 12 e 13, os relatórios obtidos através do sistema informatizado disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõem de informações acerca dos atendimentos realizados pelas farmacêuticas. Isso se deve, em parte, à consideração do trabalho da farmácia como separado das demais atividades da ESF, não considerando os atendimentos farmacêuticos como consultas, reduzindo a importância destes. Entretanto, percebe-se diariamente a importância da presença de farmacêuticas na ESF, que prestam auxílio a todos da equipe através de orientações, além de auxiliar os usuários diretamente com seus medicamentos. Em diversas situações, as farmacêuticas residentes realizam visitas domiciliares, principalmente para usuários com dificuldade de adesão aos medicamentos, com dificuldades cognitivas e casos complexos, com o intuito de facilitar a compreensão dos mesmos acerca de seus medicamentos e auxiliá-los em seus tratamentos medicamentosos.

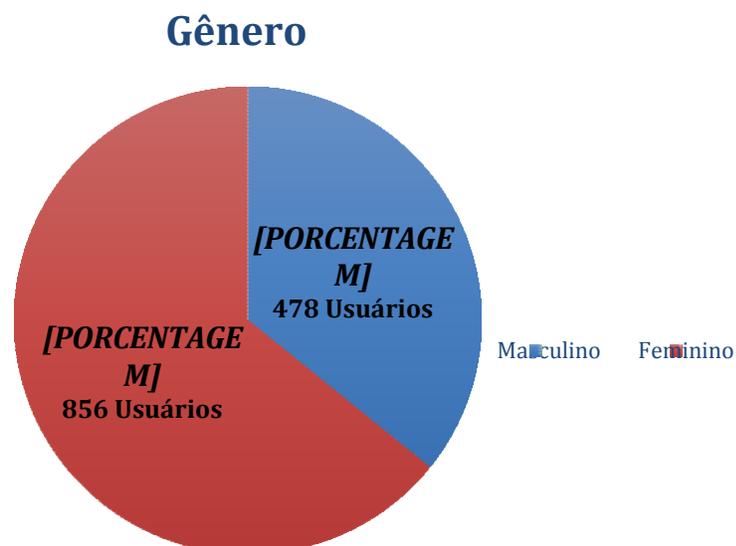
No período de 28 de junho a 28 de julho de 2018, houve a dispensação de medicamentos para 519 usuários. Com 22 dias úteis nesse intervalo, a média de usuários que retiraram medicamentos por dia na farmácia da ESF SJO é de 24 pessoas. O total de itens dispensados foi de 54.729, com média de 2.4488 por dia de atendimento, sendo os itens mais procurados a

hidroclorotiazida 25mg e o ibuprofeno 600mg (GESTÃO..., 2018). A procura pela farmácia é bem variável, sendo que em alguns períodos há cerca de 10 usuários para serem atendidos, enquanto que em outros períodos há cerca de 45. Dias chuvosos e frios apresentam menor procura pelos serviços de farmácia. Entretanto, os dados apresentados não apresentam a demanda reprimida, muito comum nos serviços de farmácia, devido à falta de medicamentos que houve no período de análise. Diversas vezes ocorre, nos atendimentos de farmácia, de não entregar nenhum dos medicamentos prescritos, devido à falta ou não padronização dos mesmos pela prefeitura.

Apesar de todo o empenho das farmacêuticas, percebe-se, na rotina, grande quantidade de usuários com grandes dificuldades de organização dos medicamentos, seja por que não possuem ajuda de familiares, por não aceitarem ou não compreenderem seus tratamentos e sua importância.

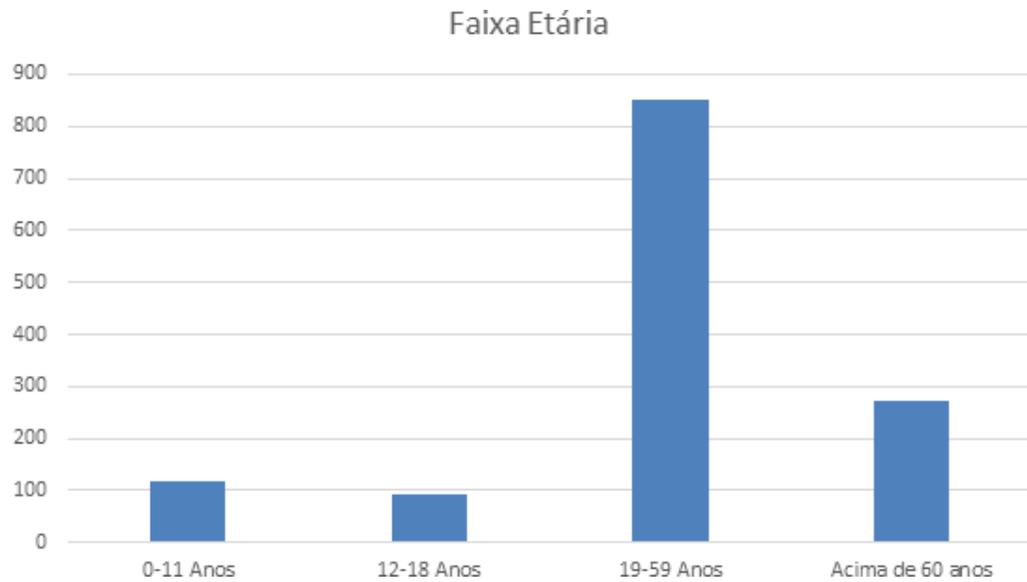
O gênero que mais acessa a ESF é do público feminino, totalizando 856 atendimentos no período analisado. Em contrapartida, o público masculino compreendeu metade deste número, tendo sido realizados 478 atendimentos para este público (gráfico 14). Já em relação à faixa etária dos pacientes que buscaram os serviços de saúde oferecidos, a maior demanda foi por usuários adultos, estando os adolescentes como o grupo que menos frequenta os serviços de saúde (gráfico 15).

Gráfico 14 - Número e proporção de usuários homens e mulheres que buscaram atendimento na ESF no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018

Gráfico 15 - Número de atendimentos realizados na ESF SJO nas diferentes faixas etárias dos usuários que buscaram os serviços no período de 28 de junho a 28 de julho de 2018



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2018

1.9. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

A partir da coleta e análise dos dados para a construção do diagnóstico situacional, foi possível observar que a inserção da população nos espaços legítimos de controle social é uma das principais fragilidades em nosso campo de atuação. No Conselho Local de Saúde a participação dos usuários é passiva e praticamente inexistente, o que é refletido em outros espaços de controle social. A escolha do tema para pesquisa-intervenção está baseada neste apontamento, pois considera-se a importância da participação popular para a construção de um serviço de saúde adequado às necessidades da população, conforme preconizado pelas leis e diretrizes do SUS.

A participação da comunidade na gestão da saúde pública brasileira foi uma conquista significativa dos movimentos sociais, tendo como marco a lei 8.142/90 (BRASIL, 1990). A partir dela foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde (locais, municipais, estaduais e federais), e segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013).

O princípio que inspirou a criação dessas instâncias foi a constatação de que a atividade político-eleitoral era insuficiente para representar uma análise, fiscalização e julgamento dos governos. Dessa forma, a inserção do controle social reserva-se a grupos populacionais que antes não tinham acesso às decisões governamentais, para que de fato as conheçam, saibam porque foram adotadas e as reorientem a partir do reconhecimento de quais são os problemas que devam prioritariamente ser enfrentados pela ação pública.

Dessa forma, tanto os conselhos quanto as conferências, constituem-se em espaços privilegiados para serem expostas as necessidades, instigar a implementação, elaborar e acompanhar a execução das políticas de saúde nas diferentes instâncias, além de monitorar e fiscalizar, garantindo o adequado uso dos recursos investidos. Ademais, assegura-se a participação paritária nesses espaços, sendo que 50% destes deve ser ocupado por entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012)

Assim, é através desses espaços que se busca promover inclusão, diálogo, cidadania,

equidade e democratização, considerando todos os atores envolvidos. Entretanto, há um longo caminho a ser percorrido para que haja de fato o controle social e diante do atual contexto é necessário o fortalecimento das ações para garantir o que foi dificilmente conquistado e é nosso por direito, acesso à saúde de qualidade e integral. Nesse sentido, ações de educação em saúde e outras estratégias precisam ser construídas, a fim de identificar as fragilidades e propiciar a manutenção e existência desses espaços.

1.10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos a que se propôs o presente estudo, é possível dizer que este foi primordial para a compreensão do contexto onde se insere o programa de residência multiprofissional, atentando para os mais diferentes elementos que o constituem, afim de dar sentido e reconhecê-lo em suas fraquezas e potencialidades. Identificou-se aspectos históricos em âmbitos distintos e sua transformação através do tempo, além de descrever e analisar suas características atuais.

Em resumo, salienta-se que Marau possui crescente desenvolvimento econômico e busca oferecer educação e saúde de qualidade à população, mesmo em cenário de crise econômica estadual e nacional e privação de recursos a serviços públicos básicos. Para isso, investe recursos próprios, dispõe de profissionais capacitados para desenvolver a gestão dos serviços e avalia, continuamente, a demanda da população.

Contudo, em se tratando especificamente de atenção à saúde, mesmo tendo 12 ESF, correspondentes à cobertura de 100% do território, serviços especializados e hospitais, há certas fragilidades e aspectos que necessitam de melhorias. Estes perpassam as particularidades de cada serviço, são influenciados por questões políticas e/ou institucionais e, inclusive, têm relação com a formação de cada profissional que nele atua, por vezes sem o conhecimento e preparo adequado.

Nesse sentido, fica evidente a importância de buscar a especialização em serviço, como a residência multiprofissional, para quem almeja trabalhar e qualificar suas ações no âmbito do SUS, uma vez que é somente a partir da vivência prática, aliada ao estudo contínuo, que se passa a compreender a complexidade por trás do mesmo. Acrescenta-se o potencial da residência multiprofissional na melhoria dos serviços oferecidos, pois na medida em que os profissionais do

programa inserem-se nas ESF influenciam e mobilizam toda a equipe com seu trabalho e motivação.

1.11.REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Histórico**. 2018a. Disponível em: <http://www.apaemarau.org.br/historico>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Onde atuamos**. 2018b. Disponível em: <http://www.apaemarau.org.br/atuacao/11/SnoezelenMSE>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BERNARDI, F. **História de Marau**: uma comunidade laboriosa. Ed. Pallotti. Porto Alegre, 1992. 141 pag.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado. 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf. Acesso em: 25 jun. 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 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. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.427**, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm#art2. Acesso em: 27 jul. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. 1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Legislação Específica**. 2018a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3A

gislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Sistemas de informação**. 2008a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Sistema de controle de exames laboratoriais da rede nacional de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e carga viral do HIV (SISCEL)**. s/d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. GAL. **Apresentação**. 2008b. Disponível em: <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, de 10 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. Lei 8080.

Brasília, DF. 1990b. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF. 2008c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017b. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>. Acesso em: 29 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2010. Disponível em:

[http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.p df](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2006a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719**, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência**. 2018b. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 287**, de 8 de outubro de 1998. Brasília, DF. 1998b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN**. Brasília, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/28/4-c-Apresentacao-SISCAN.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/sistemas_informacao_atencao_saud_e_contextos_historicos.pdf. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Roteiro para uso do sistema informatizado da monitorização das doenças diarreicas agudas - SIVEP DDA**. 2006b. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/publicacoes/Manual%20SIVEP%20-%20DDA.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância ambiental em saúde: textos de epidemiologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_ambiental_saude_textos_epidemiologia.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2017d. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.de.f>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIS Pré Natal**. 2008d. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>. Acesso em: 14 mai. 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117**, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.451/95**. 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 29 jul. 2018.

DANTAS C.N.; SANTOS V.E.P.; TOURINHO F.S.V.A.; **Consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti**. Rev Texto Contexto Enferm, vol.25, n.1, 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **CADSUS**. 2018a. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastrros-nacionais/cadsus>. Acesso em 20 de maio de 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de saúde**. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendars.def>. Acesso em 20 de maio de 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **SIAB**. 2018b Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>. Acesso em: 14 mai. 2018.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES ATLÉTICAS BANCO DO BRASIL. **AABB Comunidade**. s/d. Disponível em: http://www.aabbcomunidade.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Apresentacao_doPrograma_28_06_2018.pdf. Acesso em: 20 jun. 2018.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

FERNEDA, R. et al. Alocação de gasto público no município de Marau: uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento econômico. **Teoria e Evidência Econômica**. v. 21, n. 44, p. 186-220, jan./jun. 2015. Disponível em: seer.upf.br/index.php/rtee/article/download/5360/3480. Acesso em: 20 jun 2018.

FIGUEIREDO NETO, M. V. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 8, n. 76, maio 2010, s.p.. Disponível em: http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura. Acesso em: 27 jul. 2018.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **A evolução que a saúde precisa**. 2018. Disponível em: <https://www.inovadora.com.br/gmus.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

GOOGLE MAPS. **Marau**. 2018. Disponível em: <https://www.google.com/maps/search/marau/@-28.4863539,-53.4076565,8z>. Acesso em: 03 mai. 2018.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR. **Convênios**. 2018. Disponível em: <http://www.hcrmarau.com.br/convenios>. Acesso em: 10 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2014. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre>. Acesso em: 29 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=sobre>. Acesso em: 29 mai. 2018.

IQUIZE. R.C.C.; THEODORO. F.C.E.; CARVALHO. K.A.; OLIVEIRA A.M.; BARROS J.F.; SILVA. A.R. **Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review**. J Bras Nefrol. v.2, n.39, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>. Acesso em: 29 mai. 2018.

METASA. **Obras e projetos**. 2018. Disponível em: <http://www.metasa.com.br/>. Acesso em: 01 jul. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Prefeitura Municipal de Marau**. 2018. Disponível em: <http://transparencia.pmmarau.com.br/transparencia/>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. s/d. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>. Acesso em: 14 mai. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **IX Conferência municipal de saúde e I conferência municipal da mulher**. Marau, 2017a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 3.441**, de 20 de agosto de 2003. Torna obrigatório o cadastro dos universitários para usufruírem do benefício do transporte escolar gratuito e dá outras providências. 2003. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/2003/345/3441/lei-ordinaria-n-3441-2003-torna-obrigatorio-o-cadastro-dos-universitarios-para-usufruirem-do-beneficio-do-transporte-escolar-gratuito-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 5.170**, de 29 de maio de 2015. Aprova o plano municipal de educação. 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-municipal-de-educacao-marau-rs>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei nº 5.461**, de 18 de maio de 2018. Autoriza o Poder Executivo firmar parceria e repassar recursos a Associação Shobu-Kan de Karate-Do de Marau. 2018. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/m/marau/lei-ordinaria/2018/547/5461/lei-ordinaria-n-5461-2018-autoriza-o-poder-executivo-firmar-parceria-e-repassar-recursos-a-associacao-shobu-kan-de-karate-do-de-marau>. Acesso: 20 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 2017b. Acesso em: 1 jun. 2018.

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, p. 139-147, Mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de agos. 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2018.

SILVA, J.P. **Inovação na Atenção Primária à Saúde**: um estudo de caso no município de Marau-RS. / Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/handle/11338/834>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, Jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Set. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2007. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2012. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2014. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores/saude>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Consulta despesas**. 2018. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=20001:74>. Acesso em: 12 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Campus Passo Fundo**: apresentação. 2018. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/passofundo/apresentacao>. Acesso em: 26 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Portaria nº 911/GR/UFGS/2015**. Designa membros e representantes da coremu. 2015. Disponível em:

<https://www.ufes.edu.br/atos-normativos/portaria/gr/2015-0911>. Acesso em: 21 jun. 2018.



