

Atenção Interdisciplinar em Saúde

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**

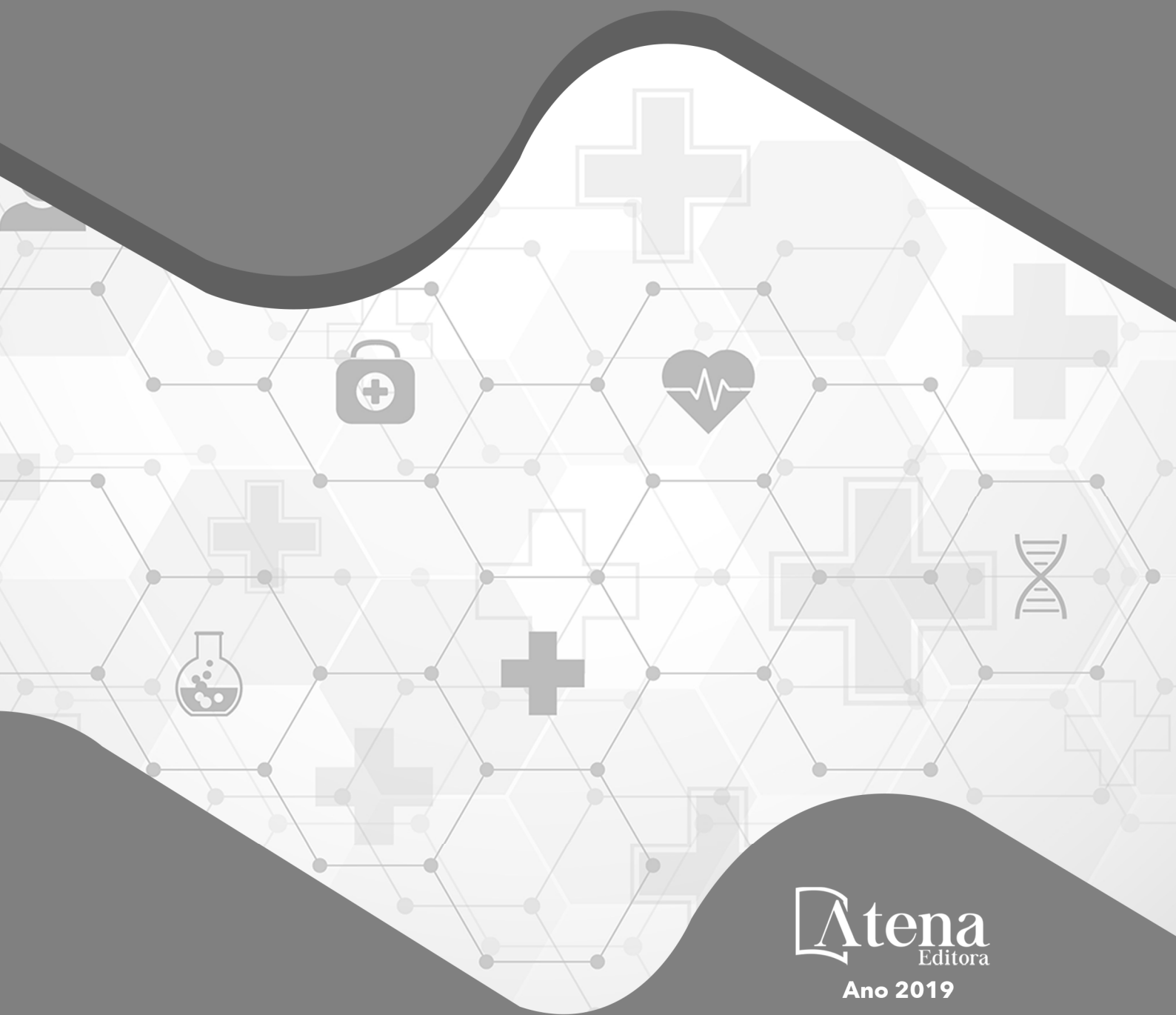


Atena
Editora

Ano 2019

Atenção Interdisciplinar em Saúde

Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)



Atena
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A864	Atenção interdisciplinar em saúde 1 [recurso eletrônico] / Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção Interdisciplinar em Saúde; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-761-1 DOI 10.22533/at.ed.611191311 1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais – Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves. III. Série. CDD 362.11068
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2019

APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA”, UM GRUPO DE SENTIMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Marli Kronbauer Maria Cristina Ehlert Sara Gallert Sperling Janice de Fátima Pavan Zanella	
DOI 10.22533/at.ed.6111913111	
CAPÍTULO 2	10
A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL NA LUTA PELA SAÚDE EM ARATIBA DENTRO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E CUIDADO	
Marcia Fatima Balen Matte Paulo Antônio Barros Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.6111913112	
CAPÍTULO 3	23
A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SEUS IMPACTOS NOS GASTOS DA SAÚDE PÚBLICA COM O AUMENTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Joanderson Nunes Cardoso Lorena Alencar Sousa Izadora Soares Pedro Macêdo Sara Beatriz Feitoza Ricardino Lindiane Lopes de Souza Amanda Cristina Araújo Cavalcante Juliana Maria da Silva Mabel Maria Sousa Figueiredo Edglê Pedro de Sousa Filho Uilna Natércia Soares Feitosa	
DOI 10.22533/at.ed.6111913113	
CAPÍTULO 4	37
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A VULNERABILIDADE DA MULHER E SUAS CONSEQUÊNCIAS	
Virginia Santos de Camargo Barros Lazzarini Mônica Bimbatti Nogueira Cesar	
DOI 10.22533/at.ed.6111913114	
CAPÍTULO 5	47
ABSENTEÍSMO EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	
Thyciane Tataia Lins de Melo Ana Hévila Marrinho Bezerra Larisse Souza Cerqueira Maria da Cruz Oliveira Ferreira Moura Adriana Kirley Santiago Monteiro Laís Moreira Alves de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.6111913115	

CAPÍTULO 6 56

APLICAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool-BRASIL) EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Edenilson Cavalcante Santos
Jória Viana Guerreiro
Nemório Rodrigues Alves
Hugo Ricardo Torres da Silva
Eclésio Cavalcante Santos
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.6111913116

