

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO

CURSO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

DANIELLY DA SILVA GARCIA

PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS DE SAÚDE:

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS DEMANDAS POPULARES E AS
DELIBERAÇÕES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Recife

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO
CURSO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS DE SAÚDE:
ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS DEMANDAS POPULARES E AS
DELIBERAÇÕES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências do Consumo da Universidade Federal Rural de Pernambuco / UFRPE, na área de produção, consumo e tecnologia, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Economia Doméstica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Fabiane Alves Regino

Recife
2019

- 216p Garcia, Danielly da Silva Garcia
PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS
DEMANDAS POPULARES E AS DELIBERAÇÕES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO / Danielly da Silva Garcia Garcia. - 2019.
36 f.
- Orientadora: Prof. Dra. Fabiane Alves Regino.
Inclui referências e apêndice(s).
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Bacharelado em Economia Doméstica, Recife, 2020.
1. Conselhos de Saúde. 2. Participação da Comunidade. 3. Política de Saúde.. I. Regino, Prof. Dra.
Fabiane Alves, orient. II. Título

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO
CURSO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

DANIELLY DA SILVA GARCIA

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fabiane Alves Regino (Orientadora)
Departamento de Ciências do Consumo - UFRPE

Prof^a. Dr^a. Laurileide Barbosa da Silva
Departamento de Ciências do Consumo – UFRPE

Prof. Dr. Éder Lira de Souza Leão
Departamento de Ciências do Consumo - UFRPE

*Dedico este trabalho a Deus e a minha família: esposo e filha
que contribuiu para a finalização do curso.*

Agradecimentos

Agradeço a minha família, a minha tia Terezinha de Jesus (in memoria) por sua paciência de me mostrar que o melhor caminho sempre foi o conhecimento, o mergulho nos estudos. Para as minhas amigas da universidade, por todo o apoio e torcida, acreditando em mim e contribuindo com suas palavras de estímulos para a conclusão dessa etapa em minha vida, sem a contribuição delas tudo se tornaria mais difícil, grata a cada uma de vocês. Deus sempre acompanhado tudo e me levando nos braços.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

RESUMO

Esta monografia vem apresentar o campo da saúde como um importante espaço de atuação profissional para a Economia Doméstica, sobretudo na luta pela qualidade de vida por meio das políticas públicas. A abordagem deste trabalho é sobre o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, buscando analisar as demandas dos diversos atores sociais que participam como representação de um coletivo nesse Conselho e apresentar as principais deliberações e/ou ações alcançadas por meio das políticas sociais de saúde. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo por meio da pesquisa documental, em que foram analisadas as atas das reuniões do CES/PE no ano de 2017. Desse universo, selecionamos as três políticas que mais entraram em pautas nas reuniões do Conselho, a fim de investigar dados relativos ao período citado e compreender a participação popular no CES/PE, demandas, deliberações e ações. Conclui-se nesse trabalho que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Saúde do Homem e a Política Nacional de Saúde Bucal, foram às políticas que mais entraram nas pautas das reuniões do Conselho, sendo temas centrais de saúde, que possivelmente compuseram a elaboração do Plano Estadual de Saúde. Sendo assim, estas políticas apresentaram diversas demandas populares, e quando atendidas via políticas de saúde, passam a representar o fortalecimento da participação, via seus representantes conselheiros. Entende-se que a participação social através dos Conselhos significa participar coletivamente da gestão do Sistema Único de Saúde, e quanto maior for a organização e participação social dos atores diversos em instâncias deliberativas, maior o fortalecimento da democracia e garantia da cidadania.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação da Comunidade. Política de Saúde.

ABSTRACT

This monograph presents the health field as an important space for professional work for the Home Economy, especially in the struggle for quality of life through public policies. The approach of this paper is about the State Health Council of Pernambuco, seeking to analyze the demands of the various social actors that participate as a collective representation in this Council and to present the main deliberations and / or actions reached through the social health policies. For this, a qualitative study was conducted through documentary research, which analyzed the minutes of the meetings of the CES / PE in 2017. From this universe, three of the policies that most came up in the Council meetings were selected, in order to investigate data related to the period mentioned and to understand the popular participation in CES / PE, demands, deliberations and actions. It is concluded in this work that the National Policy for Occupational Health, the National Policy for Men's Health and the National Policy for Oral Health, were the policies that most entered the agenda of Council meetings. This means that these policies are central health issues, which may compose the elaboration of the State Health Plan. Thus, these policies presented more demands and in cases of these being met is the result of the strengthening of popular participation, through their advisory representatives. It is understood that social participation through Councils means to participate collectively in the management of the Unified Health System, and the greater the organization and social participation of diverse actors in deliberative instances, the greater the strengthening of democracy and the guarantee of citizenship.

Keywords: Health Councils. Community Participation. Health Policy.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CES-PE	Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco
CLS	Conselhos Locais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IAPs	Institutos de Previdência
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PAS	Política de Atenção Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SINDISPREV/PE	Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência de Pernambuco.
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Política Estadual de Saúde do Trabalhador - 2017

QUADRO 2. Política Estadual de Saúde do Homem- 2017

QUADRO 3. Política Estadual de Saúde Bucal - 2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Breve história da saúde no Brasil e da participação popular na conquista do SUS.....	15
3.2 Participações populares, controle social e conselhos de saúde	18
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7. REFERÊNCIAS.....	31
8. ANEXOS	33

1. INTRODUÇÃO

A questão de saúde vai além do aspecto técnico e biológico, envolve outros fatores como os culturais, sociais e políticos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Em uma publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que o Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

A saúde da população brasileira sempre foi objeto de muitas lutas e em diversos momentos na história da nossa sociedade. Podem-se encontrar relatos de reivindicações da população, que passou a se organizar para que fosse possível alcançar os seus objetivos frente aos governantes que detinham o poder, desde a época em que se estabelecia a democracia no Brasil até os dias de hoje.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto dessa participação, sua criação ocorreu em meio às revoltas e reuniões, encontros e discussões por parte dos que buscavam melhorias para a vida da população brasileira.