**CAPÍTULO 11 - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO:
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES NO
CONTEXTO MUNICIPAL**



2.1. RESUMO

O presente projeto de pesquisa-intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, executado junto à Secretaria de Saúde de Marau/RS. Busca refletir sobre elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde, assim como na identificação de possíveis formas e estratégias utilizadas pela população para lutar e reivindicar seus direitos na área da saúde. É uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, a partir do método cartográfico, documental e bibliográfico. Para a coleta de dados será utilizado diário de campo, ficha para análise documental e roteiro de entrevista semiestruturada. A intervenção será desenvolvida por meio de duas oficinas abertas à população, em que serão apresentados e discutidos temas relacionados ao controle social e a gestão participativa, que poderão estar contribuindo com o aprimoramento do senso crítico e fortalecendo a atuação nesses espaços. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisa será realizada no ano de 2019, nas Estratégias da Saúde da Família São José Operário e Santa Rita, bem como na Secretaria Municipal de Saúde, ambos serviços localizam-se no município de Marau e recebem as reuniões dos Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Participação Popular; Saúde; Controle Social.

2.2. INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa-intervenção faz parte do processo de formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo/RS (UFFS/PF) em parceria com o município de Marau/RS. O programa busca a qualificação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, para a Atenção Básica e atua em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF): a ESF São José Operário e a ESF Santa Rita no município de Marau, Rio Grande do Sul.

O programa consiste em um processo de formação que integra ensino-serviço-comunidade e busca promover a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a resolutividade nos serviços, a ação de cuidado integral e multiprofissional. Possibilita o desenvolvimento de projetos que promovem a autonomia no cuidado (FERLA; CECCIM, 2003). Aliado a isso, fornece subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento das adversidades e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS.

Cabe destacar que o SUS é uma conquista histórica da luta da sociedade brasileira e se constitui em Política Pública de Estado para a garantia do direito e acesso universal aos serviços e ações de atenção integral e equânime à saúde da população. O SUS nasceu integrado no bojo das lutas pela democratização do país e tem na participação social/popular um de seus pilares constitutivos e é uma das políticas públicas que tem a marca da participação social. A saúde, além de ser um direito humano fundamental, é um direito social e de relevância pública, cuja expressão se dá pela efetiva participação na elaboração, implantação, execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do sistema de saúde, das suas políticas, serviços e ações junto à população.

Esse direito universal à saúde passou a ser assegurado desde a Constituição Federal de 1988, se efetivando através das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). Entretanto, inúmeras dificuldades vêm permeando a implantação do SUS no Brasil, dentre as quais se destaca a fragilidade no financiamento que a cada ano vem sendo reduzido.

Em tempos de crises e retrocessos, é clara a necessidade da busca e do fortalecimento dos atores sociais para proteção e garantia dos direitos conquistados até então, especialmente do acesso à saúde. A escolha do tema é fruto desta inquietação e teve como base o diagnóstico situacional da saúde do município de Marau, realizado no

Componente Curricular Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e Trabalho de Conclusão da Residência e as experiências vividas desde o início deste Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com concentração na Atenção Básica e ênfase Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva.

Embora o município de Marau tenha implementado a ESF em todo seu território e ofereça inúmeros serviços no âmbito de saúde pública, percebe-se um distanciamento da população nos processos de construção das decisões e do próprio cuidado em saúde. O Conselho Municipal de Saúde, espaço instituído em lei, enfrenta dificuldades para a efetivar a participação da população. Das 12 ESF's, em duas delas existem Conselhos Locais de Saúde, provocados pela ação da Residência Multiprofissional em Saúde.

A intensa mobilização social do povo brasileiro possibilitou a conquista a todos de um sistema de saúde público, com princípios e diretrizes, voltado para as necessidades reais e comuns, preservando e reconhecendo a importância da população na construção dos serviços através do controle social. Entretanto, o fato desses espaços existirem institucionalmente não garante por si só a efetiva participação social. Os espaços legítimos de controle social, como os Conselhos de Saúde, especialmente do município citado, não tem se mostrado efetivos para mudar os direcionamentos da gestão pública, no intuito de fortalecer a cidadania e garantir os direitos sociais. Também, nota-se o esvaziamento desses espaços e enfraquecimento popular na luta por saúde pública de qualidade.

Além disso, há diversos entraves que impossibilitam o bom funcionamento desses espaços, como a burocratização e a linguagem técnica, vistos na maioria dos municípios brasileiros, sobre os quais já existem inúmeras análises e vasta literatura¹.

Diante deste cenário e reconhecendo a importância da participação popular no controle social, se faz necessário colocarmos algumas questões: Quais são os fatores que fazem com que os espaços legítimos de controle social sejam ocupados pela população do município em estudo? É possível identificar elementos que influenciam a participação popular na gestão dos processos de saúde, especialmente nos espaços de controle social do município de Marau? Existem outros movimentos feitos pela população para garantia dos direitos, em especial, o direito à saúde?

Através desse estudo, busca-se conhecer quais são os elementos que influenciam a participação social/popular na gestão dos processos de saúde. Para isso, buscamos o olhar de

1 Para aprofundar essa temática sobre a participação em Conselhos de Saúde destaca-se Gilson Carvalho, Soraya Vargas Côrtes, Clarete Néspolo De David, dentre outros.

diferentes atores e a análise sob diferentes ângulos - dos representantes dos usuários, dos representantes da categoria profissional e dos representante da gestão municipal - que participam das reuniões dos conselhos locais e municipal de saúde e presentes nas oficinas que serão desenvolvidas. O município de Marau tem o Conselho Municipal de Saúde e dois Conselhos Locais, um em cada uma das ESF's onde existe o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, são elas ESF São José Operário e Santa Rita.

Para construção desse estudo será utilizado o método cartográfico, e como instrumentos o diário de campo, a ficha para análise documental e o roteiro de entrevista semiestruturada. A partir da construção conjunta, serão realizadas ações de intervenção para fortalecimento da participação popular no município por meio de duas oficinas em que serão discutidos conceitos como saúde, participação popular e controle social, norteado-se pela horizontalidade entre os participantes, o diálogo, a escuta, a humanização, a problematização e a valorização dos diferentes saberes e culturas. O intuito dessas oficinas é possibilitar a reflexão das pessoas sobre o tema e contribuir para o desenvolvimento do senso crítico e do reconhecimento da importância da autonomia, da participação e do compromisso individual e coletivo na garantia e efetivação do direito à saúde preconizado na Constituição Federal de 1988.

Da mesma forma, espera-se que esta pesquisa-intervenção possa trazer contribuições sobre a participação social nos processos de saúde em suas múltiplas dimensões e para a qualificação das diversas formas de protagonismo no cuidado de sua saúde, na saúde familiar, comunitária e coletiva, assim como nos processos de decisão das ações, serviços e do SUS em sua esfera municipal.

2.3. JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu a partir das vivências como Residente de Psicologia no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da UFFS. Na medida em que se deu a inserção enquanto psicóloga residente nos espaços do Conselho de Saúde, local e municipal foi possível conhecer a forma de organização, a relação entre seus atores e os poderes instituídos. Mesmo previstos em lei, na prática, é possível observar que, além desses espaços não servirem ao proposto, a participação popular no controle social encontra inúmeros obstáculos, entre eles o desconhecimento da população sobre seus

direitos, o caráter técnico das discussões, influência de interesses políticos partidários, participação passiva dos seus atores ou mesmo a reduzida participação popular.

A pesquisa intervenção tem relevância pelas seguintes razões:

a) Será a primeira pesquisa sobre os Conselhos de Saúde e sua atuação no município e contribuirá na compreensão das formas de participação da comunidade na área da saúde;

b) Os Conselhos de Saúde tem a prerrogativa de aprovar o Plano Municipal de Saúde e os relatórios de gestão e prestação de contas das ações e recursos financeiros na saúde. O estudo poderá contribuir na identificação das potencialidades e fragilidades desse espaço e de seus membros e as possibilidades de qualificação do espaço e de seus protagonistas;

c) Considerando o atual contexto político e econômico, em que há reduções significativas nos investimentos em programas sociais e na saúde e dada a relevância da participação popular para a garantia de direitos e manutenção da qualidade da atenção pública, se faz importante conhecer quais são os elementos que influenciam a participação popular na gestão dos processos de saúde e assim repensar a lógica e o funcionamento dos espaços de controle social.

2.4. TEMA

Participação popular nos espaços de controle social.

2.5. PROBLEMA

Quais são os fatores que fazem com que os espaços legítimos de controle social sejam ocupados pela população do município em estudo? É possível identificar elementos que influenciam a participação popular na gestão dos processos de saúde, especialmente nos espaços de controle social do município de Marau? Quais as formas de participação da população para garantia dos direitos, em especial, o direito à saúde?

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. Objetivo geral

Analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde num município do interior gaúcho.

2.6.2. Objetivos específicos

- Conhecer o processo histórico dos Conselhos de Saúde de Marau;
- Conhecer e compreender os motivos que atraem e/ou afastam a população dos espaços institucionais de participação e de controle social da saúde;
- Conhecer quais fatores podem tornar as pessoas protagonistas na gestão do cuidado de sua saúde, da saúde da família, da comunidade e do sistema de saúde local;
- Identificar os limites e as potencialidades da participação popular na saúde do município;
- Desenvolver momentos de reflexão sobre os processos de participação na gestão em saúde;
- Identificar as diversas formas pelas quais a população local de uma ESF busca a resolução dos seus problemas de saúde.

2.7. REFERENCIAL TEÓRICO

2.7.1. A saúde como direito de todos (as)

Na história das políticas de saúde brasileira perpassa o tensionamento entre duas tendências opostas, a saúde como direito de todos e a saúde como mercadoria, as quais direcionaram ao modelo de assistência adotado para efetivação das políticas públicas de saúde, bem como de proteção social. No início do século XX preponderava uma concepção hegemônica sobre as políticas de saúde, o foco estava voltado ao combate de epidemias, o cuidado à saúde era considerado responsabilidade unicamente individual e a assistência à saúde era oferecida ao pobres como caridade através de ações das Santas Casas de Misericórdia (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2017).

Com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) em 1923, socorros médicos e medicamentos passaram a ser oferecidos para os contribuintes e seus dependentes. Tal dispositivo consistia em um fundo para garantir aos operários, principalmente os mutilados por acidentes nas indústrias, o recebimento uma pensão ou a possibilidade de aposentar-se, após muitos anos de contribuição, porém não era responsabilidade e nem haviam contribuições financeiras do estado. Em 1930 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que mais tarde foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPs), os quais reuniam os fundos das CAPs, sendo que a administração desses recursos passou a ser responsabilidade do estado, por vezes, utilizando para beneficiar a iniciativa privada (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2017).

A intensa mobilização social em prol da democracia, iniciada em meio a crises no contexto ditatorial, deu origem a importantes reformas, entre elas a Reforma Sanitária, que objetivavam a melhoria da qualidade de vida da população e redefiniram as políticas sociais. Entre as conquistas advindas desse processo, no ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com a participação da comunidade, cujo relatório final embasou o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 (DAVID, 2005), consagrando a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Para garantir esse direito, a partir da Constituição de 1988, criou-se o SUS, com foco na descentralização, interligado e mantido pelas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, as Leis Nº. 8.080/90 e Nº. 8.142/90. (BRASIL, 2003). A lei nº. 8.080/90 regulamenta as ações e serviços de saúde desenvolvidos em todo território, estabelecendo princípios e diretrizes complementares à Constituição para sua execução, entre eles a universalidade do acesso, integralidade e equidade de assistência e a participação da comunidade na gestão dos processos (BRASIL, 1990 a). Já a lei nº. 8.142/90 dispõe mais especificamente sobre a participação da comunidade e das transferências entre as instâncias dos recursos financeiros (BRASIL, 1990 b).

Embora em contínua evolução e com diversos obstáculos, são evidentes os benefícios e avanços no âmbito da saúde pública obtidos desde a criação do SUS. Identifica-se o fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente, os de Atenção Básica; aumento de cobertura dos serviços, em especial na atenção básica, abrindo espaço para mudanças de modelo de atenção,

visando priorizar a promoção e proteção da saúde; ampliação de cobertura vacinal; diminuição da mortalidade materna e infantil; entre outros (BRASIL, 2003).

Ao mesmo tempo em se reconhece sua importância, o SUS vem padecendo nos últimos anos (BRASIL, 2003). Um dos desafios mais recentes e exemplo concreto disso foi a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição nº 95 de 2016, que impôs um novo regime fiscal e definiu um teto dos gastos públicos para os 20 anos seguintes, fazendo que reduza significativamente o valor destinado à saúde (BRASIL, 2016). Da mesma forma, a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017, que induz a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a desvinculação das equipes de saúde dos territórios, a reorganização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a perda da qualidade dos serviços (MOROSINI, et al. 2018).

O visível sucateamento e precarização das condições de trabalho no SUS advindos do corte de gastos, bem como o interesse mercadológico e a manipulação midiática, em que se evidenciam os problemas do sistema e que corrobora para que a população aceite a substituição desse modelo, direcionam para um processo de privatização dos serviços de saúde (VIACAVA et al, 2018). É necessário repensar o “estado da arte” da saúde pública brasileira, buscar formas de enfrentar e evitar retrocessos e, junto com todos os atores envolvidos, lutar pela garantia do direito ao acesso à saúde, pois o que está em disputa nesse momento histórico é a saúde como direito universal ou a saúde como mercadoria com oferta de cobertura universal aos cidadãos que pagarem pelos serviços ofertados, retrocedendo ao que tínhamos antes do SUS, rompendo com o princípio constitucional.

2.7.2. A Participação popular no SUS

A participação popular compreende variadas ações, de diferentes forças sociais, que objetivam influenciar o modo como serão formuladas, executadas, fiscalizadas e avaliadas as políticas públicas e/ou serviços básicos na área social, funcionando como instrumento propulsor de mudanças e mecanismo de proteção de direitos (VALLA et al, 1998). No caso da saúde, a participação popular/social possui duas conferências como marcos históricos. A primeira delas, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata no ano de 1978, em que foi discutido o direito de todos ao acesso à saúde, bem como o direito e dever de todos em participar no planejamento e na execução dos cuidados com sua saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Da mesma forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deu origem à Constituição Federal de 1988, às Leis que

regem o SUS e aos espaços legítimos de inserção e controle social, como as conferências e os conselhos de saúde (municipal, estadual e federal) (DAVID, 2005).

Em resumo, as Conferências consistem em espaços que unem a representação de diferentes segmentos sociais em encontros que deverão ocorrer a cada quatro anos e possuem o intuito de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde (BRASIL, 1990b). Cada esfera de governo responsabiliza-se por regulamentar e financiar a sua conferência, elegendo os representantes que participarão das etapas seguintes, como estadual e federal (LIPORONI, 2010).

Em relação aos conselhos, a Lei n. 8142/90 dispõe

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990 b).

Além de ser obrigatória a existência dos conselhos para que haja o recebimento de investimentos, os mesmos deverão ser compostos de forma paritária, sendo que 50% deve ser ocupado por entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012).