CAPÍTULO 7 68

ARBOVIROSES: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Jéssica Milena Moura Neves
Barbara Santos Accioly Calumby
Anna Rasifa Soares Albuquerque
Angela Nascimento da Silva
Ruth Brito Costa
Thaís Cristine Lopes Pinheiro
Chiara de Aquino Leão
Josiel de Sousa Ferreira
Deyna Francelia Andrade Próspero
Vanessa Soares Rocha da Silva
Luiz Fernando Pereira de Sá
Ionara da Costa Castro
Maria Bianca Nunes de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.6111913117

CAPÍTULO 8 75

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA MANUTENÇÃO DE UM POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Lindalva Alves de Oliveira
Silvio Henrique Carvalho Reis
Roslanny Kelly Cipriano de Oliveira
Mauro Sérgio Mendes Dantas
Elizama Costa dos Santos Sousa
Tatyanne Silva Rodrigues
Brisa Cristina Rodrigues Cardoso Magalhães
Nayana da Rocha
Lucas Sallatiel Alencar Lacerda
Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.6111913118

CAPÍTULO 9 91

AS PRINCIPAIS BARREIRAS RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Railana Ferreira Martins
Carla Araújo Bastos Teixeira
Isabella Cristina Cunha Carneiro
Janine Silva Ribeiro Godoy
Ariadne Siqueira de Araujo Gordon

Juliana Ramos Pereira
Adriana Ramos Leite Matalobos
Rômulo Dayan Camelo Salgado
Ildjane Teixeira Moraes da Luz
Janildes Maria Silva Gomes

DOI 10.22533/at.ed.6111913119

CAPÍTULO 10 102

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA LARVA MIGRANS CUTÂNEA

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Juliana de Araújo Barros
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Andressa Gislanny Nunes Silva
Angela Nascimento da Silva
Alex Vandro Silva de Oliveira
Rayani Reinalda Xavier Dias
Pedro Henrique Ferreira Monteiro
Tharcia Evaristo Soares de Carvalho
Ramon Carvalho Campos
Isis Dennisy de Freitas Florêncio
Ionara da Costa Castro
José Alberto Lima Carneiro
Maria Bianca Nunes de Albuquerque
Elziabeth Christina Silva Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.61119131110

CAPÍTULO 11 111

ASPECTOS FILOSÓFICOS E ANTROPOLÓGICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Johnata da Cruz Matos
Sílvia Maria Ferreira Guimarães

DOI 10.22533/at.ed.61119131111

CAPÍTULO 12 122

ASPECTOS NUTRICIONAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jéssica Cyntia Menezes Pitombeira
Sanmera Sayonara Gomes Duarte
Antônia Aline Araújo Rodrigues
Maria Isabelle Cabral de Queiroz
Maryana Monteiro Farias
Aline Almeida da Silva
Celso Lourenço de Arruda Neto
Cristiano Silva da Costa
Ana Ilmara Almeida Maciel
Francisca Alcina Barbosa de Oliveira
Cleber de Sousa Silva

DOI 10.22533/at.ed.61119131112

CAPÍTULO 13 134

ASSOCIAÇÃO DA *HELICOBACTER PYLORI* E O CÂNCER NO ESTÔMAGO

Lenara Pereira Mota
Hyan Ribeiro da Silva
Camilla Ribeiro Martins Borges

Nayane Braga de Sousa
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Yanka Bárbara Leite Ramos Araújo
Talita de Arêa Santos
Raissa Kelly Lopes da Silva
Luis Gustavo Oliveira Coelho
Mércia da Silva Sousa
Isabella Nunes Veloso
Érika Vicência Monteiro Pessoa
Natália Monteiro Pessoa
Thayz Ferreira Lima Moraes
Lillian Lettiere Bezerra Lemos Marques

DOI 10.22533/at.ed.61119131113

CAPÍTULO 14 141

**ASSOCIATION BETWEEN CHRONIC PERIODONTITIS AND SERUM ALBUMIN:
LITERATURE REVIEW**

Walder Jansen de Mello Lobão
Vandilson Pinheiro Rodrigues
José Eduardo Batista
Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira
Antonio Luiz Amaral Pereira

DOI 10.22533/at.ed.61119131114

CAPÍTULO 15 152

SÍNDROME URÊMICA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Luciano de Oliveira Siqueira
Augusto Poloniato Gelain
Luiz Casemiro Krzyzaniak Grando

DOI 10.22533/at.ed.61119131115

CAPÍTULO 16 163

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS COM DEPRESSÃO

Iara Nadine Vieira da Paz Silva
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Samara Cristina Dos Reis Nascimento
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Elivelton Sousa Montelo
Elielma Ferreira Leite
Maria Janaina Oliveira Sousa
Denize Evanne Lima Damacena
Maria Divina dos Santos Borges Farias
Gabriel Barbosa Câmara
Erika dos Santos Pinheiro
Jordan Da Silva Soeiro
Luana Ribeiro dos Anjos
Natanael Damacena Sousa
Woodyson Welson Barros da Silva Batista

DOI 10.22533/at.ed.61119131116

CAPÍTULO 17	170
BENEFÍCIOS DO TESTE DA ORELHINHA E AS SINALIZAÇÕES DOS POSSÍVEIS PROBLEMAS QUE PODEM SER DETECTADOS COM A PERDA AUDITIVA	
Ingrid Carlos Gomes Ilma Alessandra Lima Cabral	
DOI 10.22533/at.ed.61119131117	
CAPÍTULO 18	179
BIÓPSIA LÍQUIDA NA CONDUTA E PROGNÓSTICO DA MUTAÇÃO T790M DO EFGR DO CPNPC COM RESISTÊNCIA A TKI	
Pedro Hidekatsu Melo Esaki Rodrigo Bovolín de Medeiros Rodrigo Siguenza Saquicela Rafael Luiz Alcântara Nascimento Amorim Willyclay Jordan dos Santos Borges João Pedro Cavalcante Roriz Teixeira Tatiana Paranhos de Campos Ribeiro Joaquim Alberto Barbosa Mariano de Castro João Paulo Cavalcante Roriz Teixeira Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem	
DOI 10.22533/at.ed.61119131118	
CAPÍTULO 19	185
COMPREENSÃO DAS ALTERAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DO INDIVÍDUO PORTADOR DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Jurcelene de Sousa Sena Carla Araújo Bastos Teixeira Isabella Cristina Cunha Carneiro Janine Silva Ribeiro Godoy Ariadne Siqueira de Araujo Gordon Juliana Ramos Pereira Adriana Ramos Leite Matalobos Rômulo Dayan Camelo Salgado Paula Alexandra Trindade Mota Janildes Maria Silva Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.61119131119	
CAPÍTULO 20	197
COMPREENSÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Manoela Lais Pereira Nolêto Bruna Lorena Soares Cavalcante Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.61119131120	
CAPÍTULO 21	206
CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO: UMA NOVA PERSPECTIVA PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE	
Mônica de Oliveira Santos Mayara Tobias da Costa Pires Mônica Santiago Barbosa Carla Afonso da Silva Bitencourt Braga Aroldo Vieira de Moraes Filho	
DOI 10.22533/at.ed.61119131121	