O SUS foi promulgado a partir da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988 no artigo **Art. 196** que define como a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Lei nº 8.080/90, sendo complementada pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8.142/90) da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje. A partir deste momento, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita.

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Seu início se deu nos anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Ao longo dos anos a legislação foi aprimorada, a participação popular tornou-

se organizada de modo que a representatividade se fixou permanentemente através dos conselhos de direitos, que se definem como “órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.5).

Neste trabalho são evidenciadas as atas do Conselho de Saúde que, segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 6) é o “órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo.” Com a finalidade de investigar como a participação popular no Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco influencia nas decisões das políticas públicas de saúde para a população do referido estado, temos como problema de pesquisa: Como as demandas populares trazidas nas pautas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, serão atendidas nas deliberações/ações em saúde?

Deste modo, o trabalho aqui apresentado é relevante para reportar informações à academia, as áreas de interesses e a sociedade em geral sobre a temática da efetividade da atuação da participação popular no conselho estadual de saúde, de modo que o estudo realizado possibilite a visibilidade da promoção de saúde, equidade, aplicabilidade e ainda seja um norteador e motivador para estudos futuros, pretende ainda manter-se em unidade com os objetivos da Economia Doméstica, que busca com a sua formação generalista e multidisciplinar garantir a qualidade de vida das famílias e/ou coletividades, por meio da troca de conhecimentos diversos na relação das teorias com as práticas. No campo da saúde, a Economia Doméstica procurando trabalhar a perspectiva da educação em saúde, como aspecto fundamental para garantir o bem estar das famílias e da sociedade em sua completude.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a influência da participação popular nas deliberações/ações das reuniões do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco no ano de 2017.

2.2 Específicos

- Mapear nas atas das reuniões do CES do ano de 2017 as políticas de saúde e os atores sociais.
- Selecionar as principais políticas de saúde que entraram na pauta no CES no ano de 2017 para análise.
- Listar as demandas dos atores coletivos e as principais deliberações e ações do CES.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONQUISTA DO SUS

No Brasil Império, não existia nenhum modelo de atenção à saúde que toda uma população fosse atendida, desde cuidados básicos até o caso mais completo do que chamamos hoje de saúde, sendo atribuídos os cuidados com a saúde da população, naquela época aos curandeiros, sangradores, boticários, fisicatura-mor e aos cirurgiões que se tinham na época do Império¹. Durante muito tempo, as ações em saúde tiveram suas iniciativas voltadas para os moldes privatistas e para o controle dos índices de doenças.

Só a partir das Reformas Sanitárias, que teve início durante a Primeira República (1889-1930) foi possível à entrada de novos atores sociais para a construção de políticas públicas de saúde, conquistas lideradas por médicos higienistas, com resultados relevantes para a sociedade, expandiu-se o modelo de saúde sanitarista que surgiu na década de 30 com a implantação de centros médicos, formalizando campanhas de vigilâncias sanitárias e epidemiológicas.

Essas mudanças que ocorreram ao longo dos anos no Brasil possibilitaram a construção de políticas e programas de saúde que existem nos dias atuais (FALEIROS, et al., 2006).

Na década de 30, após o processo de industrialização e urbanização, o serviço básico de saúde foi se estruturando e foram criadas a partir do primeiro governo Vargas, ações curativas como os Institutos de Previdência (IAPs), os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro. Os IAPS passam a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (IAPI) e outros e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os IAPS, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo

¹ Os curandeiros e os sangradores foram desautorizados, excluídos do conjunto de atividades legais. As parteiras foram desqualificadas para uma posição subalterna e tiveram as suas atividades apropriadas, o que serviu à expansão do mercado para os médicos. Fonte: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000400004>>.

ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados), que garantia aos usuários dos serviços de proteção social, ao menos formalmente, a representação nos processos decisórios dos institutos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção social. São eles: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado. A proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social.

O atendimento à saúde continuou sendo negado à população que não integrava o mercado formal de trabalho e que continuavam dependendo da caridade, o que se seguiu durante o período do Regime Militar e só mudou com o advento da carta magna de 1988² (BERTOLLI FILHO, 2011).

De acordo com Santos (2013) o acesso ao Sistema de Saúde pela população brasileira teve um longo caminho percorrido por lutas, resistências e reivindicações populares, por meio dos movimentos sociais da classe trabalhadora. Surge nesse contexto, duas correntes político-ideológicas, onde uma representa os interesses da assistência médico-hospitalar (só valorizava as iniciativas privadas), buscando seus próprios interesses e a outra corrente sendo formada por intelectuais, profissionais de saúde e usuários de serviços de saúde, que culminou no movimento de reforma sanitária que apontava para as necessidades de mudanças nesse campo.

Aliado aos movimentos sociais, o movimento de luta pela saúde pressionava o Estado para que suas reivindicações fossem atendidas, mostrando a insatisfação do modelo criado pelo Regime Militar e ressaltando que os bens e serviços fossem garantidos para toda a população.

Nesse período de transição e processo de Constituição culminou em uma nova ordem jurídica-institucional (SANTOS 2013).