Tanto os conselhos quanto as conferências, constituem-se em espaços privilegiados para serem expostas as necessidades da população, instigar a implantação de serviços, elaborar e acompanhar a execução das políticas de saúde nas diferentes instâncias, além de monitorar e fiscalizar a gestão destas, garantindo o adequado uso dos recursos investidos. Entretanto, na prática, é possível identificar inúmeras dificuldades como: baixa representatividade; baixa renovação de conselheiros; falta de recursos para o cumprimento das atribuições; defesa de interesses próprios; presença do domínio da fala por parte dos técnicos; burocratização; desvalorização, subordinação e falta de estrutura para agir; restrição da participação direta dos cidadãos, sendo substituídos por representantes do segmento, tornando seletivo o acesso a eles. Ou seja, há um longo caminho a ser percorrido para a efetivação do que é preconizado, propiciando a implementação de políticas de saúde baseadas nos princípios do SUS (LIPORONI, 2010).

As ações de educação em saúde e outras estratégias precisam ser construídas, a fim de identificar as fragilidades e propiciar a manutenção e existência desses espaços, bem como a existência do SUS (VAN STRALEN, 2006). Por conseguinte, a Educação

Permanente em Saúde para os profissionais, já instituída como uma política, surge como estratégia fundamental às transformações do trabalho, possibilitando e promovendo uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIN, 2005).

Outra possibilidade de atuação é a partir da Educação Popular em Saúde, que vem sendo reconhecida no SUS e parte de princípios diferentes daqueles que norteiam cuidados tradicionais em saúde, que deixam de lado a subjetividade das pessoas e tratam da objetividade da doença. Parte-se das vivências das pessoas envolvidas, ajudando produzir leituras críticas e transformar a realidade, as relações e as estruturas sociais, colocando-as como protagonistas da sua própria história e da história da sociedade (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2017).

Na Educação Popular, indiferente da posição ocupada, todos são acolhidos e tem a oportunidade de participar com suas ideias, ajudar a construir o caminho a ser percorrido e a encontrar formas de organizar seu processo de cuidado em saúde. Valoriza-se os saberes, as lógicas e os interesses de todos, não apenas as reflexões do saber acadêmico ou profissional. Assim, por meio da problematização das situações enfrentadas, a educação popular permite a ampliação das ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde, integrando todos na luta por melhores condições de vida e por uma sociedade mais justa e solidária (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

A educação popular em saúde vem marcando os processos de luta pelo direito à saúde, os espaços de participação popular e de controle social, os espaços de formação em saúde, tanto na formação profissional ou nos processos de capacitação de conselheiros e de educação permanente em saúde, assim como os espaços de produção do cuidado e de gestão do SUS. Essa construção culminou na criação da Portaria Nº 2.761/2013 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS/SUS). Essa Política tem como princípios o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com o projeto democrático e popular. Tem como eixos estratégicos a participação, controle social e gestão participativa; a formação, comunicação e produção de conhecimento; o cuidado em saúde e a intersectorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013).

A PNEPS/SUS é um marco importante para o avanço do SUS e da qualificação da participação social e popular nas políticas de saúde, nos processos de trabalho, de produção

do cuidado e de educação permanente em saúde, nos processos formativos e pedagógicos de formação de profissionais, nas formas de gestão e de controle social do SUS.

2.8. METODOLOGIA

2.8.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho exploratório,, realizado através do método da Cartografia. A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), que possui o intuito de acompanhar um processo, sem a preocupação de representar um objeto isolado de suas articulações históricas ou conexões com o mundo, pelo contrário, busca investigar um processo em construção, desenhar a rede de forças que se conectam, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Tal método permite ao pesquisador mergulhar no cenário em estudo através do diálogo com os atores envolvidos, observando, trabalhando, deixando-se tocar pelos afetos que circundam. Não se capta apenas um momento, como uma fotografia, mas passa-se a fazer parte do filme, da dinâmica dos acontecimentos, revelando as formas de expressão do trabalho, das tecnologias de gestão do cuidado, dos encontros entre os atores e os sentimentos produzidos (BRASIL, 2013).

Nesse tipo de estudo o conhecer e fazer se tornam inseparáveis, não há espaço para a neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. Parte-se do pressuposto de que toda pesquisa é uma intervenção e todo conhecimento é uma transformação da realidade. Nesse sentido, o caminho a ser percorrido não se detém em determinações ou prescrições de antemão dadas, mas guia-se por pistas, no intuito de compor mapas e ressignificar as vivências (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Assim, para realização desta pesquisa-intervenção cartográfica também será utilizada a pesquisa documental, através de atas, regimentos e demais documentos dos conselhos, bem como a pesquisa bibliográfica, a fim de estabelecer diálogos com o que já há de produção científica sobre a temática. Com estes recursos busca-se dar maior embasamento à pesquisa e compreender melhor as relações de poder instituídas.

2.9. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

2.9.1. Roteiro de entrevista semiestruturada

Serão utilizados roteiros de entrevista semiestruturada (Apêndice A) com um representante de cada segmento (usuários dos serviços de saúde, profissionais e gestores) presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais da ESF São José Operário e Santa Rita, do município de Marau, totalizando nove entrevistas. O roteiro de entrevista semiestruturada desenvolvido para uso nesta pesquisa contém perguntas relacionadas à informações demográficas e socioeconômicas para estabelecer o perfil dos mesmos, além de questões relacionadas ao tema em estudo a fim de investigar as atribuições e significados dados pelos participantes aos espaços de controle social.

A escolha dos entrevistados se dará por livre adesão dos integrantes dos referidos conselhos e a entrevista será realizada em local e horário a ser definido juntamente com cada um dos entrevistados, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas serão gravadas no intuito de garantir o registro de todos os elementos importantes para pesquisa, porém ao término do estudo serão deletadas para impedir o extravio e/ou exposição indevida das informações.

2.9.2. Pesquisa documental

Serão utilizados documentos relacionados ao tema, como legislações, regimentos, atas, revistas e outras mídias do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais do município de Marau/RS, do período de janeiro de 2012 a 31 de julho de 2019.

Ressalta-se que a utilização de documentos dos conselhos de saúde em estudo somente será realizada mediante assinatura do Termo de Autorização (Apêndice C, D e E) por parte dos presidentes ou representante de cada conselho de saúde. O intuito de recorrer a tal instrumento consiste na necessidade de compreender os processos de construção desses espaços, assim como o estado da arte dos mesmos. Para organizar as informações retiradas de tais documentos será utilizada a ficha para análise documental (Apêndice F), na qual irá constar as datas das reuniões, o número de participantes e as pautas discutidas.

2.9.3. Oficinas e diário de campo

A intervenção será desenvolvida por meio de duas oficinas abertas à população, junto aos espaços das ESF's São José Operário e Santa Rita (uma em cada unidade), em que se pretende explorar temas como saúde, participação popular e controle social. Tem-se como princípios norteadores a horizontalidade entre os participantes, o diálogo, a escuta, a humanização, a problematização e a valorização dos diferentes saberes e culturas.

As oficinas serão construídas junto à população e serão um espaço privilegiado de criação e descobertas, onde, processo e produto compõem uma unidade dialética, cujos objetivos e passos são pactuados com os participantes, portanto, é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado coletivamente. Nesse sentido, todos são essenciais e cada um é responsável na produção do que se quer obter, tendo como referência as potencialidades do próprio grupo, a partir da prática de cada um em seu cotidiano.

As oficinas serão, ao mesmo tempo, ferramenta de pesquisa, pois os elementos trabalhados nessas oficinas serão utilizados para a análise e reflexão das temáticas do Projeto e de intervenção junto aos participantes dos espaços de controle social, pois os participantes estarão refletindo, aprendendo e construindo novos saberes sobre as questões em estudo que dizem respeito ao seu agir como protagonista nos conselhos locais de saúde no município.

A aprendizagem trabalhada nas oficinas envolve as diversas dimensões do ser humano como o sentir, o pensar, o agir, a intuição, a cognição, o gesto e a palavra encontram de forma complementar produzindo uma nova síntese. (DARON, 2008).

O convite será estendido para toda comunidade e estima-se a participação de cerca de trinta pessoas em cada oficina, sendo que os interessados em contribuir voluntariamente com a pesquisa assinarão o TCLE (Apêndice G). As oficinas acontecerão no turno da noite nos dias 22 de maio na ESF São José Operário e no dia 19 de junho na ESF Santa Rita, podendo haver alteração nas datas.

A experiência das oficinas serão registradas através de diários de campo, que trata-se de uma ferramenta utilizada em diversos métodos de pesquisa, pois adapta-se ao modo como o pesquisador realiza seu trabalho. O diário de campo [...] consiste em um instrumento que apresenta um caráter descritivo – analítico, investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas. O diário consiste em uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e do agir de registros quantitativos e qualitativos [...]. (LEWGOY, ARRUDA, 2004, p123-124).

O diário de campo terá a descrição e as reflexões tanto das oficinas e das vivências como profissional residente na Atenção Básica relativas ao tema em estudo e investigação.

2.9.4. Pesquisa bibliográfica

Serão utilizados livros e artigos de bases bibliográficas sobre o tema a fim de fundamentar teoricamente as investigações e de dialogar com outras abordagens sobre o referido tema.

2.10. LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

O estudo será realizado na ESF São José Operário, na ESF Santa Rita e na Secretaria Municipal de Saúde (local onde são realizadas as reuniões dos conselhos locais e municipal de saúde), ambas no município de Marau/RS. O período destinado ao estudo compreende os meses de abril a novembro de 2019.

2.11. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participarão da pesquisa um membro representante de cada segmento (usuários dos serviços de saúde, profissionais e gestores) e participante das reuniões dos Conselhos Locais da ESF São José Operário e ESF Santa Rita e do Conselho Municipal de Saúde do município de Marau/RS. Ressalta-se que para cada participante será apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B), o qual está regulado pela Resolução 466/12, regido pelo Conselho Nacional de Saúde. Este documento assegura os direitos de voluntariedade aos participantes da pesquisa e tem o objetivo de esclarecer e regularizar a participação do sujeito pesquisado, garantindo o sigilo de sua participação. Os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa irão assinar o documento, ao mesmo tempo em que receberão uma cópia do mesmo com a assinatura da pesquisadora, demonstrando assim estarem cientes de seu envolvimento na pesquisa.

Ao todo participarão da pesquisa 70 pessoas, nove deles correspondem aos representantes de cada segmento, mencionados anteriormente, que participam das reuniões de cada conselho de saúde (Conselhos Locais da ESF São José Operário e ESF Santa Rita e do Conselho Municipal de Saúde do município de Marau/RS) e o restante é o público estimado para as oficinas, que serão abertas às comunidades e realizadas juntamente com as ESF's que possuem Conselhos Locais de saúde.

2.11.1. Critérios de inclusão

Representantes de cada segmento (usuários, profissionais e gestão) participante dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde de Marau/RS que tiverem interesse em participar da pesquisa e voluntariarem-se para entrevista, bem como as pessoas presentes nas oficinas a serem realizadas em cada ESF, que assinarem o termo de autorização para utilização dos dados a serem obtidos durante as oficinas e construção do diário de campo.

2.11.2. Critérios de exclusão

Participantes que tenham menos que dezoito anos e/ou considerável comprometimento cognitivo, sem a capacidade de expressão verbal e escrita. Também, participantes que optarem por não ter suas informações utilizadas na pesquisa, não assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.12. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se dará por meio de diferentes instrumentos. Serão utilizados os registros documentais de legislações, regimentos e atas das reuniões dos conselhos locais e municipal, que compreendem ao período de janeiro de 2012 a 31 de julho de 2019.

Também, no intuito de atingir o objetivo da pesquisa, serão propostas duas oficinas, uma na ESF São José Operário e outra na ESF Santa Rita, sendo que o convite será estendido a toda comunidade que tiver interesse e ressalta-se que somente serão utilizadas as informações dos membros que assinarem o TCLE. As oficinas acontecerão no turno da noite nos dias 22 de maio na ESF São José Operário e no dia 19 de junho na ESF Santa Rita, podendo haver alteração nas datas.

Além disso, serão realizadas entrevistas com um representante/voluntário de cada segmento (usuários, profissionais, gestão) presente nas reuniões dos Conselhos de saúde (locais e municipal), no intuito de conhecer seu olhar e o significado dado ao espaço. Ao todo totalizam-se nove entrevistas que serão realizadas em horário e local a ser combinado com cada participante, sendo que as mesmas serão gravadas para registro de todos os dados e após finalizar o presente estudo as mesmas serão apagadas.

2.12.1. Processamento e análise de dados

Os dados resultantes dos diários de campo, da análise documental e das entrevistas serão compilados em planilhas específicas, analisados e interpretados qualitativamente através do método cartográfico, da análise de conteúdo e discutidos de acordo com a fundamentação teórica do trabalho. Ainda, busca-se com as experiências vivenciadas compreender o fenômeno estudado atingindo os objetivos e respondendo ao problema da presente pesquisa.

A análise dos dados será orientada pela análise temática de Minayo (2007) seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

As entrevistas semiestruturadas individuais terão transcrição literal e após será realizada sua sumarização, atendendo aos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência do conteúdo das respostas obtidas. Esta etapa será considerada como de Pré-análise das informações.

Após será a Exploração do material, quando o produto das manifestações individuais foi examinado, onde se buscará alcançar categorias de expressões representativas do tema e de sua abordagem pelos participantes. Neste momento serão construídas as categorias empíricas.

A seguir, será feita nova leitura para a redução e agrupamento destas categorias e, assim, se procederá para a escolha de categorias de análise a partir do referencial de análise de conteúdo de Minayo.

A articulação entre as informações das entrevistas semiestruturadas com as obtidas nas oficinas, no registro do diário de campo e da análise documental da trajetória dos conselhos de saúde em estudo serão organizados em categorias analíticas temáticas e organizadas em capítulos de análise e discussão da pesquisa-intervenção.

2.12.2. Procedimentos éticos

O estudo seguirá as normas estabelecidas na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) que orienta as pesquisas com seres humanos. Os participantes serão esclarecidos sobre os objetivos e método da pesquisa e, os que afirmaram a participação, serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tal participação se dará de forma voluntária, sendo esclarecido aos mesmos sobre a possibilidade de desistência da mesma a qualquer momento.

Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e as identidades dos participantes não foram reveladas.

Inicialmente será feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde, para apresentar os procedimentos e objetivos da pesquisa, com o intuito de receber a autorização através do Termo de ciência e concordância (Apêndice H) para a realização do estudo, da mesma forma, será feito contato com os representantes de cada conselho de saúde de Marau para colher a autorização para acesso aos documentos dos mesmos. A coleta de dados para pesquisa somente iniciará mediante assinatura do Termo de ciência e concordância e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Posteriormente, será feito o convite para participar da entrevista para os representantes de cada segmento participante das reuniões dos conselhos de saúde do município, sendo que aqueles que manifestarem interesse e voluntariarem-se em participar da entrevista assinarão o TCLE (Apêndices B) e será agendado horário e local para sua realização. Os mesmos serão informados sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento, se assim desejarem.

Da mesma forma, será estendido o convite a toda comunidade para participarem das duas oficinas a serem realizadas junto as ESF's São José Operário e Santa Rita, sendo uma em cada unidade. Durante as oficinas será destinando um momento para informar sobre a pesquisa e colher as assinaturas dos termos de consentimento dos participantes (Apêndice G) que autorizarem o uso de suas contribuições. Ressalta-se que, como haverá registros por meio de Diário de Campo e da gravação das entrevistas, a maneira como os relatos e demais dados serão expostos não permitirá a identificação dos participantes, preservando o sigilo e omitindo qualquer dado que possa identificá-los. Para garantir o sigilo de identidade os participantes serão categorizados por letras, seguidas de números (exemplo: P1, P2, e assim conforme o número total de participantes), não apresentando nenhum risco de vazamento e garantindo o sigilo das informações.