CAPÍTULO 22 216

CRIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE UM BLOG COMO INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

José De Siqueira Amorim Júnior
Diego Rodrigues Ponciano
Fernanda Nascimento Severo
Francisco Arlysson Da Silva Veríssimo
Rosa Maria Sobreira De Sousa
Tobias Júnior Do Bomfim Ferreira
Raphaela Mota Feitosa Vasconcelos
Paola Gondim Calvasina

DOI 10.22533/at.ed.61119131122

CAPÍTULO 23 220

DENGUE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Cássio Almeida de Sousa
Tacyana Pires de Carvalho Costa
Juciara Carvalho de Oliveira
Rai Pablo Sousa de Aguiar
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Marcio Marinho Magalhães
Myllena Maria Tomaz Caracas
João Pedro da Silva Franco
Érika Maria Marques Bacelar
Pablo Rafael Araújo Lima
Ramon Freitas Silva
Camylla Layanny Soares Lima
Pedro Igor Barros Santos
Mariana Dantas Coutinho

DOI 10.22533/at.ed.61119131123

CAPÍTULO 24 229

EFEITO DO MÉTODO PILATES DURANTE PERÍODO GESTACIONAL

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Sheila Ruth Da Silva Campelo
Osmar Ferreira da Silva Filho
João Victor de Sousa Costa
Abimael de Carvalho
William Gomes Silva
Antônio filho Alves Rodrigues
Eulália Caroline de Sousa Santos Fonseca
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Marcio Marinho Magalhães
Ana Adélya Alves Costa
Gabriel Gardhel Costa Araujo
Ranyele Lira da Silva
Adryele Jacó de Sousa
Fernando Ribeiro Castro

DOI 10.22533/at.ed.61119131124

CAPÍTULO 25	237
TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ANÁLISE DO ACOLHIMENTO ÀS GESTANTES NA TESTAGEM RÁPIDA DO HIV	
<p>Ana Rita Santos de Lima Diego Figueiredo Nóbrega Rodrigo Neves-Silva Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa Kristiana Cerqueira Mousinho Giane Meyre de Assis Aquilino Maria Suzymille de Sandes Filho Ednar do Nascimento Coimbra Melo Geisa Gabriella Rodrigues de Oliveira Sylvia Amélia Vasconcelos de Albuquerque Natanael Barbosa dos Santos</p>	
DOI 10.22533/at.ed.61119131125	
CAPÍTULO 26	248
USOS CONTRASTANTES DE PLANTAS MEDICINAIS POR JOVENS E IDOSOS NO CONTROLE DE DISTÚRBIOS NERVOSOS	
<p>Wesley Rick Cordeiro de Lima Maria Clara Inácio de Sá Carla Caroline Gonçalves do Nascimento Leonidas Lima da Silva Filho Tarcio Correia de Campos Tatiane Gomes Calaça Menezes Lidiany da Paixão Siqueira</p>	
DOI 10.22533/at.ed.61119131126	
CAPÍTULO 27	259
POTENCIALIDADES & LIMITAÇÕES DA/O ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NO NASF-AB: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<p>Taís Nogueira Gomes Juliane dos Santos Almeida Angélica da Silva Calefano Isadora Lucena Andrade</p>	
DOI 10.22533/at.ed.61119131127	
SOBRE OS ORGANIZADORES	270
ÍNDICE REMISSIVO	271

A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL NA LUTA PELA SAÚDE EM ARATIBA DENTRO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E CUIDADO

Marcia Fatima Balen Matte

Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Paulo Antônio Barros Oliveira

Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul

RESUMO: O artigo objetiva evidenciar a importância da contribuição do Movimento Social que através da organização sindical, organizou o sistema local de saúde, hoje referência em atendimento SUS, sendo esta, uma importante Instituição no cuidado da saúde e defesa da vida. Os resultados apontam que a realidade foi constituída de muito sacrifício, mas também por conquistas dos trabalhadores, que graças a sua organização transformaram o contexto histórico de saúde vivenciado no município de Aratiba, Região Alta Uruguai estado Rio Grande do Sul. O desfecho do artigo destina-se a interpretar o processo de organização e cuidado com a saúde do povo menos favorecido e o importante viés constituído com a questão social, que foi fundamental dentro da história de luta dos trabalhadores rurais, na construção do sistema de saúde local e conquista do atendimento gratuito, a partir da compra de um hospital

comunitário.

PALAVRAS-CHAVE: Movimento social; Cuidado; Saúde.

THE CONTRIBUTION OF SOCIAL MOVEMENT ON THE ACHIEVEMENT FOR HEALTH IN ARATIBA WITHIN THE HEALTH-DISEASE AND CARE PROCESS

ABSTRACT: The aims of this article are to highlight the importance of the contribution of the Social Movement that organized the local health system, today a reference in SUS care, which is an important institution in health care and life defense. The results indicate that the reality was constituted of much sacrifice, but also by the workers' achievements, that transformed the historical context of health lived in the municipality of Aratiba, Rio Grande do Sul, and interpret the process of organization and health care of poor people and the important bias constituted with the social issue, which was fundamental within the history of struggle of rural workers, in the construction of the local health system and the achievement of care free from the purchase of a community hospital.

KEYWORDS: Social Movement; Care; Health

INTRODUÇÃO

A crise do modelo agroexportador, a partir

de 1930, proporcionou o surgimento de novas forças econômicas, sociais e políticas. A partir da organização combativa, de enfrentamento e mobilização, o povo organizado passou a lutar por melhorias e um papel de sujeito protagonista da história. Dentro da conjuntura política da época, o povo passou a acreditar que, quando organizado poderia promover mudanças, tornando-se sujeito histórico fundamental na transição democrática. A luta pela Saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa passa a ser uma das bandeiras contra a ditadura militar. O *slogan* “saúde é democracia” designava o direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições das quais não se poderia abrir mão.