² A Carta Magna do Brasil promulgada em 1988 chamada também de “Constituição Cidadã”, traz em seu texto os princípios e diretrizes da Política de Inclusão Social valorizando a importância que o tema estabelece (BERTOLLI FILHO, 2011).

Com o objetivo de discutir novas políticas de saúde, em 1986 aconteceu a VIII Conferência de Saúde, onde grande parte das discussões tomadas nesse encontro foi incluída na Constituição Federal (CF) de 1988, inclusive a criação de um sistema público de saúde brasileiro, o SUS. O artigo 196 da Constituição coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado de prestar serviços e os Artigos 198 e 200 da CF, explicitam como funcionam as competências do novo sistema de saúde do ponto de vista organizacional e funcionamento, destacando o gerenciamento dos recursos, a regionalização e a hierarquização de ações.

O SUS surge como um grande marco histórico no Brasil e é fruto da organização e participação popular, por meio da participação popular dos diversos movimentos que o integrou a luta pela saúde no Brasil, teve um papel fundamental no processo da redemocratização, tendo como objetivo comum à transformação política das práticas sanitaristas (BRASIL, 2011).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) foi uma ampla mobilização, mostrando a indignação da sociedade frente às desigualdades sociais, afirmando a necessidade da saúde como direito universal a cidadania e não somente um bem que poderia ser negociado como fins lucrativos, ou uma mercadoria (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

É preciso lembrar que por duas décadas tivemos um Regime Militar, onde o poder estava na esfera Federal e o Estado ficou com um papel regulador, em que a população era oprimida pelo poder, e diante da desigualdade social, surgem às doenças em massa, associadas às más condições de vida e trabalho.

A população brasileira era acometida com doenças, e a maioria não era assistida pelos serviços de saúde, onde o privilégio era dos que tinham um trabalho formal, deixando para excluídos os que não contribuíam com a sua força de trabalho.

É importante salientar que o SUS não se trata de um sistema de serviços de assistencialista, mas que visa articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, como as de cura e reabilitação. No Brasil, torna-se um direito, com dimensões políticas de garantia de acesso universal, constituindo-se um novo paradigma e uma nova forma de considerar a questão saúde da população entendida como de todas, no qual os sujeitos tomam decisões (FALEIROS, et al., 2006).

O SUS é orientado pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Controle Social apontando como prioridade “o reforço da atenção básica, e controle das endemias, a melhoria do acesso aos medicamentos, à capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento do controle social” (BRASIL, 2003, p. 57).

São três os princípios dos SUS, a universalidade, integralidade e a equidade sendo a universalidade ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem aceitação ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, sendo assim, exercendo a democracia onde o artigo 196 diz:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 63).

A integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, da reabilitação, promoção, individuais e coletivos, exigindo para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Equidade complementa ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade, neste sentido fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

Uma das instâncias de controle social são os Conselhos de Saúde, que são espaços de participação popular, em que é um dos caminhos para a gestão coletiva do Sistema Único de Saúde, que integra as demandas e anseios da sociedade civil organizada, na construção de uma agenda em saúde que seja mais coletiva e fiel possível às necessidades dos usuários do SUS.

3.2 PARTICIPAÇÕES POPULARES, CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE

A participação social ou popular é regulamentada por meio da Lei nº 8.080/90, sendo complementada pela Lei Orgânica da Saúde- LOS (Lei 8.142/90), constituindo duas instâncias colegiadas, compostas por diversas representações e que tomam decisões, em cada esfera do governo, ou seja, os municípios, os estados e o

governo federal. Neste sentido, entendemos controle social e gestão participativa, como sendo partes integrantes da participação da comunidade no SUS, que tem um enfoque mais profundo e abrangente, pois se traduz não só pelo controle, mas também pela ação e proposição.

Dessa forma, tem-se a participação plena da população que significa: decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social na elaboração das políticas públicas, o que foi e é fundamental, pois identifica a real situação dos problemas enfrentados pela população, de forma que sejam atendidas as suas problemáticas. “É através da participação que se supera a resignação e o medo e gera as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania” (SOUZA, 2004).

A participação popular na luta pela saúde dar-se via Conselhos e Conferências de Saúde, onde acontecem os questionamentos, as propostas, a construção de pautas e o acompanhamento das ações do Estado acerca desse tema, sendo assim um canal para a população expressar as necessidades.

A Lei 8.142/90 estabelece que a formação dos Conselhos deve ser paritária: 50% de usuários e os outros 50% são de gestores, trabalhadores de saúde e de prestadores de serviços, isso significa uma conquista de poder, em relação a uma democracia participativa. De acordo com a Resolução 333/03, Art. 18, os membros dos conselhos de saúde são escolhidos para representar a sociedade, ficando com os municípios a responsabilidade de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerar e exercitar os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003).

Os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, isso significa que depois de constituído deve funcionar por tempo indeterminado. Tem o poder de tomar decisões relacionadas à política de saúde incluindo autonomia nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho analisa e aprova o plano de saúde, porém, esse poder atribuído ao Conselho não pode prejudicar as prerrogativas do poder Legislativo, conforme trata o Art. 1º da lei 8.142/90. Essa instância funciona mensalmente e tem atas que registram sua pauta e deliberações. Nas reuniões os atores envolvidos buscam atender a necessidade coletiva, seja registrada nas pautas e finalizando com as deliberações, caso contrário sendo atendida ou deixada para as próximas reuniões.