As gravações das entrevistas serão feitas através de aplicativo Android de gravação MP3, sendo que as transcrições serão arquivadas por cinco anos, após esse período serão incineradas com o propósito de resguardar a integridade dos pesquisadores e dos sujeitos da pesquisa.

O TCLE resguardará ao autor do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados através da publicação de artigo científico, os sujeitos terão a garantia de receber resposta a qualquer dúvida ou esclarecimento relacionado ao estudo.

Ressaltamos a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada essa liberdade sem qualquer ato de represália, podendo o participante retirar o consentimento seja qual for a etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Asseguramos que os sujeitos não serão identificados e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização.

Ao fim da pesquisa, será realizada uma devolutiva aos entrevistados e participantes das oficinas, no intuito de informar os resultados obtidos, sendo realizada de forma oral ou escrita, em local e horário a ser combinado com cada um dos participantes. Também, será realizada uma apresentação dos resultados para os profissionais das ESF's objetivando proporcionar uma reflexão sobre os mesmos.

2.12.3. Riscos

Os riscos aos quais podem estar expostos os sujeitos desse estudo possuem caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Todos os participantes serão acolhidos, terão garantidos o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, serão encaminhados para acolhimento junto aos profissionais da ESF de referência em seu território. Os participantes estarão cientes de que sua participação é voluntária e que poderão desistir em qualquer momento.

2.13.2. Benefícios

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado à população um espaço acolhedor, de respeito e valorização do saber popular. Além disso, os sujeitos terão a garantia de receber respostas a qualquer dúvida ou esclarecimento relacionado ao estudo, podendo ter acesso aos seus dados no estudo.

Como benefícios indiretos, poderá permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

2.14. DIFUSÃO DO CONHECIMENTO GERADO

O resultado desse estudo será apresentado para a banca avaliadora, cumprindo com o requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista pela Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde na Área de Concentração Atenção Básica. Também, será encaminhado para publicação um artigo científico, sendo que os resultados poderão ser apresentados em congressos científicos, contribuindo a disseminação dos conhecimentos obtidos e para o avanço da ciência. Além disso, será realizada uma devolutiva em forma oral e/ou escrita para os participantes da pesquisa, para os Conselhos de saúde, locais e municipal e para as equipes das ESFs São José Operário e Santa Rita, em momentos em que estes estarão reunidos.

2.15. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Set/2018	Out/2018	Nov/2018	Dez/2018	Fev/2019	Mar/2019	Abr/2019	Mai/2019	Jun/2019	Jul/2019	Ago/2019	Set/2019	Out/2019	Nov/2019	Dez/2019
Elaboração projeto	X	X	X	X	X										
Aprovação projeto						X	X								
Coleta de dados							X	X	X	X	X				
Levantamento dos resultados												X	X	X	
Elaboração de relatório parcial para o CEP										X	X				

Análise dos dados												X	X	X	
Entrega e apresentação															X
Entrega do relatório final para o CEP															X

2.16. RECURSOS FINANCEIROS

Itens	Valor
Cópias e Impressões	100,00
Pacote de folhas A4	20,00
Encadernações	20,00
Canetas	10,00
Cartucho de tinta para impressora	80,00
TOTAL (R\$)	230,00

*Os gastos serão custeados pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS:

BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1401-1412, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601401&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2018.

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

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368> Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 10 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. Lei 8080. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da unidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do sistema único de saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003. 72 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf. Acesso em 15 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf . Acesso em 24 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2013.

CARVALHO, G. C. M. Participação da comunidade na saúde. Campinas: Saberes, 2014.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde. Passo Fundo: Saluz 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Nov. 2018.

CÔRTEZ, S.V., (Org.). Participação e saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/8znq5/pdf/cortes-9788575413463.pdf>. Acesso em: 30 de Nov. 2018.

DANTAS, V. L. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2014. p. 73-80.

Daron VLP. A educação popular em saúde como referencial para as práticas educativas, de fortalecimento do controle social, de promoção e de cuidado em saúde. Brasília: [s.n.]; 2008.

DAVID, C. T. N. **Representantes e representados**: relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Dissertação (Pós Graduação em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/4581> Acesso em: 03 de out. 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978; Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso em: 14 de out. 2018.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

LIPORONI, A. A. R. C. Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. 253 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2010.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos**: coletâneas em Serviço Social, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004, p. 123-124.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Dez. 2018.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método cartográfico**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Suina, 2015. 207p.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1297-1314, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

SIM, J., SAUNDERS, B.; WATERFIELD, J.; KINGSTONE, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, 01 - 18. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645579.2018.1454643>. Acesso em: 01 de Nov. 2018.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2,p. 07-18, 1998. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de out.2018.

VAN STRALEN, C. J. et al . Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11,n. 3,p. 621-632, Set. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de out. 2018.

VIACAVA, F. et al . SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6,p. 1751-1762, Jun 2018. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de out. 2018.

Apêndice A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
AOS REPRESENTANTES DE CADA SEGMENTO DOS CONSELHOS

1. N° identificação:
2. Idade:
3. Gênero:
4. Ocupação:
5. Escolaridade:
6. Categoria que representa no conselho de saúde:
 - 6.1 Usuário ()
 - 6.2 Gestor ()
 - 6.3 Prestador de serviço ()
 - 6.4 Trabalhador da saúde ()
7. Local da residência:
 - 7.1 Residência é: a) Própria b) Alugada c) Outros: _____
8. Possui alguma deficiência? Se sim, qual?
9. Nível de escolaridade:
10. Qual a renda mensal do seu grupo familiar?(soma do rendimento de todos que contribuem com a renda)
 - () Até um salário mínimo (R\$ 954,00)
 - () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,00 até R\$ 2.862,00)
 - () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,00 até R\$ 5724,00).
 - () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5724,00 até R\$ 8586,00)
 - () De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8586,00 até R\$ 11448,00)
11. Qual (is) são as fonte (s) de renda dos membros da família?
12. Total de pessoas que residem em sua casa que dependem da renda (incluindo você e o provedor da renda)

13. Quando você adoece recorre a quais serviços de saúde?
14. Como ficou sabendo do Conselho de Saúde? Como se deu sua inserção?
15. O que motivou sua participação?
16. Em sua opinião, qual é a função dos conselhos de saúde?
17. Qual é seu papel nesse espaço?
18. Como você vê a participação da população na gestão dos processos de saúde?
19. O que você identifica como potencialidade e como dificuldade do Conselho de Saúde?
20. O que costuma fazer quando algum serviço de saúde pública não lhe agrada?

Apêndice B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- para
entrevista dos representantes dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde**

**ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E
LIMITES NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a participação social na gestão da saúde nas dimensões do autocuidado, do trabalho em saúde e dos espaços de decisão das políticas de saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, na ESF Santa Rita e na Secretaria Municipal de Saúde, onde ocorrem as reuniões dos Conselhos de Saúde do município de Marau. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Jaqueline Miotto Guarnieri da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, orientado pela professora Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campos Passo Fundo e coorientado pela preceptora de campo Sandra Mara Setti.

Este estudo tem como objetivo geral analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde, justificando-se pela importância de se conhecer esses elementos e com isso repensar a lógica e o funcionamento dos espaços de controle social.

Como parte da pesquisa serão realizadas entrevistas, a qual foi convidado a contribuir, que objetivam lhe conhecer e conhecer suas percepções sobre o espaço que ocupa no Conselho de Saúde, sendo que somente será realizada através de

seu interesse e voluntariedade. A entrevista será gravada, para garantir o registro de todos elementos importantes para pesquisa, porém ao término do estudo serão deletadas para impedir o extravio e/ou exposição indevida das informações.

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Entretanto, será oferecida escuta e acolhimento, serão garantidos o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto aos profissionais da ESF de referência.

Estando de acordo em participar, as pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de sua quebra do sigilo, mesmo que não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva deste estudo, de forma oral e/ou escrita, que será em horário e local de sua preferência. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua contribuição na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

As pesquisadoras comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável a qualquer momento pelo telefone (54) 996361056 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail jaquemguarnieri@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2019

Assinatura do participante:

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Jaqueline Miotto Guarnieri

E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Telefone: (54) 99636-1056

Vanderléia Laodete Pulga

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

Telefone: (54) 99629-3228

Apêndice C

Apêndice C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
E COMUNIDADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

**ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E
LIMITES NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Autorizo a pesquisadora Jaqueline Miotto Guarnieri a ter acesso a todas documentações referentes ao Conselho Local da Estratégia Saúde da Família São José Operário, do município de Marau/RS, para que possa realizar seu Trabalho de Conclusão de Residência. Tal estudo tem como objetivo analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde e pretende contribuir para fortalecimento dos espaços de controle social. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nomes, instituições e informações que possam identificar os envolvidos.

Marau, 25 de março de 2019

Eliana P. Brentano
Enfermeira
COREN/RS 150301

Eliana Brentano

Representante do Conselho Local

Estratégia Saúde da Família São José Operário- Marau/RS

Apêndice D

Apêndice D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
E COMUNIDADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: PÔTENCIALIDADES E LIMITES NO CONTEXTO MUNICIPAL

Autorizo a pesquisadora Jaqueline Miotto Guarnieri a ter acesso a todas documentações referentes ao Conselho Local da Estratégia Saúde da Família Santa Rita, do município de Marau/RS, para que possa realizar seu Trabalho de Conclusão de Residência. Tal estudo tem como objetivo analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde e pretende contribuir para fortalecimento dos espaços de controle social. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nomes, instituições e informações que possam identificar os envolvidos.

Marau, 25 de março de 2019

THAÍS SCALCO
Farmacêutica
CRF/RS 18017

Representante do Conselho Local

Estratégia Saúde da Família Santa Rita- Marau/RS

Apêndice E

Apêndice E



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
E COMUNIDADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES NO CONTEXTO MUNICIPAL.

Autorizo a pesquisadora Jaqueline Miotto Guarnieri a ter acesso a todas documentações referentes ao Conselho Municipal de Saúde, do município de Marau/RS, para que possa realizar seu Trabalho de Conclusão de Residência. Tal estudo tem como objetivo analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde e pretende contribuir para fortalecimento dos espaços de controle social. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar nomes, instituições e informações que possam identificar os envolvidos.

Marau, 25 de março de 2019

A handwritten signature in blue ink is positioned above the name of the representative. The signature is stylized and appears to be 'Y. de B. J.'.

Representante do Conselho Municipal de Saúde

Marau/RS

Apêndice F



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

FICHA PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Título do documento:

2. Data:

3. Número de participantes:

4. Pautas abordadas:

Apêndice G



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- Oficina**ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES
NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a participação popular na gestão da saúde nas dimensões do autocuidado, do trabalho em saúde e dos espaços de decisão das políticas de saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, na ESF Santa Rita e na Secretaria de Saúde, onde ocorrem as reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município de Marau. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Jaqueline Miotto Guarnieri da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e é orientado pela professora Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este estudo tem como objetivo geral analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde, justificando-se pela importância de se conhecer esses elementos e com isso repensar a lógica e o funcionamento dos espaços de controle social.

Como parte da pesquisa, serão realizadas duas oficinas, uma em cada ESF citada, em que serão apresentados e discutidos os conceitos de saúde, participação popular e controle social, sendo que você poderá contribuir com suas experiências e

sabedorias. A narrativa desses encontros será registrada através de diários de campo, elaborados pela própria pesquisadora.

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Entretanto, será oferecida escuta e acolhimento, terá garantidos o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto aos profissionais da ESF.

Estando de acordo em participar, as pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita, em local e horário de sua preferência. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo

material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 996361056 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail jaquemguarnieri@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2019

Assinatura do participante:

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Jaqueline Miotto Guarnieri

E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Telefone: (54) 99636-1056

Vanderléia Laodete Pulga

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

Telefone: (54) 99629-3228

Apêndice H

APÊNDICE H



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
 CAMPUS PASSO FUNDO
 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
 FAMÍLIA E COMUNIDADE

Termo de ciência e concordância

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Fernanda Garbin** representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, envolvido no projeto de pesquisa intitulado: **"A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES NO CONTEXTO MUNICIPAL"**, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Marau, 26 de março de 2019.

Fernanda Garbin

Fernanda Garbin
 Coord. Ações em Saúde
 PM Marau/RS

Coordenadora das Ações em Saúde de Marau/RS

Jaqueline Miotto Guarnieri

Jaqueline Miotto Guarnieri

Psicóloga Residente – Pesquisadora responsável



CAPÍTULO III
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES NO CONTEXTO
MUNICIPAL



3.1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de campo constitui o terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, executado junto à Secretaria de Saúde de Marau/RS em Estratégias de Saúde da Família. Busca descrever o percurso e os processos de construção do trabalho de campo, considerando todas as vivências do aluno/profissional enquanto pesquisador.

A pesquisa de que trata tal relatório tem como título “A Participação Popular na saúde: Potencialidades e limites no contexto municipal” e possui o objetivo de analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde, justificando-se pela importância de se conhecer esses elementos e com isso repensar a lógica e o funcionamento dos espaços de controle social. Para construção desse estudo pretende-se utilizar o método cartográfico, e como instrumentos de coleta de dados o diário de campo, a ficha para análise documental e o roteiro de entrevista semiestruturada. Ressalta-se que o trabalho está em sua fase inicial, mas é evidente a importância do mesmo, bem como do presente relatório, para refletir e avaliar o caminho percorrido até então.

3.2. LOGÍSTICA E ETAPAS DA COLETA DE DADOS

Anterior à elaboração do projeto de pesquisa que deu origem ao presente relatório, houve a construção do Diagnóstico Territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, no qual foram levantadas as fragilidades e potencialidades do serviço, assim como a realidade da comunidade em seu entorno. Por meio desse instrumento, da análise das demandas de pesquisa e da inserção enquanto psicólogo residente, foi realizada a escolha do tema e do percurso metodológico traçado para responder ao problema identificado.

Considerando a observação de que a participação da comunidade nos espaços legítimos de controle social se dá de forma tímida e pouco efetiva, passou-se a questionar os motivos que estariam por trás disso e se haveriam outros movimentos feitos pela população para garantia de seus direitos. Assim, chegamos ao tema em estudo, a participação popular no controle social, tendo como objetivo analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação

popular na gestão dos processos de saúde. Para tanto optou-se por um estudo de abordagem qualitativa de cunho exploratório, realizado através do método da Cartografia.

Dessa forma, espera-se que esta pesquisa-intervenção possa trazer contribuições sobre a participação social nos processos de saúde em suas múltiplas dimensões e para a qualificação das diversas formas de protagonismo no cuidado de sua saúde, na saúde familiar, comunitária e coletiva, assim como nos processos de decisão das ações, serviços e do SUS em sua esfera municipal.

O projeto foi construído no decorrer do segundo semestre de 2018, apresentado e aprovado pela banca de qualificação no dia 27 de novembro do mesmo ano, sendo que as sugestões dadas pela banca foram analisadas e acrescentadas ao projeto. Após aprovação pela banca foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), enviado no dia dois de dezembro e com parecer substanciado emitido no dia 18 de dezembro, não sendo aprovado por haver uma série de pendências e por considerarem que as indefinições ou inadequações da proposta impediam a avaliação ética de forma objetiva.

Uma nova versão do trabalho somente foi submetida no dia 25 de março e teve o parecer liberado no dia 22 de abril, sendo aprovado sem nenhuma pendência, sob número 3.277.014. A nova versão do projeto buscou esclarecer os pontos levantados no parecer anterior e houve mudanças no título e na metodologia proposta para coleta de dados.