Com a retomada da democracia, a sociedade civil e a união das forças de oposição política se reorganizaram, e com a participação do povo nas decisões sociais e políticas levaram a sociedade a um clima de esperança. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava na parte substancial da saúde, enquanto a assistência médica estava no setor da previdência social. O acesso à saúde no âmbito da assistência às doenças nas cidades do interior do estado estava garantido apenas pelo tratamento médico de forma particular, perante pagamento, em hospitais de pequeno e médio porte, geralmente de propriedade do médico da cidade. Já a promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantida apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto na saúde pública. A saúde adquiria um conceito ampliado resultante da compreensão de seus fatores condicionantes em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então (CECCIM; FERLA, 2006).

Portanto, resgatar essa história de luta dos trabalhadores rurais pela saúde, que levou à fundação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), indiscutivelmente nos remete ao contexto histórico que se vivia na época e à forma de organização utilizada pelos agricultores familiares, que perceberam que somente com organização e luta seria possível conquistar os direitos e as melhorias de qualidade de vida até então negados aos trabalhadores. Para tanto, era importante e necessário três fatores: trabalhar, organizar e lutar.

A organização social presente nos diferentes movimentos populares, dentre os quais se destacam o Movimento Sindical dos Trabalhadores Rurais, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR), representa a busca pelo cumprimento de direitos previdenciário, e principalmente pela saúde pública para todos. No período de mobilização desses movimentos, a principal bandeira proposta era da garantia do atendimento gratuito a todos os pacientes.

A aproximação da autora com o movimento social, em especial no caso da luta pela saúde que se deu nos anos 1980/90, deve-se à atuação ativa de sua mãe, a líder sindicalista e política, assassinada em outubro de 1996, Paulina Balen, fundadora do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais do Alto Uruguai (MMTR), líder

participante assídua das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Aratiba, no Rio Grande do Sul. A líder deixou um grande legado de luta social para sua família e também para toda a comunidade, em especial para sua filha, que busca superar a tragédia inspirando-se nessa história elucidando as conquistas obtidas a partir da organização dos trabalhadores rurais da época, que culminou na compra de um hospital comunitário, hoje referência em saúde gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), naquela região.

Segundo Testa (1986), os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, pois a totalidade social não é divisível e não pode ser separada em partes. Contextualizando a história a ser elucidada por este trabalho, esta organização social culminou com um marco importante, em dezembro de 1985, com a compra do hospital comunitário, que vinha ao encontro da grande necessidade da população no município de Aratiba, e região.

Fazendo um resgate histórico dos acontecimentos, e questões de luta e conquista do movimento social e sindical, através da compra de um hospital, que além de prestar assistência aos trabalhadores e a população em geral, almejava um projeto ainda mais amplo de saúde preventiva, o presente artigo pretende fazer uma reflexão teórica acerca de uma importante questão social, o cuidado da saúde e a defesa da vida. Assim, relata-se a luta dos diferentes setores do movimento social na busca de um projeto ousado, de uma instituição de saúde que pudesse ofertar atendimento médico hospitalar gratuito para os trabalhadores, e a importância desta organização sindical e social frente à construção da luta pela saúde, no final da década de 80. Busca-se entender e analisar o momento da história, em um contexto político histórico, no qual o papel do Estado passou a ser questionado pela classe trabalhadora, contextualizando como foi fundado um hospital comunitário, que se tornou referência na construção do sistema de saúde local e regional, na pequena cidade de Aratiba, norte do estado do Rio Grande do Sul.

Portanto, o objetivo deste estudo, é buscar entender o momento da história e o contexto quando a associação comunitária Hospitalar de Aratiba foi fundada, e os motivos que levaram os trabalhadores dos mais diferentes Movimentos Sociais, a participarem da luta pela conquista de direitos e melhorias na qualidade de vida da população. Acredita-se que estas são informações de grande importância, para elucidar a história desse processo de organização de luta pelo direito à saúde, que brotou do sonho de um grupo de trabalhadores rurais e se concretizou, a partir da organização social.

METODOLOGIA

Para consecução do estudo, a metodologia eleita foi à pesquisa bibliográfica, ou seja, delimitou-se um “[...] conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atentando ao objeto de estudo” (LIMA; MIOTO, 2007, p.38). A pesquisa

bibliográfica possibilitou elucidar o objeto de estudo, respondendo às questões propostas e conferindo materialidade ao objetivo estabelecido. Este movimento social foi estudado no período de 1985 a 2018. Como técnicas para obtenção dos dados utilizou-se de documentos, entrevistas e análise de material impresso, como as atas das reuniões da ACHA e do Conselho Municipal de Saúde, recortes de jornais e informativos com entrevistas e relatos da história, de 1985 a junho de 2018. Os dados foram registrados de forma escrita como “notas copiosas” com ênfase na captura das palavras, frases e fotos exatas no material escrito. A análise de conteúdo será adotada como procedimento analítico dos dados coletados. (YIN,2005)

A sistemática para análise dos dados incluiu a pré-análise, a descrição analítica dos dados e a interpretação inferencial (BARDIN, 1977). A pesquisa bibliográfica permite a análise teórica do objeto de estudo e “difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação dos dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles uma teoria, a compreensão crítica do significado neles existente” (LIMA e MIOTO, 2007, p. 44). Os resultados foram apresentados e discutidos através de uma abordagem qualitativa. A categoria considerada central para análise dos dados foi à contradição. “Entende-se, que as categorias analíticas”... retêm historicamente as relações sociais fundamentais, e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto em seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de abstração, generalização e aproximação” (MINADO, 1992, p.94).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em Aratiba, no início da década de 80, eram inúmeros os problemas enfrentados pela população com relação à saúde. O alto custo das consultas, dos tratamentos e o do atendimento hospitalar impossibilitavam a população, especialmente os agricultores, de arcar com as despesas, tendo que na maioria das vezes, se desfazerem de seus bens em suas propriedades para pagar a conta. Os agricultores, não raras às vezes, vendiam juntas de boi e vacas de leite, terras e/ou gastavam suas economias para não ficarem devendo ao hospital. Dentro deste contexto, aqui aparece muito bem o que vários autores chamam atenção para a transferência da responsabilidade do Estado com relação às políticas sociais e em especial da área da saúde, onde o estado deveria assumir a assistência, ao invés de repassar para o Terceiro Setor. Muito bem enfatizado por Montaño (2002), onde refere "uma nova modalidade de trato à questão social", com a transferência da responsabilidade da questão social do Estado para o indivíduo, que a resolverá através da autoajuda, ajuda mútua ou, ainda, adquirindo serviços como mercadorias. Aqui podemos correlacionar à compra de serviços médicos e hospitalares pelo próprio cidadão com as políticas sociais que passam a ser focalizadas, perdendo, assim, seu princípio universalista.