As pressões dos movimentos sociais fizeram com que os Conselhos de Saúde tivessem poder deliberativo nas agendas e estratégias das políticas do setor saúde. Isso mostra que o poder dos Conselhos depende da articulação de forças dos movimentos sociais em negociação com os representantes do governo, com maior ou menor peso político e obtendo avanços e recuos (FALEIROS, 2006, et al.).

Sendo assim, a participação traz mudanças e uma relação de poder entre usuário e prestadores de serviço de saúde, os movimentos vêm ganhando visibilidades e reivindicam melhores condições de vida, saneamento, posto de saúde, água e moradia. Por meio dessa relação de troca que o Estado conseguiu se articular com a atenção primária de saúde, passando a direcionar as campanhas de redução de danos aos agentes que estão na ponta, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS que chamamos de rede de atenção primária, os que estão na ponta que tem acesso ao usuário de saúde.

A rede de atenção primária foi criada para aproximar o usuário, formar os profissionais que atuam na demanda de saúde da população, conhecendo a realidade de cada família dentro da comunidade. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) junto com os demais dispositivos de saúde é indispensável para adequar as ações de saúde com as necessidades de cada comunidade. É de grande importância a troca de saberes com a população, pois a sociedade civil se apodera dos espaços conquistados e através dos trabalhos executados no centro de saúde nas comunidades se tem o controle social, que deve ser efetivado através dos Conselhos de Saúde (CS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O termo de Controle Social é entendido como a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas nos planos de saúde (BRASIL, 1992).

Segundo Carvalho (1995), o controle social é entendido como uma tentativa de estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, que implica uma abertura do Estado, para que a sociedade participe das suas decisões.

Sendo assim, essas decisões se dar através do funcionamento dos conselhos de saúde, onde se tem impulsionado a participação da sociedade, se dando através da: família, no bairro, na cidade e no país dessa forma, sabe que os conselhos nos últimos anos inserem-se e qualifica-se para melhorar a participação, o controle e a harmonização das políticas de saúde.

A corresponsabilidade deve ser deliberada nos conselhos, dessa forma o conselho local de saúde é um dos alicerces para o fortalecimento da atenção primária à saúde. O usuário tem legalidade para fiscalizar e acompanhar tais serviços, podendo participar da deliberação a cerca das diretrizes. As diretrizes fazem parte da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e durante as conferências de saúde: 11ª Conferência Nacional de Saúde de 2001 e a 12ª Conferência Nacional de Saúde 2005; houve uma proposta de articulação para pactuar e implementar uma política de educação permanente para o controle social do SUS (BRASIL, 2002).

As demandas se dão por meio da participação social e interfere no processo de decisões das políticas de saúde, a partir da discussão, fiscalização e elaboração de propostas, onde os Conselhos Locais de Saúde (CLS), juntos com o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE) em suas reuniões.

São nessas instâncias que o usuário do SUS é representado por meio dos atores sociais que os representam, quais sejam as ONGs, as casas de apoios, as casas de recuperações, os movimentos populares de saúde, a sociedade civil organizada, entre outros, que coloca suas demandas em pauta para serem atendidas (COELHO, 2012).

A participação da sociedade na saúde por meio dos Conselhos e Conferências, muito embora não seja a única forma de contemplar a diversidade de opiniões da sociedade, devido à complexidade de atores envolvidos, influencia e impacta numa gestão mais participativa do SUS, podendo trazer melhorias, avanços e discussões importantes para que toda a sociedade seja atendida no campo da saúde (COELHO, 2012).

O processo de participação democrática constitui-se também por iniciativas de caráter coletivo e individual, como conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, e até a judicialização da saúde pode ser compreendida como um tipo de controle social, entre outros (COELHO, 2012).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No desenho deste estudo foi apresentada a importância dos procedimentos metodológicos para a elaboração de um trabalho acadêmico e de pesquisa. Segundo Gil (2008, p 17), “a pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema”, ou ainda “quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema”.

Para responder o questionamento apresentado no problema de pesquisa e com a finalidade de alcançar os objetivos pretendidos, adotou-se a pesquisa documental e utilizou-se como fonte os dados as atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES) de Pernambuco, sendo num primeiro momento, selecionado os documentos dos anos de 2016, 2017 e 2018. De forma aleatória, foi decidido que iriam ser analisadas as atas do ano de 2017 já que estas atas tinham como pauta as seguintes políticas de saúde: trabalhador, bucal e do homem.

Decidido o ano, foram coletadas as seguintes informações: 1) Os temas presentes nas pautas das reuniões/plenárias (ordinárias e/ou extraordinária); 2) As principais ações do CES junto à participação da população; 3) Os principais atores sociais envolvidos nos processos de demandas populares; 4) As principais políticas de saúde presentes nas pautas; e por fim, 5) As principais deliberações do CES.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) é um órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme prevê a Lei 12.297, de 12 de dezembro de 2002. Este órgão está apto a propor e aprovar diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde junto com a participação da sociedade na gestão do SUS.

O Conselho Estadual de Saúde se reúne regularmente uma vez por mês ou, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou da maioria dos seus membros. Tem como objetivo garantir a saúde para todos os usuários do SUS no Estado e a participação da sociedade civil na elaboração, na execução e na fiscalização do sistema de saúde em Pernambuco.

A representação dos usuários é paritária e diversificada, de modo a permitir que os diversos tipos de organizações, associações de moradores, sindicatos,

associações de portadores de patologias e de deficiências, movimentos populares, possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a Política de Saúde desenvolvida no Estado.

A pesquisa documental assemelha-se às pesquisas bibliográficas, porém, a primeira vai se apropriar de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, fontes primárias. Já a segunda, utilizam-se de fontes de diversos autores, fontes secundárias (GIL, 2018).