O título anterior era "A participação popular na gestão da saúde" e foi substituído pelo atual título "A Participação Popular na saúde: Potencialidades e limites no contexto municipal", considerado apropriado e condizente para o tema proposto. Sobre a metodologia, o trabalho foi dividido em três dimensões: pesquisa bibliográfica; análise de documentos dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS); entrevistas com representantes de cada segmentos presente nas reuniões dos conselhos; e as oficinas com a população sobre a participação popular no controle social. Acrescento que optou-se por chamar de dimensões e não etapas, justamente, pelo fato de a construção da pesquisa não seguirá uma forma estanque, com uma ordem premeditada.

Para a pesquisa bibliográfica, foram e ainda serão utilizados livros e artigos de bases bibliográficas sobre o tema com o intuito de lançar luz sobre o percurso traçado, fundamentar teoricamente as investigações e dialogar com outras abordagens, para que assim possa alcançar os objetivos deste projeto.

O trabalho já foi apresentado a equipe da ESF São José Operário e aos membros presentes na reunião do CLS do dia 05 de junho, momento em que foi realizado o convite para participarem da oficina, que ocorreu no dia 19 de junho, e para que um representante de cada segmento participasse da entrevista. No dia dois de julho, foi apresentada a pesquisa aos participantes da reunião do CLS da ESF Santa Rita e realizado o convite para participarem da entrevista.

Em virtude de ter atividades agendadas no mesmo dia de uma das reuniões do CMS e posteriormente as outras terem sido canceladas, ainda não foi apresentado o projeto e feito o convite aos integrantes do mesmo para a participação na pesquisa.

3.2.1. Entrevista com representantes dos conselhos de saúde

A entrevista com participantes dos conselhos de saúde do município foi escolhida como instrumento de coleta de dados com o intuito de conhecer, principalmente, os sentidos atribuídos aos espaços de controle social e a forma como estes intervêm no contexto social, através do olhar de seus atores. Para a realização das entrevistas está sendo utilizado o roteiro de entrevistas semiestruturada e as mesmas serão gravadas e transcritas, para garantir a fidedignidade dos dados. Essas especificidades estão descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e ao assinar o participante autoriza a realização, ressaltando que a qualquer momento ele poderá desistir da coleta.

O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B) desenvolvido para uso nesta pesquisa contém perguntas relacionadas à informações demográficas e socioeconômicas, que ajudará traçar o perfil dos participantes, além de questões relacionadas ao tema em estudo a fim de investigar as atribuições e significados dados pelos participantes aos espaços de controle social. A escolha dos entrevistados se dará por livre adesão dos integrantes dos referidos conselhos (mediante interesse de mais que um representante de cada segmento, será optado por realizar a entrevista com “participantes chaves”, que participam das reuniões há um período maior e conhecem mais sobre seu processo histórico) e a entrevista será realizada em local e horário a ser definido juntamente com cada um dos entrevistados.

Embora vários presentes na reunião do CLS da ESF São José Operário, em que foi apresentada a pesquisa, tenham demonstrado interesse e voluntariarem-se para a entrevista, optou-se por realizar a entrevista com dois participantes, um representante da categoria

profissional e um usuário, não havendo representantes da gestão e de prestadores de serviços presentes na reunião. Uma das entrevistas já foi realizada na própria ESF, no dia dois de julho e a outra está programada para ocorrer no mês de agosto, ainda sem data definida.

Na ESF Santa Rita, em que também já foi feito o convite aos participantes da reunião do CLS, não houve manifestação de interesse em participar da entrevista por parte dos usuários e dos profissionais, sendo que não há representação da gestão ou de prestadores de serviço. Desta forma, será feito novo convite na próxima reunião.

3.2.2. Oficinas como proposta de intervenção

As intervenções propostas pela pesquisa tratam-se de oficinas abertas a comunidade, realizadas nas ESF's que possuem CLS, em que se pretende explorar os temas “saúde”, “participação popular” e “controle social”. Para a realização das oficinas parte-se de princípios norteadores, como horizontalidade entre os participantes, o diálogo, a escuta, a humanização, a problematização e a valorização dos diferentes saberes e culturas. O intuito dessas intervenções é trabalhar a partir das vivências das pessoas envolvidas, ajudando produzir leituras críticas e transformar a realidade, as relações e as estruturas sociais, colocando-as como protagonistas da sua própria história e da história da sociedade.

A maneira como se deu/dará, bem como os elementos levantados durante as oficinas também fazem parte dos dados a serem analisados para a pesquisa, uma vez que estarão registrados através dos diários de campo. Essa ferramenta também está sendo utilizada para registrar acontecimentos e percepções obtidas no decorrer da pesquisa, considerando que a inserção no serviço de saúde oportuniza vivências constantes, relacionadas com o tema do presente estudo.

A primeira oficina foi realizada na ESF São José Operário, no dia 19 de junho e contou com a participação de 12 pessoas (6 usuários e 6 profissionais). Inicialmente foi apresentada a proposta da pesquisa e da oficina, após foi lido apresentado o TCLE (Apêndice C), que foi assinado por todos presentes. Na sequência, foi proposto a divisão dos presentes em dois grupos para a discussão e sugerido os temas “participação popular” e “controle social”, sendo que o grupo optou por dividir e cada um ficar com um dos temas. A forma como seria registrada a discussão ficou a critério dos grupos, assim como a organização e condução das discussões. Ao término do período destinado para isso, cerca de 15 minutos, os grupos compartilharam suas

constatações e, junto com a pesquisadora, construíram um olhar para a forma como se dão esses processos de gestão da saúde, avaliando suas potencialidades e dificuldades, além levantar o processo histórico de conquistas de direitos e as influências políticas existentes. Como registro desse momento, a pesquisadora optou por escrever, em cartazes presos à parede, as palavras ditas com maior frequência ou que resumissem o que havia sido discutido e para isso teve o auxílio dos participantes (IMAGEM 1).

A próxima oficina irá ocorrer junto ESF Santa Rita, com data prevista para três de setembro, após a reunião do CLS da unidade. Essa programação foi sugestão dos usuários e profissionais presentes na última reunião, dando como justificativa o fato de que seria mais viável utilizar uma parte da reunião para isso, ao invés de deslocarem-se novamente até a unidade em outro momento.

3.2.3. Levantamento e análise dos documentos dos conselhos de saúde

No intuito traçar um percurso histórico e buscar compreender o papel que os conselhos de saúde ocupam na elaboração e gestão da saúde do município, optou-se por utilizar os dados dos documentos existentes sobre os mesmos, incluem-se legislações, regimentos, atas e publicações. Para operacionalizar e permitir melhor visualização, os dados foram registrados na Ficha de análise documental (Apêndice D) na qual constam informações como datas, números de pessoas envolvidas e o conteúdo apresentado. Ao todo foram analisadas 148 atas, que compreendem às reuniões realizadas pelos conselhos de saúde do município no período de junho de 2011 a julho de 2019 (Tabela A).

TABELA A- PERÍODO E NÚMERO DE ATAS DE CADA CONSELHO DE SAÚDE

	Período	Nº de Atas
CLS São José Operário	07/2015 a 07/2019	36
CLS Santa Rita	07/2014 a 07/2019	43
CMS	06/2011 a 07/2019	69
TOTAL	-	148

É possível observar uma grande variação entre o número de atas existentes de cada conselho, porém não é possível afirmar que esses números correspondem ao número de reuniões realizadas, nos casos do CLS da ESF Santa Rita (GRÁFICO 1) e do CMS (GRÁFICO 2), uma vez que faltam arquivos, não há uma padronização (por vezes, há erros no título do arquivo, faltam numerações, não é feito o registro do número dos presentes ou então há o registro porém o número de assinaturas não corresponde, etc.) e as atas foram e ainda são registradas em folhas soltas, o que dificulta a ordem e o arquivamento. No CLS da ESF São José operário há um livro ata e observa-se maior controle nos registros (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 1- Número de reuniões registradas por ano, correspondentes ao CLS da ESF Santa Rita.

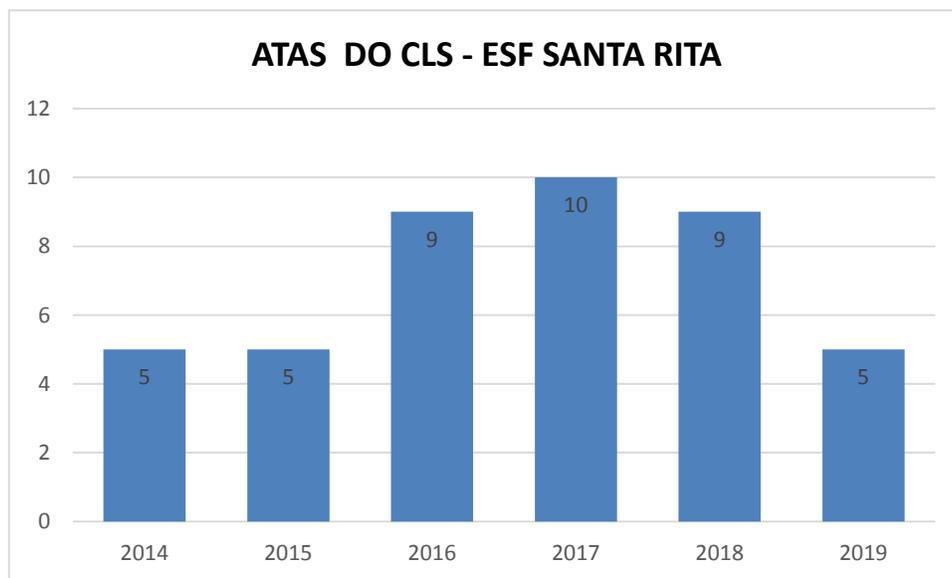


GRÁFICO 2- Número de reuniões registradas por ano, correspondentes ao CMS de Marau.

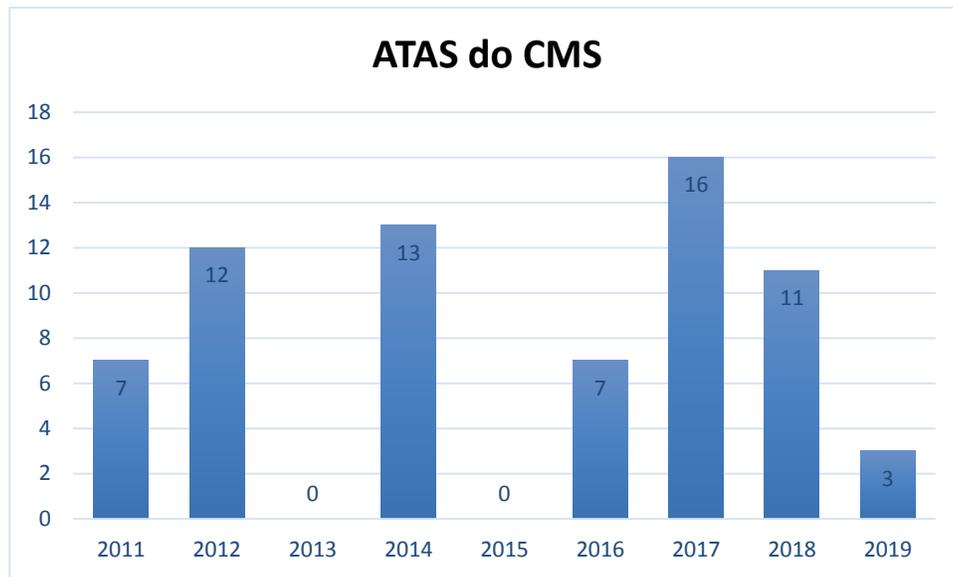
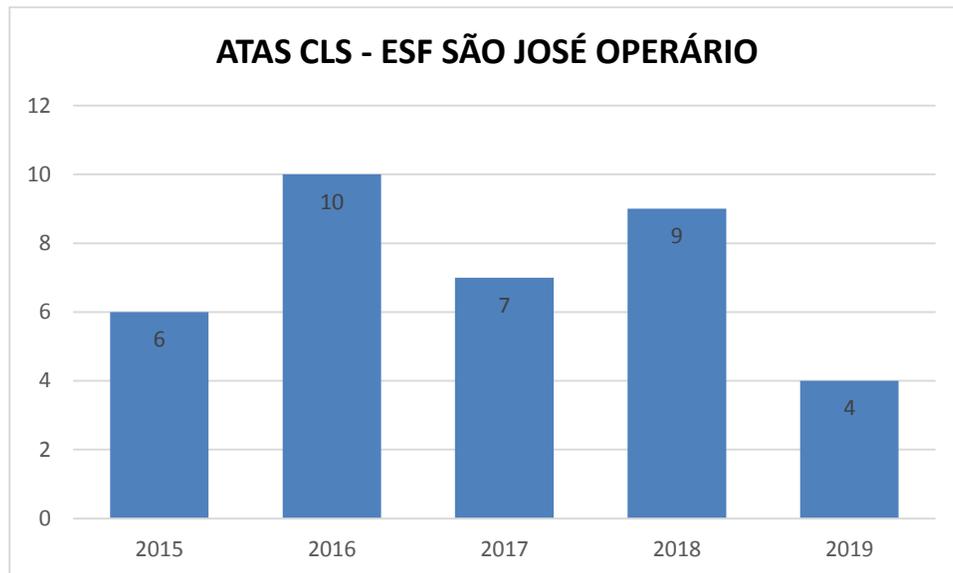


GRÁFICO 3- Número de reuniões registradas por ano, correspondentes ao CLS da ESF São José Operário.



Nos gráficos é possível observar que, embora as reuniões dos conselhos de saúde sejam mensais, somente o CMS possui o registro de doze ou mais atas, que incluem os registros de reuniões extraordinárias.

As pautas das reuniões foram categorizadas da seguinte forma: Necessidades da população (corresponde as pautas levantadas pelos usuários e profissionais, que estão diretamente ligadas às necessidades da comunidade, como ampliação do acesso aos serviços de saúde e

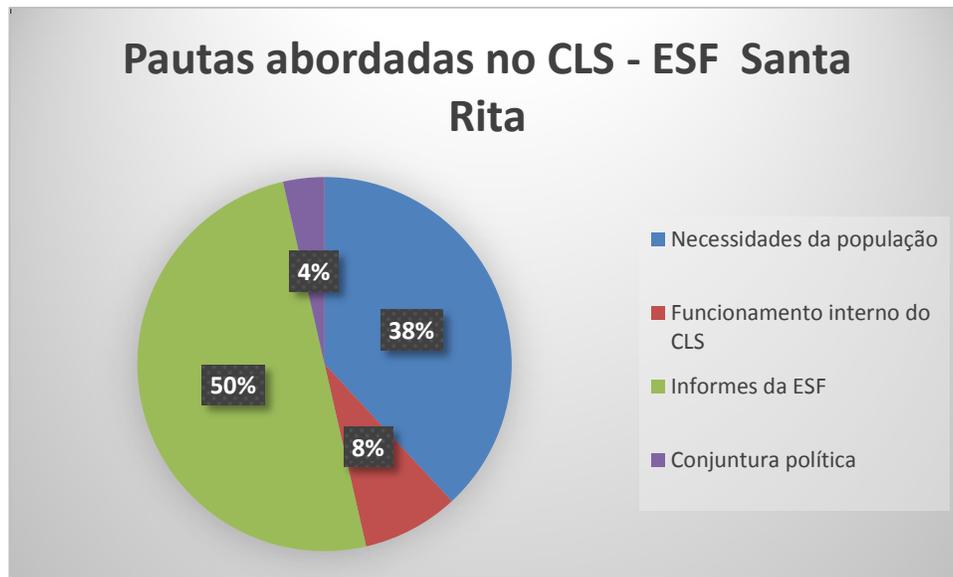
melhorias na comunidade – acessibilidade, segurança, educação, espaços de lazer, etc.); Funcionamento interno dos CLS e do CMS (refere-se a questões como escolha de representantes da comunidade, data de reuniões, importância e papel do espaço); Informes da ESF e Secretaria Municipal de Saúde (abrange informações dos serviços de saúde, convites para eventos); Conjuntura política (trata-se do registro das discussões relacionadas ao contexto macro político, como mudança nas políticas públicas e nas legislações); e Orçamento em saúde (que engloba relatórios, prestações de contas, Lei de Diretrizes Orçamentarias (LDO), Plano Plurianual (PP), Lei Orçamentaria Anual (LOA)).