Os agricultores procuravam o hospital em busca de saúde, porém começaram a perceber que a cada atendimento hospitalar estavam mais empobrecidos. O medo

de ficar doente estava impregnado nas famílias, pois sabiam que em grande medida, trabalhavam para ter reservas caso alguém viesse adoecer. Os agricultores contribuíam no FUNRURAL que descontava impostos para ter direito a saúde. A lei dizia que os agricultores tinham direito ao atendimento pelo INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - mas na prática só tinham um pequeno desconto, de acordo com a quantidade de contribuição no FUNRURAL. O Estado que deveria assumir essa responsabilidade, transfere para setores terceirizados, contratados e financiados com dinheiro público, para que este, também chamado de terceiro setor, preste assistência aos contribuintes do FUNRURAL e outros.

Com a descentralização administrativa, as políticas tornam-se ainda mais precárias, porque são transferidas as competências sem os recursos correspondentes e necessários para executá-las. Mesmo com a transferência de fundos públicos para o Terceiro Setor, já que ele, em geral, não tem condições de autofinanciamento, estas políticas continuam deficitárias. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de 'parceria' entre o Estado e a sociedade civil, com o Estado supostamente contribuindo, financeira e legalmente, para propiciar a participação da sociedade civil". (MONTAÑO, 2002, p. 199). Além de assumir algumas atividades que seriam do Estado, como a promoção ou a manutenção de bem estar social, o Terceiro Setor acaba também assumindo certo poder (econômico/político), principalmente quanto à definição de seu próprio campo de cooperação internacional, no que se refere ao repasse e prestação de contas dos recursos financeiros, diretamente para as agências internacionais sem a intermediação do Estado.

Mediante os problemas que os trabalhadores rurais enfrentavam em relação ao atendimento à saúde nesse período, que não era falta de hospital, tendo em vista que existiam no município três hospitais, (02 na Sede e um no Distrito de Barra do Rio Azul, hoje, Município e cada um tendo um médico como proprietário, trabalhando isoladamente, para ter mais freguesia e lucro) o Sindicato dos Trabalhadores Rurais começa então um trabalho de conscientização e organização. Deste trabalho surgiu a comissão de previdência, com a finalidade de resolver os problemas da área da saúde, e discutir junto à população, a promessa de campanha assumida pelo então candidato Ivar Pavan: *“se nós ganharmos a eleição vamos assumir como prioridade a luta da saúde e vamos comprar o hospital”*.

O Sindicato, nessa época buscava fazer com que as lideranças das comunidades, iniciassem discussões políticas mais avançadas, através de programas de formação a nível municipal, mantendo a população informada, despertando a consciência de classe, a clareza da existência dos problemas e suas causas. Neste período, o acesso gratuito aos serviços de saúde, era muito difícil e vigorava as normas estabelecidas pelo INAMPS, uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, criada pela Lei 6.439, de 01 de setembro de 1977. Por pressão e mobilização da sociedade, o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro de Albuquerque 1985-1988, ciente que o quadro onde a urgência por soluções na

área da saúde era imperativa, estabeleceu, com o respaldo do MPAS, um conjunto de prioridades, entre elas as estratégias de ações integradas de saúde, o sistema unificado e descentralizado de saúde, os convênios e contratos com entidades filantrópicas, hospitais universitários e sindicatos e a assistência prestada ao trabalhador rural. Porém, estas prioridades demoravam muito para serem implementadas e, muitas vezes, a população não era ciente dos direitos conquistados.

Os donos dos hospitais, como era a situação de Aratiba, pareciam não muito interessados em conhecer as normas e continuavam cobrando ‘caro’ pelos serviços que prestavam. Na época, ouviam-se comentários do tipo: “Se a lei garante gratuidade, que o sindicato atenda de graça os agricultores”. A partir de então, começa-se a discutir em todo o município a grande questão da gratuidade aos serviços de saúde. O sindicato, através de suas lideranças, disseminava nas comunidades que o atendimento médico-hospitalar deveria ser de graça e que, se tivesse um hospital, atenderia gratuitamente. Uma vez que o sindicato defendia que a lei garantia esse direito, a questão começou a fluir em torno da compra de um dos hospitais, onde o trabalhador pudesse ter acesso a assistência médica gratuita. A bandeira e suas ideias perpassavam as diversas reuniões e assembleias que eram realizadas, a partir do trabalho de base das lideranças sindicais junto às comunidades, reunindo por muitas vezes mais de 700 pessoas.

O sindicato então convocou uma assembleia geral para decidir se comprariam ou não o hospital, uma das maiores assembleias realizadas em termos de participação, aproximadamente 2.000 (duas mil) pessoas. Em entrevista, Ivar Pavan recorda a grande assembleia:

Poderíamos dizer que foi o dia em que a vida parou, eu nunca vi uma assembleia com tanta gente num dia só. Eu não sei se ficou alguém em casa, o salão da paróquia estava lotado tinha gente que queria entrar e não conseguia. O comércio rendeu pela quantidade de pessoas que aproveitaram para fazer suas compras. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006)

A assembleia aprova a criação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba – ACHA, em 19/12/1985, com uma diretoria provisória para os encaminhamentos legais e para o aprofundamento sobre a compra do Hospital Nossa Senhora da Saúde, hoje, a sede da ACHA. A viabilização da compra do hospital se daria através da venda de cotas aos interessados, que se tornariam associados. Pesquisando os documentos da Entidade não foi possível encontrar a definição do por que o nome ACHA (Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba), mas pode-se concluir que o nome traz em si a finalidade da Instituição: *Associação* – ser formada por muitas pessoas; *Comunitária* – estar a serviço do bem comum; *Hospitalar* – local destinado a cuidar da vida doente, ferida, local de promover saúde e prevenir doenças e *Aratiba* – porque foi o chão onde foram semeadas muitas lutas e os ‘brotos’ começaram a surgir, mostrando a resistência e a força da organização.