As fontes para a pesquisa documental podem ser: documentos conservados em arquivos em órgão públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos e partidos políticos, como também, fotografias, diários, gravações, cartas pessoais, entre várias outras (GIL, 2018). No trabalho foram as atas do CES de Pernambuco os principais documentos analisados, além dos dados secundários do Ministério da Saúde e outros registros oficiais.

Para Gil (2018), a pesquisa documental apresenta-se como vantajosa por ser constituinte de fonte rica e estável de dados, além do baixo custo, exigindo assim, apenas disponibilidade de tempo, pois não é necessário o deslocamento com frequência. Sendo assim, as atas foram acessadas via internet, disponíveis do acervo do CES/PE³, que disponibiliza aos cidadãos esses registros para serem consultados. Além disso, a pesquisa documental não exige o contato pessoal com o sujeito de pesquisa, que no nosso caso seriam os Conselheiros Estaduais de Saúde de Pernambuco e os representantes da sociedade civil organizada do campo da saúde.

Esta pesquisa foi orientada na perspectiva qualitativa. Segundo Minayo (2008), o método adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam. Essas expressões humanas estão marcadas nos registros das atas das reuniões dos Conselhos de Saúde e suas análises representam a oportunidade para compreender a dinâmica da participação popular na reivindicação do direito à saúde.

Os conteúdos das atas foram analisados numa perspectiva qualitativa e por meio da alocação das informações sobre as reuniões em tabelas, de forma a

³Atas do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco disponíveis no endereço eletrônico: <<<http://www.ces.saude.pe.gov.br/biblioteca/atas/>>>.

visualizar os conteúdos mais abordados e dialogar com a bibliografia estudada na monografia. As políticas destacadas nas atas foram elencadas e contabilizadas na medida em que eram citadas nas pautas das reuniões. Fez-se um somatório da quantidade de vezes que essas políticas apareciam nas pautas das reuniões do ano de 2017, ficando dessa forma: Saúde Bucal aparece por 5 (cinco) vezes, Saúde do trabalhador por 10 (dez) vezes e Saúde do Homem por 7 (sete) vezes.

Buscou-se analisar as atas a partir do conteúdo manifesto nessas comunicações escritas, através dos registros das falas dos atores sociais presentes nas reuniões do CES, de maneira objetiva, qualitativa e sistemática. Bardin (1977) define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, de técnica de análise de conteúdo.

Os conteúdos das atas foram confrontados com o referencial teórico, dialogando com as categorias teóricas e as informações registradas nas reuniões do CES, onde foi possível responder aos objetivos propostos pela pesquisa.

O campo de pesquisa foi o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco, com a amostra composta pelos atores sociais (representantes das entidades e/ou movimentos populares do campo da saúde – sociedade civil organizada - e Conselheiros de Saúde), que participaram das reuniões/plenárias do CES-PE, no ano de 2017.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre as políticas analisadas, foi escolhida apenas três mais debatidas, não sendo atendidas todas as ações/projetos passam a pauta na reunião seguinte, onde primeiro se discuti as políticas que ficaram com as demandas pendentes, nas reuniões anteriores do ano de 2017 foram: as Políticas de Saúde do Trabalhador, de Saúde do Homem e de Saúde Bucal, cujas ações encontram-se descritas no quadro 1 abaixo:⁴

Quadro 1. Demandas e as ações da Política Estadual de Saúde do Trabalhador - 2017

Políticas	Demandas	Ações ou Conquistas	Principais Atores Sociais
Política Estadual de Saúde do Trabalhador Ata da 480ª - Reunião Ordinária do CES/PE (Recife, 12 de abril de 2017)	Solicitação do SINDISPREV/PE para organizar um questionário para viabilizar uma Pesquisa em Saúde do Trabalhador para apresentar ao pleno CES/PE	Foi realizado o questionário e apresentado o Relatório Final de Pesquisa sobre "Saúde do Trabalhador" da SINDSPREV em conjunto com a FUNDACENTRO.	Gerente de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - SINDSPREV - FUNDACENTRO - CES/PE
Ata da 480ª - Reunião Ordinária do CES/PE (Recife, 12 de abril de 2017)	Ter reuniões descentralizadas nos Conselhos Municipais de Saúde, discutir e divulgar as ações e o papel da CIST/PE.	Realização do Fórum sobre Controle Social em Saúde do Trabalhador	Gerente de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
Ata da 480ª - Reunião Ordinária do CES/PE (Recife, 12 de abril de 2017)	Organização da Campanha de Vacinação contra a Influenza os trabalhadores da área de saúde	Realização pela Comissão Inter setorial de Saúde do Trabalhador – CIST/PE, da Oficina de Formação para Controle Social no SUS.	Comissão Inter setorial de Saúde do Trabalhador – CIST/PE - CES/PE
Ata da 480ª - Reunião Ordinária do CES/PE (Recife, 12 de abril de 2017)			- Secretaria de Saúde de Pernambuco

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

⁴ Ata da 480ª - Reunião Ordinária do CES/PE, disponível em: <<<http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Ata-480-em-12-de-ABRIL-2017-R.O-PRONTA.pdf>>>.

A Política Estadual de Saúde do Trabalhador se localiza no âmbito da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), com objetivo de definir os papéis dos serviços de saúde, reafirmar os princípios do SUS, definir as atribuições nas três esferas, municipal, estadual e federal. Todos/as trabalhadores/as são contemplados/as pela Política, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

É importante ressaltar que na década de 80 em Pernambuco houve o reconhecimento do trabalho como um determinante da saúde e na década seguinte, houve a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual (CERESTE). Os órgãos fiscalizadores: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Quadro 2. Demandas e as ações da Política Estadual de Saúde do Homem – 2017⁵.