Essa divisão por categorias possibilitou a construção de gráficos ilustrativos, nos quais se considerou o número de reuniões em que as pautas emergiram. Assim, é possível observar que no CLS da ESF São José Operário (GRÁFICO 5) há um equilíbrio entre as pautas relativas ao funcionamento da unidade, ao funcionamento do conselho e entre as demandas da comunidade. Já nas atas do CLS Santa Rita (GRÁFICO 6) pautas relacionadas ao funcionamento da ESF sobressaem-se as demais.

GRÁFICO 5: Pautas abordadas no CLS da ESF São José Operário.

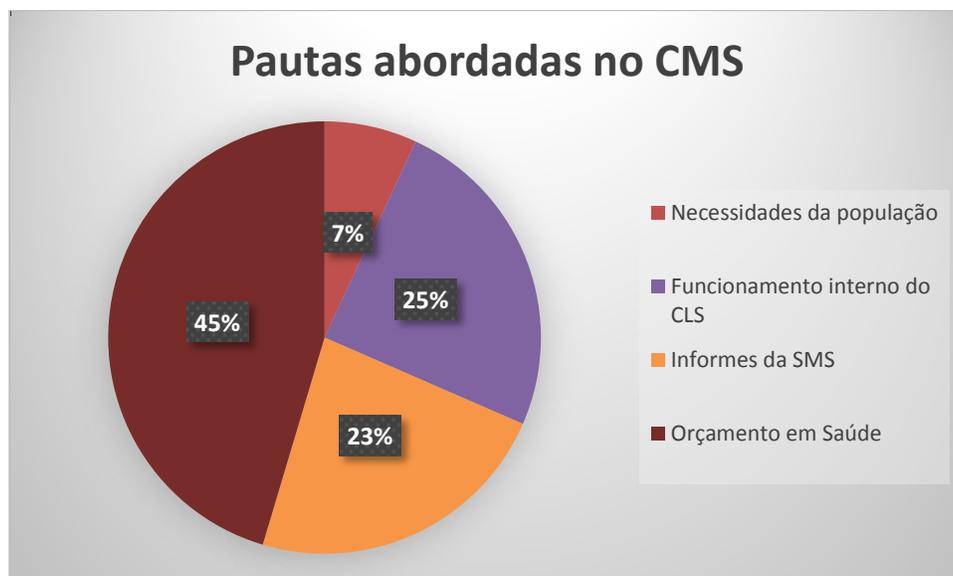


GRÁFICO 6: Pautas abordadas no CLS da ESF Santa Rita.



Ao compararmos os gráficos anteriores com o que corresponde as pautas do CMS (GRÁFICO 7) fica evidente que o foco das discussões neste último está direcionado as questões orçamentárias e pouco discutiu-se sobre aspectos diretamente ligados as necessidades da comunidade.

GRÁFICO 7: Pautas abordadas no CMS de Marau.



Outro dado que merece destaque é a média de participantes ao longo dos anos de cada conselho de saúde, considerando o número de assinatura que consta em cada ata, sendo que nos CLS a média total foi de 14 participantes e no CMS a média corresponde a 13 participantes.

Até o momento de entrega deste presente relatório não foi realizada uma análise mais aprofundada dos resultados obtidos e nem uma comparação com outras produções científicas, no intuito de atentar as características que condizem ou distinguem de outros conselhos existentes.

3.2.4. Vivências em controle social

Foram feitos registros em diário de campo dos dados sobre as conferências dos municípios de Passo Fundo e de Marau, bem como o registro das percepções da pesquisadora acerca do documento que impede a criação de novos conselhos e a manutenção de outros já existentes. Ainda, foram registrados em diário de campo os dados referentes a vivência da pesquisadora como delegada, na 8ª Conferência Estadual de Saúde que ocorreu em Porto Alegre e referentes a experiência na Conferência Livre Nacional de Educação Popular em Saúde e Encontro Estadual de Educação Popular em Saúde.

A 12ª Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo ocorreu nos dias 29 e 30 de março, na Universidade da Fronteira Sul (UFFS) (IMAGEM 2). No primeiro dia houve a abertura com a leitura e aprovação do regimento e o painel com o tema “Democracia e Saúde”. No segundo dia, houve os trabalhos em grupos com as seguintes temáticas: Saúde como direito; consolidação do SUS e financiamento do SUS. Na sequência houve a plenária, momento em que são apresentadas as propostas feitas nos grupos para a aprovação de todos, e a votação dos delegados, que representariam o município na conferência estadual. Durante a escolhas dos delegados me candidatei como representante do segmento dos profissionais e, por haver quase o mesmo número de vagas para o número de candidatos, optaram para que eu fosse uma das escolhidas.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde de Marau ocorreu no dia 10 de abril, na Casa da Cultura (IMAGEM 3). As unidades de saúde foram fechadas e os funcionários liberados para participar do evento. Inicialmente houveram as falas de convidadas, trazendo o resgate histórico do SUS, da participação social e as características da saúde do município e seu financiamento. Após, os grupos foram divididos para a discussão dos eixos temáticos “saúde como direito”,

“princípios do SUS” e “financiamento do SUS” e levantamento das propostas. Para finalizar foi realizada a plenária e a votação dos delegados do município.

Com o tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul aconteceu entre os dias 24 a 26 de maio deste ano (IMAGEM 4). O evento reuniu mais de 3 mil pessoas, entre delegados, trabalhadores da área, gestores e prestadores de serviços, no Auditório Araújo Vianna, em Porto Alegre/RS. A delegação de Passo Fundo contou com a presença de 20 participantes (IMAGEM 5). Na votação dos delegados para a conferência nacional, para os diferentes segmentos, houve a divisão pelas regiões do estado, e a pesquisadora foi escolhida para representar os profissionais da região norte do estado.

O último evento apreciado foi a Conferência Livre Nacional de Educação Popular em Saúde e Encontro Estadual de Educação Popular em Saúde, que ocorreu nos dias 31 de maio e 01 de junho, na UFFS (IMAGEM 6). O evento contou com a presença de educadores populares reconhecidos nacionalmente pelo seu histórico de luta e construção. Foram dois dias que oportunizaram muitos compartilhamentos e vivências intensas.

Todos esses momentos proporcionaram a aproximação com o tema em estudo, fazendo com que fosse possível “sentir na pele” como é estar em cada um dos espaços e ver de perto a forma como as pessoas ocupam e lutam por seus direitos.

3.3. CONCLUSÃO

Embora ainda hajam etapas a serem concluídas, o trabalho realizado até o momento de entrega deste relatório tem sido de grande importância e de muitos aprendizados. A aproximação com o tema a partir de diferentes experiências práticas tem permitido uma melhor compreensão dos processos e das relações estabelecidas entre os atores e os diferentes cenários. Esse aspecto torna o estudo ainda mais especial e motiva sua sequência.

Dentre os principais desafios encontrados para o desenvolvimento desta pesquisa estão os imprevistos e horários incompatíveis, que conseqüentemente adiam a coleta dos dados. Além disso, o cenário político atual, que tem buscado enfraquecer a coletividade, pode ser considerado um obstáculo, uma vez que faz com que a sociedade desacredite das políticas públicas e deixe de lutar por seus direitos.

Tendo em vista esses aspectos, tanto relacionados as potencialidades quando aos desafios, ressalta-se a importância desse estudo para instigar, promover e fortalecer os espaços de participação popular, lançando luz sobre elementos pouco discutidos e possibilitando o olhar e a escuta aos atores envolvidos.

Apêndice A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- para entrevista
dos representantes dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde**

**ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES
NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a participação social na gestão da saúde nas dimensões do autocuidado, do trabalho em saúde e dos espaços de decisão das políticas de saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, na ESF Santa Rita e na Secretaria Municipal de Saúde, onde ocorrem as reuniões dos Conselhos de Saúde do município de Marau. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Jaqueline Miotto Guarnieri da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, orientado pela professora Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campos Passo Fundo e coorientado pela preceptora de campo Sandra Mara Setti.

Este estudo tem como objetivo geral analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde, justificando-se pela importância de se conhecer esses elementos e com isso repensar a lógica e o funcionamento dos espaços de controle social.

Como parte da pesquisa serão realizadas entrevistas, a qual foi convidado a contribuir, que objetivam lhe conhecer e conhecer suas percepções sobre o espaço que ocupa no Conselho de Saúde, sendo que somente será realizada através de seu interesse e voluntariedade. A entrevista será gravada, para garantir o registro de todos

elementos importantes para pesquisa, porém ao término do estudo serão deletadas para impedir o extravio e/ou exposição indevida das informações.

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Entretanto, será oferecida escuta e acolhimento, serão garantidos o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto aos profissionais da ESF de referência.

Estando de acordo em participar, as pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de sua quebra do sigilo, mesmo que não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva deste estudo, de forma oral e/ou escrita, que será em horário e local de sua preferência. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua contribuição na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo

material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

As pesquisadoras responsáveis comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 996361056 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail jaquemguarnieri@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2019

Assinatura do participante:

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Jaqueline Miotto Guarnieri

E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Telefone: (54) 99636-1056

Vanderléia Laodete Pulga

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

Telefone: (54) 99629-3228

Apêndice B

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
AOS REPRESENTANTES DE CADA SEGMENTO DOS CONSELHOS**

11. N° identificação:

12. Idade:

13. Gênero:

14. Ocupação:

15. Escolaridade:

16. Categoria que representa no conselho de saúde:

6.1 Usuário ()

6.2 Gestor ()

6.3 Prestador de serviço ()

6.4 Trabalhador da saúde ()

17. Local da residência:

7.1 Residência é: a) Própria b) Alugada c) Outros: _____

18. Possui alguma deficiência? Se sim, qual?

19. Nível de escolaridade:

20. Qual a renda mensal do seu grupo familiar? (soma do rendimento de todos que contribuem com a renda)

() Até um salário mínimo (R\$ 954,00)

() De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,00 até R\$ 2.862,00)

() De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,00 até R\$ 5724,00).

() De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 5724,00 até R\$ 8586,00)

() De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 8586,00 até R\$ 11448,00)

11. Qual (is) são as fonte (s) de renda dos membros da família?

12. Total de pessoas que residem em sua casa que dependem da renda (incluindo você e o provedor da renda)
13. Quando você adoecer recorre a quais serviços de saúde?
14. Como ficou sabendo do Conselho de Saúde? Como se deu sua inserção?
15. O que motivou sua participação?
16. Em sua opinião, qual é a função dos conselhos de saúde?
17. Qual é seu papel nesse espaço?
18. Como você vê a participação da população na gestão dos processos de saúde?
19. O que você identifica como potencialidade e como dificuldade do Conselho de Saúde?
20. O que costuma fazer quando algum serviço de saúde pública não lhe agrada?

Apêndice C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- Oficina

**ESTUDO: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: POTENCIALIDADES E LIMITES
NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a participação popular na gestão da saúde nas dimensões do autocuidado, do trabalho em saúde e dos espaços de decisão das políticas de saúde, que será desenvolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, na ESF Santa Rita e na Secretaria de Saúde, onde ocorrem as reuniões do Conselho Municipal de Saúde do município de Marau. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Jaqueline Miotto Guarnieri da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e é orientado pela professora Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este estudo tem como objetivo geral analisar os elementos que influenciam no protagonismo e na participação popular na gestão dos processos de saúde. Como parte da pesquisa, serão realizadas duas oficinas, uma em cada ESF citada, em que serão apresentados e discutidos os conceitos de saúde, participação popular e controle social, sendo que você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. A narrativa desses encontros será registrada através de diários de campo, elaborados pela própria pesquisadora.

Como benefícios diretos do presente estudo, será disponibilizado a você um espaço acolhedor, de respeito e valorização de seu saber. Além disso, este estudo

pode trazer benefícios ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Básica no sentido de permitir aos profissionais de saúde repensar a relevância do saber popular e dos espaços que aproximam a comunidade do serviço, promovendo a valorização de suas diferentes formas de organização.

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, por envolver a exposição de sentimentos e elementos de suas histórias de vida. Entretanto, será oferecida escuta e acolhimento, terá garantidos o direito e respeito às suas falas e expressões e, caso haja necessidade, será encaminhada (o) para acolhimento junto aos profissionais da ESF.

Estando de acordo em participar, as pesquisadoras serão as únicas a terem acesso aos dados e tomará todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os

procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 996361056 ou pelo telefone (54) 3342-0827 (entre 07:30 e 17:00), e-mail jaquemguarnieri@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, de de 2019

Assinatura do participante:

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Jaqueline Miotto Guarnieri

E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Telefone: (54) 99636-1056

Vanderléia Laodete Pulga

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

Telefone: (54) 99629-3228

Apêndice D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

FICHA PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Título do documento:

2. Data:

3. Número de participantes:

4. Pautas abordadas:

IMAGEM 1- Cartazes construídos a partir dos relatos e discussões na oficina realizada com profissionais e usuários na ESF São José Operário.



IMAGEM 2- Conferência Municipal de Saúde de Passo Fundo (mesa de abertura).



IMAGEM 3- Conferência Municipal de Saúde de Marau



IMAGEM 4- Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul



IMAGEM 5- Delegação representante do município de Passo Fundo na Conferência Estadual de Saúde



IMAGEM 6: Conferência Livre Nacional de Educação Popular em Saúde e Encontro Estadual de Educação Popular em Saúde





CAPÍTULO IV- ARTIGO CIENTÍFICO

**A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO
CONTEXTO MUNICIPAL**



A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CONTEXTO MUNICIPAL

POPULAR PARTICIPATION IN HEALTH: CHALLENGES AND POTENTIALS IN THE MUNICIPAL CONTEXT

Jaqueline Miotto Guarnieri²

Sandra Mara Setti³

Vanderléia Laodete Pulga⁴

RESUMO

A legitimação da participação popular e sua inserção em espaços de controle social, como os conselhos e conferências, ainda encontra uma série de entraves para sua efetivação, mas representou uma conquista histórica importantíssima para busca da sonhada democracia no Brasil. Esta pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa, buscou conhecer e elucidar os motivos que afastam e/ou atraem a população dos espaços institucionais de participação e de controle social na saúde. Para isso, utilizou-se da observação participante e registros em diário de campo de vivências em espaços de controle social e participação popular, além da pesquisa documental sobre os Conselhos Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, existentes em um município da região norte do Rio Grande do Sul. Os resultados evidenciaram fragilidades quanto à estruturação e o funcionamento dos conselhos de saúde e a influência disso sobre a efetiva participação popular. Também elucidaram potencialidades presentes nesses espaços que são base para o enfrentamento dos desafios no atual contexto. As reflexões aqui trazidas poderão contribuir para fortalecer a participação popular nos processos de saúde, bem como trazer elementos a problematização e o aprimoramento desses espaços institucionais.

PALAVRAS CHAVES

Controle Social; Participação Popular; Conselhos Municipais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão participativa.

² Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo em parceria com o município de Marau/RS. Endereço: Rua Santa Luzia, nº69/Ap 102- Bairro São José Operário, Marau/RS, CEP: 99150-000, e-mail: jaquemguarnieri@gmail.com.

³ Psicóloga preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo em parceria com o município de Marau/RS e coorientadora.

⁴ Docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo em parceria com o município de Marau/RS e orientadora.

ABSTRACT

The legitimation of popular participation and its insertion in spaces of social control, such as councils and conferences, still presents a number of obstacles to its fulfillment. However, it was a very important historical achievement in the pursuit of the desired democracy in Brazil. This intervention research, with a qualitative approach, sought to study and elucidate the reasons that distance and / or attract the population to the institutional spaces of participation and social control in health. For this, we used participant observation and field diary records of experiences in spaces of social control and popular participation, besides the documentary research on the Local Health Councils and the Municipal Health Council that exist in a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul. The results showed weaknesses regarding the structure and functioning of health councils and their influence on effective popular participation. They also elucidated potentialities present in these spaces that are the basis for facing the challenges in the current context. The reflections may contribute to strengthening popular participation in health processes, as well as to bring elements to the problematization and improvement of these institutional spaces.

KEYWORDS: Social control; Popular participation; Municipal Health Councils; Public Health System; Participative management.

INTRODUÇÃO

A intensa mobilização social em prol da democracia, iniciada no contexto ditatorial, possibilitou a conquista do povo brasileiro de um sistema de saúde público, de caráter universal, integral e equânime em seus princípios e diretrizes. Voltado às necessidades reais, reconhece a importância da população na implementação cotidiana do cuidado e dos serviços de saúde através da participação e do controle social. Estes preceitos estão descritos na Constituição de 1988 que preconiza a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), e nas leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011).

A Lei nº. 8.080/90 e o Decreto 7.508/11 que a regulamenta, dispõem sobre as ações e serviços de saúde desenvolvidos em todo território, estabelecendo os princípios e diretrizes complementares à Constituição para sua execução, entre eles a universalidade do acesso, descentralização, integralidade e equidade de assistência e o controle social (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011). A Lei nº. 8.142/90 direciona-se, especificamente, às transferências entre as

instâncias dos recursos financeiros e detalha aspectos da participação da comunidade na gestão desses recursos, através dos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

As conferências consistem em espaços que unem a representação de diferentes segmentos sociais em encontros com periodicidade de quatro anos e possuem o intuito de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde. Já os conselhos de saúde, que possuem caráter permanente e deliberativo, objetivam formular estratégias, avaliar e monitorar a execução de políticas de saúde (BRASIL, 1990b). Dessa forma, tanto os conselhos quanto às conferências de saúde, constituem-se em espaços privilegiados para expor as necessidades da população, instigar a implantação de serviços, elaborar e acompanhar a execução das políticas de saúde nas diferentes instâncias, além de monitorar e fiscalizar a gestão destas, garantindo o adequado uso dos recursos investidos.

Entretanto, na prática, a área da saúde sempre se constituiu em alvo de disputa de interesses econômicos, políticos e de diferentes projetos com a ação de diversos atores sociais tanto nos espaços de gestão do Estado (no poder Executivo, Legislativo e Judiciário) como nos de participação e controle social. Assim, é possível identificar entraves históricos e conjunturais que impossibilitam a execução do que é preconizado (i.e. falta de recursos financeiros para o cumprimento das atribuições; domínio da fala por parte dos técnicos; burocratização; desvalorização, subordinação e falta de estrutura para agir; entre outros). Ou seja, há um longo caminho a ser percorrido para a efetivação dos preceitos, propiciando a implementação de políticas de saúde baseadas nos princípios do SUS (LIPORONI, 2010).

Considerando a importância histórica da participação da comunidade na garantia de direitos e, especialmente, na gestão da saúde, esta reflexão traz os resultados de uma pesquisa, fruto de um trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde, realizada num município do interior do Rio Grande do Sul, junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e em dois Conselhos Locais de Saúde (CLS's), existentes até o período desse estudo. Buscou-se conhecer e elucidar os motivos que afastam e/ou atraem a população dos espaços institucionais de participação e de controle social da saúde a fim de contribuir para avaliações e o repensar da lógica de atuação nesses espaços.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada em um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul e a escolha se deu em virtude deste ser o campo de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa e exploratória, com uso de observação participante e análise documental. Segundo Minayo (2007), a importância da observação participante reside no fato de se poder captar uma variedade de situações ou fenômenos não obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

A implicação e o engajamento enquanto profissional residente na Atenção Básica no cenário municipal, também possibilitou a pesquisa-intervenção. Esta se caracteriza como um tipo de investigação social com base empírica, concebida e feita associadamente com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011; LOURAU 2014). A intervenção foi vivenciada no trabalho em ato (MERHY, 2002), produzindo uma autorreflexão coletiva. Ademais, o pesquisador modifica e é modificado pela vivência que a ação de pesquisar enseja. Nessa pesquisa qualitativa e exploratória a ação de pesquisadora é vista como aquela que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social, sendo tratada por meio da história, do universo, dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes dos atores sociais.

Para a coleta de dados, foi utilizada a observação participante com anotações em diário de campo, referentes à participação nas plenárias dos conselhos de saúde do município cenário, realizadas a partir de março de 2018 a junho de 2019, e das Conferências Municipal e Nacional de Saúde, que ocorreram em maio de 2019 e agosto de 2019, respectivamente. O diário de campo trata-se de uma ferramenta utilizada em diversos métodos de pesquisa, pois se adapta ao modo como o pesquisador realiza seu trabalho. Tal ferramenta apresenta um caráter descritivo-analítico, investigativo e de sínteses provisórias e reflexivas, sendo uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e do agir (LEWGOY, ARRUDA, 2004).

Destaca-se que, no município cenário, a criação do CMS foi estabelecida por Lei e Decreto municipal. Ainda, existem no município dois Conselhos Locais de Saúde (CLS's) que

são organizados e realizados em duas unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF), e os registros de sua existência datam de 2014 e 2015. Para esse estudo foram considerados os registros existentes até julho de 2019, e optou-se em identificar os CLS por números (CLS 1; CLS 2).

Ao todo foram analisadas 148 atas, que compreendem às reuniões realizadas pelos conselhos de saúde do município no período de junho de 2011 a julho de 2019. Além destas, foram analisadas 69 atas correspondentes ao CMS, que embora já tenha décadas de existência, os primeiros registros de sua atuação correspondem a junho de 2011, sendo que nos anos de 2013 e 2015 não há nenhum registro das atividades. O CLS 1, foi criado em julho de 2014, e foram registradas 43 atas nesse período, que foram analisadas de forma integral. O CLS 2, foi criado em julho de 2015, registrou 36 atas, que também foram analisadas integralmente. As reuniões de todos os conselhos de saúde possuem periodicidade mensal, podendo ocorrer reuniões extraordinárias dentro desse período, e nas atas são registradas as principais discussões realizadas. Cabe destacar a inexistência de registros de recomendações, moções ou outros atos deliberativos, assim como não foram encontrados os relatórios das conferências anteriores.

Para operacionalizar e permitir melhor visualização, os dados foram registrados em uma ficha para análise documental, na qual constam informações como datas, números de pessoas envolvidas e o conteúdo apresentado. A análise documental dos Conselhos de Saúde permitiu a apreciação das principais discussões e deliberações dos Conselhos Locais e do Conselho Municipal de Saúde no período, como atas de reuniões, relatórios para a gestão municipal, dentre outros registros disponíveis. Com efeito, foi possível identificar informações complementares e ilustrativas sobre a ação e o papel desses espaços de controle social no SUS.

Os dados obtidos a partir deste estudo foram interpretados por meio da análise de conteúdo, que trata-se de um conjunto de técnicas que analisam as formas de comunicação, que visa obter, por meio de procedimentos sistematizados, indicadores que possam inferir sobre conhecimentos referentes às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

O objetivo deste método é poder analisar o que as mensagens querem traduzir (conteúdo e expressão desse conteúdo), no intuito de inferir sobre outra realidade que não a da mensagem. Distingue-se três fases da análise de conteúdo: 1) a pré-análise, que geralmente possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores capazes de fundamentar a interpretação final; 2) a

exploração do material e organização através de unidades de codificação, como a categorização utilizada para esse estudo, que permite reunir informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, fase em que se busca transformar o resultados brutos em significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Com base nos registros sistematizados, foram construídas três categorias analíticas, a saber: Estratégias de participação popular na saúde; Necessidades em saúde da população e a relação com a participação e o controle social do SUS no âmbito municipal; Limites, desafios e possibilidades da participação popular. Ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após o projeto ter sido apreciado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o parecer número 3.277.014.

Resultados e Discussão

A legitimação da participação popular em espaços de controle social, como os conselhos e conferências, sinalizou o fortalecimento do processo democrático no país. Entende-se por participação popular um conjunto de ações, de diferentes forças sociais, que objetivam influenciar o modo como são formuladas, executadas, fiscalizadas e avaliadas as políticas públicas e/ou serviços básicos na área social, funcionando como instrumento propulsor de mudanças e mecanismo de proteção de direitos (VALLA, 1998).

Considerando o município cenário, a existência e o funcionamento do CMS se fazem importante e, mesmo sendo um dos poucos que têm a existência de Conselhos Locais de Saúde, em duas das treze ESF's, evidencia que ainda há desafios para que a participação popular se concretize e se efetive. A ausência de parte dos registros documentais e de padronização dos existentes, bem como a desatualização do regimento interno do CMS ou mesmo a inexistência deste nos CLS, sugere que há pouca valorização desses espaços, desde sua origem. Outro fator, que corrobora com essa percepção é o baixo número de participantes nas reuniões. Considerando o número de assinaturas em cada ata e o que foi observado durante o período da pesquisa, houve em média quatorze participantes nos CLS e treze participantes no CMS, sendo considerado um número pouco expressivo.

No CMS, legalmente, a representação deve se dar por meio de indicação paritária de

entidades, como prevê a Lei 8.142/90 e a Resolução Nº 453/12, ou seja 50% deve ser ocupado por entidades e movimentos representativos de usuários e 50% por gestores, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores. Destes, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012). Entretanto, observou-se pouca preocupação em relação à paridade entre os membros e estes, em sua maioria, estão há muitos anos ocupando esses assentos, havendo pouca abertura para que outras entidades sejam incluídas. O recomendado, a partir da Resolução nº 453/12, seria que a cada nova eleição, os diferentes segmentos que compõem os Conselhos de Saúde promovessem a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas (BRASIL 2012).

A baixa rotatividade de representantes nestes espaços está relacionada com a provável insuficiência do exercício democrático por parte da própria sociedade civil, permitindo a cristalização de determinados sujeitos como porta-vozes dos diferentes interesses econômicos e sociais (COHN, 2003). O processo de eleição da mesa diretora, inclusive, expressou essa tendência, uma vez que não houve interesse por parte dos membros em compor a mesma e indicaram nomes que já desempenhavam essa função.

Nos CLS, a participação não estava condicionada a escolha de conselheiros/as representantes. Os membros presentes nesses espaços eram profissionais das ESF's, algumas lideranças comunitárias engajadas com as necessidades de saúde local e, raras vezes, havia a presença de algum representante da gestão, ou algum ocupante de cargos políticos. A presença de algum destes atores foi um atrativo para um maior número de representantes da comunidade. Entretanto, observou-se que estes utilizavam do espaço para justificar o não cumprimento de cobranças da população, nem sempre as considerando como necessidades reais.

Esta constatação sugere que a população entendia que o papel da gestão é de resolução de seus problemas de saúde e que, ao saberem da participação dos gestores nas reuniões, acreditavam que aquele espaço tinha poder de resolução de suas demandas ou necessidades de saúde. Da mesma forma, pode ser entendida como um meio de legitimação de quem está na gestão. De qualquer modo, é fundamental a participação popular junto aos conselhos e a presença de integrantes das equipes de saúde e da gestão pode contribuir para o fortalecimento das ações e a implantação do SUS no âmbito local e municipal.

Observou-se que a composição tanto do CMS como dos CLSs divergia ao previsto em lei,

em que deveria ser considerada a representatividade, a abrangência e a complementaridade como critério de inclusão de órgãos, entidades e movimentos sociais nos Conselhos de Saúde (BRASIL 2012). Nestes, a maioria das pessoas efetivamente envolvidas não possuíam vínculo com movimentos sociais organizados, não retratavam a diversidade cultural e humana do município e, por vezes, não representavam o que era de interesse coletivo. Essas fragilidades na representatividade, podem justificar de forma parcial o desconhecimento da sociedade sobre instrumentos de controle social e sua importância (PEREIRA et al., 2019).

A defesa por interesses próprios ou mesmo por receio de conselheiros/as em expor seus posicionamentos foram evidenciados no CMS. Alguns/as conselheiros/as com vínculo empregatício e/ou beneficiados/as de alguma forma com a gestão de saúde, pareciam estar a serviço da mesma e atuarem como legitimadores/as de sua atuação. Por haver a possibilidade de conflitos de interesse, recomenda-se que profissionais com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou ocupam este espaço como representante do segmento de prestador de serviços de saúde, não devam estar como representantes dos/as usuários/as ou de trabalhadores/as (BRASIL, 2012).

Como consequência disso, observou-se passividade e ausência de protagonismo neste espaço, onde os conselheiros/as, por vezes deixavam de ocupar o papel de atores e tornando-se figurantes a mercê de interesses da gestão e/ou de setores específicos. Somam-se a isso outros fatores que interferiram no protagonismo da população e autonomia dos conselhos, como: ausência de divulgação dos trabalhos e decisões dos conselhos nos meios de comunicação disponíveis; ausência de orçamento para viabilizar suas ações; fragilidades no acompanhamento da execução da política de saúde; desconhecimento do papel dos conselhos e de legislações; reuniões em horário de trabalho dificultando a participação da comunidade.

Como maneira de fazer cumprir seus direitos ou tornar suas necessidades parte da agenda pública/política a ser reconhecida pelos sujeitos que compõe a gestão da saúde, a população vem buscando estratégias próprias e diferentes formas de atuação. Dentre as estratégias utilizadas, observou-se a preferência pelo contato direto com os gestores, ou figuras públicas, como forma de cobrar “promessas políticas”. Observou-se, também, uma busca por veículos de comunicação, como jornais e páginas em redes sociais, para expor os problemas locais, dar visibilidade e chamar atenção dos órgãos competentes para sua resolução.

A descrença na política e nos políticos pode fazer com que a população busque outros

caminhos para efetivação de seus direitos. Dentre as várias propostas de participação popular despontariam duas tendências, sendo: a mobilização de cidadãos que procuram obrigar os governantes a sentar-se à mesa para negociar as reivindicações populares e a insistência no trabalho popular segundo a idéia de mutirão, de apoio mútuo, de solidariedade (VALLA, 1998). Torna-se necessário identificar e reconhecer essas manifestações populares, a fim de legitimar seu valor e fazer-las parte da agenda política, tanto por parte dos conselhos de saúde, quanto dos gestores.

Com relação à análise das atas, as pautas categorizadas como “Necessidades da população” corresponderam às discussões levantadas pelos participantes diretamente ligadas às necessidades locais (i.e. solicitação por ampliação do acesso aos serviços de saúde, melhorias na comunidade, acessibilidade, segurança, educação, saneamento e espaços de lazer). Mesmo aparecendo repetidas vezes, tais pautas (i.e. a ampliação do número de atendimentos pelos dentistas, reforma das estruturas das unidades) não apresentavam resolutividade por parte das instâncias responsáveis.