Realizada as negociações, a Associação fez um contrato de compra e venda com o proprietário do hospital no valor de Cr\$ 2.500.000.000,00 (dois bilhões e quinhentos milhões de cruzeiros). Valor este que foi transferido para cruzados, atualizando o valor da dívida, dificultando ainda mais a quitação da compra. Na época não foi levantado o dinheiro suficiente para saldar a dívida, pois nem todos os agricultores se comprometeram com a aquisição das cotas, cálculo estimado pela Associação para saldar o compromisso de compra (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Para enaltecer este estudo e dar visibilidade da ousadia do projeto para a época, buscamos atualizar os valores para os dias atuais com dados básicos da correção pelo IPC-SP (FIPE) com data inicial de 12/1985 e data final 11/2018, índice de correção nos períodos 2.086.362.008,3961179. O valor percentual correspondente 208.636.200.739,61179005%, que resulta no valor corrigido na data final de R\$ 1.896.692,73. Pelos dados básicos da correção pelo IPC-A (IBGE), levando em conta a data inicial 12/1985 e data final 11/2018 e o índice de correção no período 3.382.983.454,1940558, o valor percentual correspondente 338.298.345.319,4055800% resulta em um valor corrigido na data final de R\$ 3.075.439,50.

Com esta conquista, era necessário buscar formas de financiamento e organização da Entidade, para poder prestar atendimento à população. Para tanto, foi eleita através de assembleias dos sócios e a comunidade em geral, uma comissão de saúde, formada por sócios gestores, que de posse da autorização de compra da instituição, passaram a construir formas de viabilizar o seu funcionamento (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). A direção da época não mediu esforços para que a ACHA se concretizasse. A falta de recursos atrelada à falta de experiência em administração deixava sempre no ar a seguinte questão: Será que vai dar certo? Pelo fato de que nem todos os engajados, até então, na luta pela saúde gratuita, colaboraram na compra e venda das cotas, os associados fundadores, passaram por inúmeras dificuldades financeiras para colocar o Hospital em funcionamento. As críticas não faltaram, o Poder Público Municipal da época não apoiou a ideia. Porém a garra, a coragem, a ousadia, a determinação e o apoio de muitos com a vontade de mudar o jeito de fazer saúde em Aratiba, fizeram com que, aos poucos a ACHA, se tornasse uma experiência em saúde que buscou unir o atendimento médico-hospitalar e a saúde comunitária, com diversos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Num primeiro momento, logo após a compra do hospital, o mesmo foi fechado por 11 meses, para que a equipe que estava acompanhando mais de perto a situação pudesse tomar conhecimento e fazer as adequações mais urgentes para poder atender a população. O encaminhamento da documentação e dos registros, a mudança da razão social e a falta de recursos para contratar profissionais foram os fatores relevantes para esse acontecimento. Lucir de Conto Diretor do hospital na época relata :

Dificuldades no início foi encaminhar a documentação, pois não se tinha experiência. Éramos agricultores sem experiência na questão burocrática. Procuramos, na época, a Irma Zélia Luza. Sabíamos que tinha experiência, tanto de movimentos populares, trabalhava na CRABE, quanto em administração hospitalar, pois trabalhou no Hospital de Gaurama. Depois de muito andar, alguns moradores informaram onde ela morava. Chegamos lá conversamos com ela e colocamos nossa preocupação. Tínhamos comprado um hospital, porém não tínhamos experiência em administrá-lo. Conversamos bastante e ela colocou a possibilidade de contribuir só que precisávamos com a superiora da Província. Certo dia, ela ligou dizendo que a superiora estaria em Erechim e fomos conversar. Convencemos a superiora de que precisávamos da Irma Zélia e acordamos que a mesma iria a Aratiba uma vez por semana. Ela começou a ajudar a organizar toda a documentação, inclusive nos registros necessários nos diversos conselhos e nas exigências na documentação. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29):

Muitas viagens foram feitas para a legalização da ACHA nos Conselhos na Junta Comercial de Porto Alegre e o interessante é que como não dispunham de recursos, os membros da diretoria assumiam as despesas. Percebe-se com essas atitudes tamanha dedicação e compromisso com a ACHA, pois, sem legalizar o hospital, o atendimento à população era parcial, somente em casos urgentes (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Esse período foi de muita luta e garra para que o sonho não morresse e para que a população tivesse acesso novamente à saúde. A direção da Associação não mediu esforços para alcançar o objetivo proposto. Realizou assembleias, encontros, reuniões e visitas nas comunidades para organizar uma estrutura mínima para o funcionamento, pois além da dificuldade financeira, faltava material, documentação e profissionais. Para amenizar a situação enquanto se aguardava a abertura do hospital foi estruturado um consultório médico na sala do Sindicato dos Trabalhadores Foram onze meses de trabalho árduo, porém de grande satisfação porque o esforço e a luta coletiva garantiram que no dia 13 de novembro de 1986 o hospital fosse reaberto.

O momento foi histórico para o povo, um grande público compareceu no ato de reabertura. A rua em frente ao prédio do hospital foi totalmente ocupada, o sol escaldante não tirou dos rostos suados o sorriso da conquista popular. Muitas pessoas compareceram, em especial, um grande número de mulheres ligadas ao Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais que entoavam cantos de luta. Este dia ficou marcado pela alegria da conquista. Ao abrirem-se as portas do hospital a população foi entrando, ocupando os dois andares do prédio. A alegria estava estampada em cada face e no grito dos agricultores “este é o nosso hospital, hospital do povo”. O sonho se concretizava. O hospital era dos agricultores. A euforia era tamanha que o povo gritava refrãos, como: “povo unido jamais será vencido”, “povo organizado jamais será pisado” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29). O dia 13 de novembro marcou a conquista dos agricultores, mas também foi um dia de fortalecimento da caminhada, pois estavam dando apenas os primeiros passos.