Políticas	Demandas	Ações ou Conquistas	Principais Atores Sociais
Política Estadual de Saúde do Homem Ata - 482 ^a Reunião Ordinária CES/PE Recife, 12 de julho de 2017	Facilitar e ampliar o acesso da população masculina às ações/ serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS	Apoio às ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde;	Coordenação Estadual de Saúde do Homem de Pernambuco
Ata - 482 ^a Reunião Ordinária CES/PE Recife, 12 de julho de 2017	Incentivar a criação de estratégias para sensibilizar e atrair por meio de ações ampliadas	Realização de ações e participações da sociedade para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde	Coordenação do Instituto Papai
Ata - 482 ^a Reunião Ordinária CES/PE Recife, 12 de julho de 2017	Promover articulação entre os diferentes níveis de atenção	Envio pela SES /PE ao CES do relatório da execução da Política.	Secretaria Estadual de Saúde/PE

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

⁵ 482^a Reunião Ordinária CES/PE Recife, disponível em: <<<http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Ata-482-em-12-de-Julho-de-2017-R.O.pdf>>>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) têm como objetivo facilitar e ampliar o acesso de qualidade da população masculina as ações e aos serviços de assistência integral à saúde da rede do SUS, com isso contribui com a redução da morbimortalidade e melhoria nas condições de vida.

O trabalho vem sendo feito junto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois esses profissionais conhecem a realidade da comunidade, sendo os agentes os primeiros a ter acesso e pode orientar esses homens a procurem a rede de saúde básica no combate as doenças relacionadas aos homens. Para atender aos homens, sobretudo o trabalhador, existe na ESF atendimento noturno, com o objetivo de ampliar o atendimento a esse grupo.

A PNAISH dialoga com a Política Estadual de Saúde do Trabalhador, fazendo com que uma alimente a outra e exista conexão e articulação entre suas ações para alcançar os objetivos das duas Políticas. No quadro 3, iremos apresentar a Política Estadual de Saúde Bucal, que também foi pauta de reuniões do CES/PE.

Quadro 3. Demandas e as ações da Política Estadual de Saúde Bucal – 2017.⁶

Políticas	Demandas	Ações ou Conquistas	Principais Atores Sociais
Política Estadual de Saúde Bucal Ata 478 ^a da Reunião Ordinária CES/PE, Recife, 08 de fevereiro de 2017	Implantar Odontologia Hospitalar e Vigilância do Trauma de Face	Realizada a articulação com o COSEMS para saber a quantidade de CEO/Lab oratórios funcionando nos municípios	Coordenação de Saúde Bucal da SES/PE
Ata 478 ^a da Reunião Ordinária CES/PE, Recife, 08 de fevereiro de 2017	Solicitação do teto do orçamento para Saúde Bucal	Houve a redução do atendimento nas redes de atenção a saúde bucal no plantão noturno	Sindicato dos Odontologistas de Pernambuco
Ata 478 ^a da Reunião Ordinária CES/PE, Recife,	Apoio para fortalecer o modelo de Redes Regionais de Atenção à Saúde	Atendimento de urgência atenção especializada.	SES/PE

⁶Ata 478^a da Reunião Ordinária CES/PE, disponível em: <<<http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Ata-478-em-08-de-fevereiro-2017-R.O-PRONTA.pdf>>>.

08 de fevereiro de 2017			
Ata 478 ^a da Reunião Ordinária CES/PE, Recife, 08 de fevereiro de 2017	Implantar o Programa de Residências em Odontologia	Atenção à Saúde Bucal de Pessoas com Necessidades Especiais	COSEMS

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

A Política Estadual de Saúde Bucal tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico, gratuito e de qualidade oferecido pelo SUS e está inserida na Estratégia Saúde da Família, se integrando às demais políticas como importante estratégia de reorganização da atenção básica, que estimula a adoção de hábitos saudáveis básicos e essenciais à saúde, desde a atenção primária até uma prevenção do câncer de boca.

Os principais objetivos das reuniões dos Conselhos Estaduais quanto a Política de Saúde Bucal forma de fortalecer o modelo de Rede Regional de Atenção à Saúde Bucal, com a proposta de implementação de ações de promoção à saúde bucal, de urgências odontológicas, apoio aos laboratórios de próteses dentárias (LRPD). Além disso, fortalecer no âmbito hospitalar o diagnóstico, os dados epidemiológicos, ampliar programas de residências, implantar Odontologia Hospitalar e Vigilância do Trauma de Face, entre outros. Nessa mesma ata foram realizadas análises entre os presentes na reunião, do projeto SB Brasil, que trata da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, dentro das atenções primárias, secundárias e terciárias.

Segundo os participantes da reunião do CES, os resultados do Projeto Saúde Bucal, Brasil 2010, são significativos para as Regiões e capitais dos estados. Analisaram a situação da população brasileira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições de oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente.

Por fim, ressalta-se a importância dessas reuniões do CES/PE que através das plenárias, os atores sociais têm suas demandas atendidas ou deixadas para a reunião seguinte, no entanto, não deixaram de ser colocadas em pauta, mesmo sabendo que existem problemas estruturais e políticos que dificultam a organicidade de Conselhos e Conferências. Como ressalta Dominguez (2007), há, em geral, baixa representatividade nessas instâncias, pouca renovação de membros, dominação por

grupos mais organizados, enfraquecimento da luta em outras frentes participativas e de comunicação.