Nos CLS a discussão em torno destas demandas ocorria em todas as reuniões, enquanto que no CMS ficou entre as pautas menos abordadas. Considerando o conceito ampliado de saúde e os processos de produção de saúde e adoecimento das populações a partir da compreensão da determinação social da saúde e da doença, o debate sobre as necessidades de saúde da população deveriam perpassar todos os espaços de participação e controle social.

Os elementos centrais para a mobilização das pessoas para a participação social na saúde apresentados nessa pesquisa estão relacionados às necessidades cotidianas de vida que incidem sobre a saúde. Esse aspecto é fundamental para que as reuniões e encontros integrem esse tipo de tema, como forma de valorização e de reconhecimento dessas necessidades, assim como estratégias de fortalecimento do controle social no SUS.

As pautas sobre “Funcionamento interno do CLS e CMS” estavam relacionadas às questões organizativas (i.e. atualização do regimento interno, escolha e frequência de representantes, data de reuniões, além da importância e papel desses espaços). Pautas como o pouco número de participantes, importância do espaço e datas das reuniões foram discutidas e registradas em grande parte das reuniões do CLS 2, enquanto pautas relativas a atualização de regimento interno, necessidade de capacitação e ausência de conselheiros/as foram registradas em parte das atas existentes do CMS. No CLS 1, esses tipos de discussões estavam entre as

menos registradas.

Os assuntos referentes a “Comunicações e fluxos dos serviços de saúde” envolveram informações dos serviços de saúde, como férias de profissionais, fluxo de exames e consultas, horário de funcionamento, convites para eventos e divulgação em números de serviços prestados. Pautas desta natureza predominaram sobre as demais no CLS 1, enquanto que nos demais foi dada menor importância. Ressalta-se que, embora seja importante que os usuários/as tenham conhecimento sobre a rotina de trabalho da ESF, observou-se que ao tomar como central nas discussões descaracterizou-se o espaço e atribuiu-se aos profissionais o papel principal.

Nesse sentido, ao tomar como referência o saber do profissional, assume-se uma postura que dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados através de experiências concretas, sobre vivências, que distinguem-se dos profissionais. Para que haja uma relação respeitosa e interativa entre os saberes de profissionais de saúde e de usuários, ambos precisam reconhecer que há saberes diferentes e não desiguais e que ambos têm sua importância e seu valor. Quando ocorre uma relação de supervalorização dos conhecimentos de profissionais de saúde isso pode produzir relações desiguais ou de dominação diante dos usuários (VALLA, 2000).

Quanto a “conjuntura política”, que trata-se do registro das discussões relacionadas ao contexto macro político, como mudança nas políticas públicas e nas legislações, observou-se a menor prevalência nos CLS. Não há nenhum registro de discussões desta natureza no CMS. Dentre as possíveis justificativas para isso emerge o fato da política não ser vista como instrumento propulsor de mudanças, mas sim como um território hostil, corrupto, designado apenas aos sujeitos com poder, distante das realidades e insuscetível aos desejos do povo (NOGUEIRA, 2001).

Pautas sobre “Orçamentos em saúde” que englobam relatórios, prestações de contas, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Plurianual (PP), Lei Orçamentária Anual (LOA), foram observadas apenas no CMS, sendo o tipo de pauta que possui maior quantidade de registros nas atas. Isso se deve, tanto pelas prerrogativas legais, onde os Conselhos de Saúde devem definir a aplicação e a fiscalização dos recursos da saúde, seja por demanda sempre presente pelos gestores junto aos conselhos. Porém, foi possível identificar que, na maioria das vezes, essas pautas são submetidas com o intuito de ter registro em ata para ser enviada às instâncias superiores para liberação de recursos e aprovação de projetos e que, como não houve o

envio prévio do conteúdo a ser discutido e estes exigem conhecimento técnico, a discussão e a construção conjunta entre os diferentes representantes se tornou frágil. A demanda por capacitação e formação de conselheiros/as de saúde está descrita em algumas atas, mas foi um pedido feito em inúmeros outros momentos, devido a necessidade de conhecimentos para tomada de decisões fundamentais que o CMS tem por atribuição. Essa demanda, assim como os raros apontamentos de irregularidades feitos ou mesmo pedidos de esclarecimentos, são vistos como irrelevantes, sem pertinência e foram ignorados. A indisponibilidade de tempo e/ou ausência de profissionais que possam proporcionar tal “capacitação”, por vezes, são justificativas dadas para sua inexistência.

A falta de conhecimento impacta diretamente a dinâmica da participação e coloca os gestores em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil. O acesso à informação proporciona a expansão da capacidade argumentativa dos representantes nos processos decisórios e implica mudanças na condução dos processos. Assim, a falta de conhecimento fragiliza a comunicação entre o conselho e responsáveis pela execução das políticas e, conseqüentemente, reduz a capacidade desta instância intervir na responsabilização das agências estatais (TATAGIBA, 2002). Ademais, a hegemonia da secretaria de saúde e a pouca disposição de discutir o orçamento podem levar os usuários a descreditarem na viabilidade do conselho e os afaste desses espaços, afetando a representatividade da população (VALLA, 2000). Ao se fazer uma análise mais rigorosa da atuação dos conselhos do município, é possível identificar que os CLS produzem pouca influência sob a forma em que é pensada a saúde no município, inclusive porque o próprio CMS não reconhece o papel dos CLS como parte de seu processo organizativo e democrático.

Ao analisarmos o contexto macrossocial observa-se que a concepção de um sistema de saúde público e universal, calcado na gestão participativa e com espaços legítimos para isso, como os Conselhos e Conferências em saúde, encontra na lógica capitalista e neoliberal o maior de seus desafios (NOGUEIRA, 2001). Desde a criação e, principalmente, nos últimos anos, a visão da saúde como mercadoria e a ação de agentes econômicos e políticos nessa mesma perspectiva, têm levado a precarização e ao desmonte do SUS.

Como exemplo disso, é a proposta de Emenda à Constituição nº 95 de 2016, que impôs um novo regime fiscal e definiu um teto dos gastos públicos para os 20 anos seguintes, reduzindo significativamente o valor destinado à saúde (BRASIL, 2016). Da mesma forma, a aprovação da

revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017, que induz a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a desvinculação das equipes de saúde dos territórios, a reorganização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a perda da qualidade dos serviços (MOROSINI, et al. 2018).

Além disso, a aprovação do Decreto nº 9.759, de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal (BRASIL, 2019), assim como a revoga o Decreto nº 8.243, de 2014, que criava a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS) (BRASIL, 2014), embora não extingam os conselhos de saúde por estarem constitucionalmente garantidos, evidenciam o desprezo e ferem diretamente a democracia. O resultado disso, junto ao visível sucateamento e precarização das condições de trabalho no SUS advindos do corte de gastos, bem como o interesse mercadológico e a manipulação midiática, em que se evidenciam os problemas do sistema e que corrobora para que a população aceite a substituição desse modelo, direcionam para um processo de privatização dos serviços de saúde (VIACAVA et al, 2018).

Em meio a esse contexto, observa-se uma retomada incipiente dos movimentos sociais populares, agora envoltos na luta pela redemocratização. Destaca-se o processo preparatório e de realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em que milhares de pessoas participaram em Pré-Conferências, nas Conferências Municipais, Estaduais, Conferências Temáticas, Livres, Auto-gerenciadas e a expressão máxima em Brasília em agosto de 2019. As principais reivindicações direcionaram-se para a revogação das emendas e políticas prejudiciais ao SUS e o fortalecimento do conjunto de ações e projetos que favoreçam sua implementação e expansão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação popular na saúde tem relevância desde o processo de mobilização social dos atores no processo da Reforma Sanitária, da constituição do SUS e dos Conselhos de Saúde. Traz as contradições, os limites, desafios e as potencialidades próprias de processos sociais. A elucidação e análise desses espaços é importante para qualificar os processos de participação social na saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi de conhecer e elucidar os motivos que afastaram e/ou atraíram a população dos espaços institucionais de participação e de controle

social da saúde. O percurso escolhido para tanto permitiu identificar fragilidades e potencialidades desses espaços, na forma como são ocupados e na função desempenhada.

Distante do que é preconizado, identificou-se pouca influência da participação popular, mais especificamente dos conselhos de saúde, sobre os processos decisórios da saúde municipal. Isso está diretamente ligado aos motivos que afastam as comunidades desses espaços, sendo eles: desconhecimento sobre a função dos conselhos ou mesmo legislações; falta de recursos para o cumprimento das atribuições; valorização do saber técnico em detrimento do saber popular; presença do domínio da fala por parte dos técnicos; burocratização; desvalorização e subordinação; falta de estrutura para agir; falta de resolutividade das demandas; ausência de interação entre os conselhos; falta de autonomia financeira; distância e pouca visibilidade as demandas da população. Em contrapartida, observou-se que os motivos que levam a população em insistir nesses espaços estão relacionados à busca por melhores condições de saúde e de qualidade de vida para si e sua comunidade.

A pesquisa evidenciou que os conselhos não são espaços conhecidos, ou mesmo reconhecidos, pela maioria da população como ferramenta propulsora de mudanças. Por outro lado, as potencialidades se revelam naquilo que mobiliza a população, como é o caso das reuniões em que há presença de gestores ou em que as temáticas são relativas às necessidades de saúde da população. De toda forma, fica evidente que as comunidades se mobilizam diante de necessidades cotidianas de vida e saúde e que caberá aos trabalhadores/as da saúde, entidades, gestores do SUS e o conjunto de conselheiros/as de construir estratégias mais eficazes de mobilização social na saúde.

Como identificado na pesquisa, outras estratégias podem ser consideradas formas de participação popular, uma vez que podem influenciar no andamento de políticas públicas e/ou nos serviços, como o contato direto com agentes “políticos” e a formação de amplas redes de apoio. O desafio neste caso é encontrar formas de ler e compreender as falas e movimentos das classes populares como manifestações de participação popular, sem deixar de lado todo o trabalho construído em torno dos conselhos de Saúde e do SUS (VALLA, 2000).

Tendo em vista o problema do estudo, é possível concluir que há uma série de desafios e avanços necessários para que a participação popular se consolide como prática coletiva. A efetiva participação popular se dará quando os conselhos conseguirem dar maior visibilidade, bem como criarem formas de captar as demandas da sociedade civil, alimentando, assim, uma discussão

permanente, desde a captação das demandas ou mesmo na devolução ou informação sobre as ações desenvolvidas. As ferramentas da educação permanente e da educação popular em saúde são centrais para esses processos. Nesse sentido, se torna fundamental promover a capacitação dos atores sociais, aproximando-os dos fundamentos do SUS, dos objetivos do controle social, de seus direitos e deveres como conselheiros/as, possibilitando a apropriação sobre sua função e empoderamento enquanto sujeito político (LIPORINI, 2010), visto que esses espaços disputam diferentes interesses e projetos para o campo da saúde.

Os resultados deste estudo devem ser utilizados levando-se em consideração suas limitações, uma vez que a análise da participação diz respeito principalmente ao contexto municipal. Além disso, com esse estudo, não se pretende esgotar as discussões sobre a temática, visto que este é campo fértil, amplo e complexo. Sugere-se que novos estudos sejam feitos no sentido de identificar, a partir dos/as próprios/as conselheiros/as, os sentidos atribuídos a esses espaços.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 70.ed. São Paulo: Edições, 2011. p. 47.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 123, 29 jun. 2011, seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto nº 8.243, 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n.70, 2014. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Decreto nº 9759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n.70, 2019. Seção extra, p.5.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n.241, 16 dez. 2016. Seção 1, p.2.

BRASIL. Lei nº 8080, 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990a. Seção 1, p.18055.

BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 249, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 109, 2012. Seção 1, p. 138.

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003. p. 9-18.

LEWGOY, Alzira Maria. Baptista; ARRUDA, Marina. Patrício. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. *Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social*, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004. p. 123-124.

LIPORONI, Andréia Aparecida Reis de Carvalho. *Os caminhos da participação e do controle social na saúde: estudo das realidades do Brasil e Espanha*. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Franca, 2010.

LOURAU, René. *A Análise Institucional*. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em 03 de nov. 2019.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Em defesa da política*. São Paulo: SENAC, 2001.

PEREIRA Ilma de Paiva et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 111-123, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902019000200009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 28 de jan. 2020.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra,

2002. p. 47-103.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2011.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 07-18, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em 10 de out. 2019.

VALLA, Victor Vincent. Educação e Participação Popular - Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R.G. (org.). *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p. 251-268.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso em 03 nov. 2019.

 Saúde e Sociedade

 Início

 Autor

Confirmação da submissão

 imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Saúde e Sociedade

ID do manuscrito
SAUSOC-2020-0052

Título
A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CONTEXTO MUNICIPAL

Autores
Miotto Guarnieri, Jaqueline
Mara Setti, Sandra
Laodete Pulga, Vanderléia

Data da submissão
29-jan-2020

Painel do autor

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2020. Todos os direitos reservados.
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.
Patentes da ScholarOne Manuscripts Nº 7.257.767 e Nº 7.263.655.

[@ScholarOneNews](#) | [Requisitos do sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de uso](#)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação popular no controle social, tema escolhido para aprofundamento ao longo deste estudo, possui notória relevância, dada a atual conjuntura política/econômica, em que tanto a democracia, quanto o acesso universal à saúde estão em risco. Através dos resultados do estudo, foi possível observar as fragilidades e as potencialidades da participação popular junto ao controle social na saúde, e com isso, foram fornecidos alguns elementos para se repensar a lógica desses espaços. Com isso, evidenciou-se a distância existente entre o que possuímos enquanto espaço de controle social e o quanto ainda é preciso mudar para reconhecer e estar próximos às diferentes realidades e demandas da população.

Considerando o terreno fértil da Atenção Básica para campo de pesquisa, o tema abordado neste estudo foi apenas umas das possibilidades de pesquisa e intervenção. Além disso, devido a proporção dos dados coletados para pesquisa, optou-se em utilizar apenas parte deles para a elaboração do artigo, uma vez que há um número definido de caracteres para a publicação e, com isso, limita-se a possibilidade de discuti-los em sua integralidade. Entretanto, as experiências vivenciadas pela pesquisadora, de participação em Conferências e da proposta de intervenção, poderão ser utilizadas em publicações posteriores, como foi com o relato de experiência sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde, apresentado IV Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, no mês de outubro em Florianópolis/ Santa Catarina.

Ao finalizar esse Trabalho de Conclusão de Residência, pode-se afirmar que ele simboliza mais que o fim de um processo ou apenas um requisito obrigatório para obtenção de um título. Ele carrega um pouco de cada uma das experiências vividas, as sutilezas e ao mesmo tempo a grandiosidade dos encontros com os diferentes atores, a honra de estar representando o estado enquanto delegada na Conferência Nacional, além de representar concretamente os aprendizados obtidos e o crescimento pessoal e profissional proporcionado ao longo do programa.

Ressalta-se que o estudo não esgota as discussões em torno do tema e que se faz necessário buscar novas estratégias para articular e dar o devido reconhecimento ao poder da população junto aos processos decisórios. Como profissional da saúde em formação a experiência vivida na Residência Multiprofissional e nesse processo de pesquisa realizado só foi

possível porque existe o SUS enquanto Sistema de Saúde público e universal e porque esse mesmo sistema tem em suas 176 premissas a regulação da formação de trabalhadores/as da saúde. A formação em serviço é intensa, exigente e possibilita a vivência e as reflexões das potencialidades, fragilidades, contradições nele existentes que nos desafia a criar ferramentas para superação dessas limitações e o fortalecimento das inovações e potencialidades, nos construindo como protagonistas da produção dos processos de cuidado e de participação na Saúde.