Muito tinha que se fazer. A responsabilidade era ainda maior. O sistema precisava ser organizado. O hospital a partir desse momento passou a funcionar,

mas os desafios ainda estavam por vir. Além de toda a organização necessária para o bom andamento, a comunidade estava ansiosa em saber o rumo que o hospital tomaria, bem como os resultados, uma vez que era dirigido por agricultores. No fim do ano de 1986, o hospital começa a realizar atendimentos de forma gratuita a comunidade, mantido até então por mutirões, campanhas de arrecadação financeira, bem como participação societária através da venda de cotas. Além do atendimento médico hospitalar, o hospital passa a desenvolver campanhas preventivas, pesagem das crianças e orientação alimentar alternativa, cria-se a Pastoral da Criança entre outras.

A bandeira proposta, sempre foi à de garantir atendimento gratuito a todos os pacientes, já que esta Associação Comunitária Hospitalar ACHA, foi fundada a partir da problemática da saúde. Os envolvidos com a luta pela saúde e com a causa da ACHA recordam os momentos e dificuldades que enfrentaram. Um dos momentos lembrados é descrito por Zélia Luza administradora do Hospital :

Na cozinha a gente não tinha nada, tudo era difícil. Quando estávamos paradas (com o hospital fechado) pensamos um pouco, deu para organizar um pouco. Como não tínhamos como trabalhar o Hospital porque não tínhamos funcionários, foram criados os Conselhos nas Comunidades, com representantes nas Comissões. Sem a Prefeitura concordar. O pessoal estava por dentro, era um grupo grande. Depois a gente começou a saúde preventiva. O pessoal falou que estávamos treinando para a guerrilha. Não tinha como andar um Hospital sem dinheiro, sem funcionários, sem nada, somente se a comunidade ajudasse. Era à maneira do trabalho popular, hoje se fugiu um pouco disso, mas na época estava em alta se trabalhar com as bases. Eu tinha feito um curso em Santa Maria que era voltado para o trabalho popular. Nós fizemos projetos com a Cáritas. Conseguimos dinheiro e pagamos o empréstimo aos credores para abrimos logo o Hospital, pois o povo precisava de uma resposta. O Hospital ficou totalmente fechado, nós tínhamos um médico para atender casos urgentes, mas no prédio do Sindicato. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 32):

Foi um período em que o sonho de construir um modelo novo de hospital falou mais alto, mesmo diante de tantas dificuldades que eram enfrentadas. Os agricultores não estavam preparados para o trabalho técnico-burocrático, a ausência de recursos financeiros, a falta de veículos para o trabalho de saúde comunitária, poucos equipamentos para a realização de exames além da falta de profissionais com experiência e comprometidos com a luta. Entretanto, isso não foi motivo para a ACHA, através de suas lideranças, desistirem do Projeto de construir saúde com a participação da Comunidade. Em 1986, a ACHA começa a dar seus primeiros passos,

São criados Conselhos Comunitários de Saúde, com a finalidade de discutir os problemas nas comunidades, apontar soluções e levar sugestões para a Comissão Institucional Municipal de Saúde (CIMS). Dessa forma a população poderia participar do projeto de Saúde do Município. Através desta conscientização, as comunidades se organizavam para exigir a participação popular na CIMS (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). No início, encontrou-se resistência por parte das autoridades municipais

que defendiam uma CIMS formada por representantes das entidades e apenas um representante dos trabalhadores. Devido à organização da população e a consciência pelos seus direitos houve uma pressão para que os trabalhadores participassem da CIMS por região e o Prefeito teve que convocar a população e entidades para a criação da Comissão de acordo com a proposta (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Com a organização das Comissões de Saúde, Aratiba foi um dos únicos municípios da região, no qual os agricultores, além de definirem as prioridades sobre saúde, administraram os recursos de saúde para a área hospitalar, através de convênios, mesmo contrariando os interesses do poder público. Com a cidadania à flor da pele, os agricultores já estavam cientes de que o objetivo era evitar a hospitalização, o consumo desnecessário de remédios, através de um bom trabalho preventivo. Entretanto, estavam cientes de que era preciso ter uma estrutura hospitalar de qualidade para os casos de urgência/emergência, internações e outros serviços.

Fruto da organização, no dia 13 de fevereiro de 1987 foi assinado o 1º Convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o Governo Federal. A nova proposta ou projeto de saúde destacou-se por visar à participação do povo no planejamento dos projetos de saúde, na aplicação dos recursos, organização dos trabalhadores para uma mudança da política de saúde e para a conquista dos direitos ao atendimento gratuito, sendo um projeto comunitário, participativo e transformador. Os participantes desse projeto de saúde foram e ainda perduram até os dias atuais, advindos de todas as comunidades do município, representando as comissões locais de saúde (agricultores), das lideranças, dos funcionários, dos profissionais, dos trabalhadores urbanos que acreditaram e continuam acreditando que é possível fazer saúde com a participação direta da comunidade na deliberação da política de saúde.

A compra do Hospital não significou a resolução de todos os problemas, mas foi uma segurança maior no que diz respeito à saúde para a população. Adquirir um hospital em que “o lucro” seria aproveitado em melhorias próprias para atendimento da população, diminuir o número de internações e evitar a continuidade de uma prática que tinha por objetivo “faturar” em cima da doença, significou um grande avanço para os que estavam empobrecendo com as dívidas hospitalares e para a mudança de concepção em relação ao cuidado a saúde (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006). Nessa perspectiva, uma das grandes preocupações da ACHA foi a formação de lideranças no interior do município, através de contatos constantes, visitas, encontros, estudos, assembleias para que os agricultores tivessem a consciência de que a luta por saúde é uma luta popular e que o hospital era para os agricultores, cujas decisões seriam tomadas e supervisionadas pelas mais de mil famílias, com o apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais visando uma maior participação política.

Os objetivos que nortearam e continuam sendo aplicados no trabalho em curto, médio e longo prazos são: luta por assistência gratuita em saúde; formação para prevenção das doenças; atenção às gestantes e crianças; conscientização e formação de lideranças; novo conceito de saúde; acompanhamento aos agentes e

comunidades; aperfeiçoamento constante da equipe técnica; ampliação dos serviços prestados; ampliação e melhorias no prédio; buscando consolidar um projeto de saúde que não visa apenas cuidar das doenças, mas antes, cuidar da vida trabalhando a prevenção à saúde. Assim, a principal meta da ACHA é desenvolver ações integrais de cura, reabilitar e prevenir as doenças com acesso universal e igualitário dos cidadãos e participação da população em seu planejamento, execução e avaliação.