A Política Estadual de Saúde do Homem, nos trás a importância dos cuidados em relação à saúde da população masculina, com foco na prevenção e promoção a qualidade de saúde e que o homem entenda essa importância.

A Política Estadual de Saúde do Trabalhador vem com a proposta de intervenção nas relações entre, trabalho, ambiente e a saúde.

Nessa monografia analisaram-se três políticas de saúde, que foram as mais discutidas no ano de 2017 no CES/PE, fundamentais para compreender a saúde na perspectiva da participação popular e da garantia da qualidade de vida.

No curso de Economia Doméstica temos as disciplinas de Higiene e Saúde Pública I e II e Saúde da Mulher e da Criança, onde discutimos as ações de prevenções nas três esferas (Federal, Estadual e Municipal) que envolvem a família, as políticas de saúde, o processo saúde-doença e os cuidados voltados para a prevenção, por meio da educação em saúde. Isso nos mostra a relação do curso de economia doméstica no campo da saúde, com foco no bem-estar das famílias, grupos e/ou coletividades, utilizando da expertise de uma formação generalista e interdisciplinar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de redemocratização da sociedade brasileira, a partir dos anos 1980, reconheceu a necessidade da construção de canais institucionalizados de participação populares na construção e execução das políticas públicas.

As conferências, os conselhos, as plenárias, entre outros, representam avanços institucionais importante na organização do Estado no Brasil, e insere-se nos esforços de democratização dessas políticas públicas e seu funcionamento, a importância das ações serem discutidas e atendidas, para uma redução e prevenção de danos na saúde da população.

Entendemos que a participação social e o controle social exercido pelos atores sociais no CES/PE representam avanços e efetiva o instrumento de democratização das políticas públicas e por suas ações fiscalizadoras e deliberativas, com a existência de debates entre os atores sociais, gestores e profissionais de saúde, no período do ano de 2017.

Observam-se nas atas debates calorosos entre os Conselheiros, mas nada que venha impedir o andamento da proposta principal que é a pauta em questão na reunião ordinária ou extraordinária. Foram vistas fragilidades no decorrer das reuniões, sendo acometidas por discussões que não estava sendo o assunto de pauta, também conselheiros que não podiam participar das reuniões, pois o local de trabalho não permitia a saída do seu local de trabalho, sendo que os conselheiros precisavam estar em reuniões, mas também precisavam trabalhar, significando que não estão disponíveis só aos conselhos.

Portanto, a pesquisa constata a importância do conselho e de seus participantes junto com a participação popular, para que o processo de demandas seja viabilizado por meio das políticas sociais, sendo atendidas as demandas dos atores sociais.

7.REFERÊNCIAS

BARDIN. Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 1977.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde pública no Brasil**. São Paulo, ática 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do Controle Social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Série Histórica do CNS, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde: 2002. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf>>. Acesso em: 27 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº333 de 4 de novembro de 2003. **Aprovada as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 4 dez.,2003. Seção1, p. 57. Disponível em:<<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200002>. Acesso em 09 de dezembro de 2019.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase: Ibm, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200002> Acesso em 9 de dezembro de 2019.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado**. Ciênc. saúde coletiva, vol.3, no.1. Rio de Janeiro, Jan. /Jun., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100023>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação**. Saúde Soc., São Paulo, v. 21, p.138-151, 2012.

DOMINGUEZ, B. C. **A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, à prática democrática.** RADIS Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 53, p. 12-19, jan. 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula, et al. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisas.** Atlas, 4º ed. 2008.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento.** Chapecó: Argos, 2005.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em 10 de Dezembro de 2019.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros - **sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28).** Hist. cienc. Saúde – Manguinhos, vol.5, no.2. Rio de Janeiro, July/Oct. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200005>. Acesso em 10 de dezembro de 2019.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** R. Katál, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.233-240, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 19.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

Anexos

Política Estadual de Saúde do Trabalhador Reunião Ordinária-Ata da 480ª CES/PE Recife, 12 de abril de 2017.

Trabalho como determinante da saúde: Formas de organização do trabalho, de gestão, o processo de trabalho, suas situações e condições, as relações sociais, o ambiente (Trabalho, Outras Atividades e Descanso) (Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador) a cada 15 segundos, 01 trabalhador morre e sofre um acidente laboral. Marcos da ST em PE: Reconhecimento do trabalho como determinante da saúde nos anos 80; Criação do Programa de Saúde do Trabalhador Estadual e Diretriz para atuação da ST nos anos 90; Implantação dos CEREST e Criação das Unidades Sentinela nos anos de 2000 à 2010; Fortalecimento da VISAT, GEAST/CEREST como parte da vigilância e Portaria nº 1.823 (PNSTT) nos anos 2010 à 2016.

Define papéis dos serviços de saúde; Define as atribuições das três esferas, destacando o papel do município como executor das ações; Reafirma os princípios do SUS; Considera a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença; Define as atribuições das três esferas, destacando o papel do município como executor das ações; PNSTT.

Princípios e Diretrizes: I - Universalidade; II - Integralidade; III - Participação da comunidade, dos 167 trabalhadores e do controle social; IV - Descentralização; V - Hierarquização; VI 168 Equidade; VII – Prevenção; PNSTT .

Reunião Ordinária- 482ª CES/PE Recife, 12 de julho de 2017.

Política Estadual de Saúde do Homem.

DESAFIOS: Ampliar o número de gestores e profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária, com conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); Sensibilizar gestores e profissionais de saúde, para o desenvolvimento de ações e estratégias de ampliação do acesso masculino aos serviços de saúde; Criar estratégias que favoreçam a entendimento masculino, quanto a importância do seu envolvimento e cuidado com a saúde; Ampliar o acesso da população masculina nas unidades básicas de saúde.

Linhas de Ação da GSHI:

1 - Incentivar a criação de estratégias para sensibilizar e atrair por meio de ações ampliadas (em diferentes espaços da comunidade, onde os homens estão) e da reconfiguração de estruturas e práticas da ESF/APS, com especial foco na sensibilização e capacitação da equipe de saúde;

2 - Definir estratégias contextualizadas com base no reconhecimento da diversidade (idade, condição, socioeconômica, local de moradia, diferenças regionais e de raça/etnia, deficiência 9/36 física e/ou mental, orientação sexual e identidades de gênero, entre outras).

3 - Incentivar o desenvolvimento de campanhas sobre a importância dos homens cuidarem da saúde, tendo como público alvo, homens, mulheres e profissionais de saúde.

4. Incentivar a inclusão dos homens como sujeitos nos programas de saúde/direitos sexuais e reprodutivos, especialmente no que se refere às ações de contracepção, pré-natal e puericultura, e cuidados familiares;

5 - Promover articulação entre os diferentes níveis de atenção, especialmente entre

a emergência e a atenção primária, para que os homens possam receber, além de atendimento humanizado em pronto socorro, a garantia de continuidade da assistência;

6. Apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde;

Ações Planejadas – 2017: Oficina Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem e seus Eixos, II GERES – 40 participantes em 20 municípios, V GERES – 40 participantes em 21 municípios, VI GERES – 35 300 participantes em 13 municípios, X GERES – 35 participantes em 13 municípios; Seminário de Atenção à Saúde do Homem no SUS – Estadual com 200 participantes 10/36 em 184+1 municípios; Rodas de Conversas sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem – Regional – com 75 participantes; Distribuição de material gráfico (folders e cartazes) – Estadual - 2.500 exemplares; PES 2016-2019 GSHI – Saúde do Homem.

FONTES DE RECURSOS: Fonte GOVERNO ESTADUAL: Fontes Próprias - R\$100.000,00; Fonte GOVERNO FEDERAL: Portaria GM nº 2.708/2011 - R\$ 50.477,72 (Saldo em 31/05/2017); Serviços de Referência Urgência e Emergência.

AVANÇOS: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sendo implementada nas 12 Regiões de Saúde; O processo de regionalização do Estado, favorecendo a discussão sobre a saúde do homem, considerando as especificidades locais, através das oficinas regionais; A inclusão do tema Saúde do Homem, em discussão nos cursos da área da saúde; A interiorização da assistência especializada, através das UPAE; A distribuição do Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde e do Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde, nas 12 Regiões de Saúde; Os cursos de Atualização e qualificação, disponibilizados gratuitamente, através do UNA-SUS, no formato EaD, para melhor qualificação dos profissionais da saúde (nível médio e nível superior).

Estratégias: Proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; Produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; Incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território.

AÇÕES DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR – GEAST: A GEAST desenvolve ações de vigilância em saúde do trabalhador atuando na promoção e prevenção, visando à redução da morbimortalidade dos trabalhadores, independente do seu vínculo empregatício. Através do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual (CEREST) e dos 8 CEREST Regionais distribuídos por todo estado, realiza ações intersetoriais que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

Política Estadual de Saúde Bucal.

Reunião Ordinária -478ª CES/PE Recife, 08 de fevereiro de 2017.

OBJETIVO GERAL: Fortalecer o modelo de Redes Regionais de Atenção à Saúde, centradas no cuidado, a partir da implantação e implementação de ações e serviços de Saúde Bucal que consolidem os princípios do SUS no Estado de Pernambuco.

DESAFIOS: Minimizar os impactos dos problemas de saúde bucal afeta a qualidade de vida de populações; Combinar a abordagem da prevenção e reabilitação, dentro das linhas de cuidado com sensibilização dos atores; Reduzir a perda dentária, evoluindo com a reabilitação protética, para a 35 e 44 anos e, especialmente para indivíduos com idade entre 65 e 74 anos; Contribuir junto aos gestores municipais, na superação do impacto das diferenças regionais, sobre a saúde bucal, gerando o fenômeno de polarização das

doenças em populações vulneráveis

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE BUCAL: Auto percepção x Necessidade Autor referida, Perda Dentária 256 Traumatismo Dentário, Fluorose Oclusão, Câncer Bucal, Cárie Doença Periodontal; A saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta, incluindo os profissionais de saúde. Os resultados Projeto SB Brasil 2010, são significativos para as Regiões e capitais dos estados. Analisou a situação da população brasileira com relação à: cárie dentária, às doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições de oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente;

CÁRIE DENTÁRIA: PERDA DENTÁRIA: É um dos principais agravos à saúde bucal devido à sua alta prevalência, aos danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais que acarreta; Quanto menor renda e escolaridade, maiores as perdas dentárias. Associada a redução no acesso a saneamento básico, serviços 9/38 odontológicos, higiene oral e dieta rica em açúcar.

NECESSIDADE DE PRÓTESE: Observa-se tanto no Brasil quanto no Nordeste, o aumento da necessidade com o aumento da idade; Adolescentes, adultos e idosos demonstram necessitar em maior proporção de próteses parciais; Entende-se que para o Nordeste, 96,1% dos idosos têm necessidades de algum tipo de prótese.