Nesse sentido, conforme relata o prefeito atual da cidade Guilherme Eugênio Granzotto em entrevista ao jornal bom dia, “busca-se valorização da vida humana, dos trabalhadores e da luta por saúde popular”. Está aqui uma experiência inovadora exemplo para organizações que desperta o interesse de conhecimento, pois envolver a comunidade na gestão é o grande segredo do sucesso alcançado nestes trinta e quatro anos de ACHA à serviço do povo”.

Fundar e manter um hospital onde o envolvimento da comunidade é permanente chamou a atenção não só de entidades que trabalham na área da saúde, mas também de instituições de ensino, administrações municipais e população em geral, tanto da região Alto Uruguai como também de regiões de outros estados. A experiência desenvolvida na ACHA foi e continua sendo um incentivo para outras experiências. É procurada como objeto de estudo, bem como de fortalecimento e modelo para novas alternativas. Portanto, garantir que a experiência da ACHA seja divulgada e sirva de base para novas experiências é uma das estratégias para que o trabalho continue sendo desenvolvido com o mesmo ardor do período em que foi fundada. Por isso, em várias ocasiões os integrantes da Associação participam de seminários, de encontros de troca de experiência e de cursos, fortalecendo ainda mais o compromisso que assumiram com a população como explica Lucir de Conto:

Participamos muitas vezes de encontros e seminários no Estado, para divulgar a experiência. Participamos de um Seminário Latino Americano, seminário de religiosos, onde apresentamos a experiência, foi classificada como uma experiência libertadora. Com certeza trabalhos parecidos, foram implementados, tanto no Estado do Rio Grande do Sul como em outros Estados a partir do nosso relato. (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 57):

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poder contribuir para que novas alternativas sejam constituídas em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade a partir da apresentação da experiência da ACHA renova a força de luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Como podemos perceber, a ACHA foi fundada a partir da problemática da luta por saúde. Foi concebida, gestada e nasceu como fruto da organização dos agricultores que, mesmo com grandes dificuldades organizaram um processo de mudança no que diz respeito ao atendimento médico-hospitalar e um novo jeito de que é possível cuidar da saúde de forma comunitária/participativa, possibilitando que as pessoas tenham uma melhor qualidade de vida.

A compra de um hospital, que além de prestar assistência aos trabalhadores e a população em geral, é um projeto ainda mais amplo de saúde preventiva, envolvendo toda a comunidade no campo da formação de lideranças, bem como no debate e intervenções do Controle Social em Saúde, podemos dizer que a conquista da atenção integral e gratuita à saúde, assistencial e da promoção de saúde por políticas específicas, foram fundamentais. Em se falando de processo de planejamento em saúde e de mudança social, pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade, e intervir na construção da história. Pensar o planejamento como prática histórica, passa pela discussão de estratégias de transformação social. Uma gestão participativa, com o envolvimento da comunidade de uma forma mais democrática sempre será assertiva.

O avanço do conhecimento popular, a partir do trabalho de orientação e campanhas preventivas realizadas na área da saúde no Campo Social é perceptível a cada dia, porém, tornou-se imperativo avançar enquanto hospital e sua missão social, de atender o maior número possível de pessoas pelo (Sistema Único de Saúde) SUS - contribuindo assim para o desenvolvimento e a organização da saúde na Região do Alto Uruguai.

A ACHA - Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba, Instituição de saúde Filantrópica, conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS, teve sua fundação em 19 de dezembro 1985, como um hospital de porte pequeno e com poucos recursos, muitos advindos através das parcerias com as prefeituras em convênios com o SUS. Nos dias atuais tem avançando no atendimento, apresentando crescimento contínuo e beneficiando um grande número de pessoas com atendimento gratuito, sendo considerado referência regional em algumas especialidades médicas. Dentro dos fatos históricos correlacionados é importante destacar, que o movimento social foi o grande agente transformador nesse período de organização do sindicato e, conseqüentemente, dos agricultores frente às bandeiras de luta, também a atuação da igreja que foi relevante e contribuiu no processo de conscientização do povo na luta pelos seus direitos

Assim, acredita-se ser uma experiência importante a ser divulgada, ao passo que poderá contribuir para que novas alternativas sejam constituídas em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade, a partir da elucidação desta Instituição de organização social, que renova a cada ano que passa a força da luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Apesar dos avanços conquistados ao longo das décadas na descentralização do setor saúde, o SUS ainda possui desafios que precisam ser superados para que funcione eficientemente, conforme os princípios e diretrizes estabelecida. Porém existem muitas experiências belíssimas, mostrando que o SUS funciona e que precisam ser divulgadas .

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

LIPSCH, V. T.; LIMA, E. F.; THAINES, E. **A saúde brota da luta do povo: vida, saúde, vitórias, lutas, participação, organização**. Erechim, RS: GraffoLuz, 2006.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim. Tradução de Daniela Bueno**. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre, RS: Penso, 2016.

LUZA, Z. M.; MELO, J. L. B. **Educação popular e saúde comunitária em Aratiba -RS**. Trabalho de Conclusão do Curso de especialização Popular. São Leopoldo, 1988.

LIMA T.C.S de; MIOTO,R.C.T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Katál, Florianópolis, v.10, spe, 2007.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

TESTA, Mario. **Planificación Estratégica en el Sector Salud**. Caracas. CENDES/UCV. 1986. Mimeo.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54
Admissão do paciente 33
Albumina sérica 141
Aleitamento materno 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101
Antropologia 111, 113, 121
Arbovirus 69, 71, 221
Assistência ambulatorial 47
Assistência à saúde 56, 59, 78, 113, 245
Atenção farmacêutica 206, 207, 208, 210, 212, 213, 215
Atenção primária à saúde 1, 61, 67
Avaliação dos serviços de saúde 56, 59

B

Benefícios 26, 33, 91, 92, 93, 96, 99, 100, 103, 105, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 206, 230, 231, 232, 234, 235, 236
Brasil 2, 3, 5, 8, 9, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 77, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 123, 127, 128, 132, 133, 137, 146, 149, 159, 166, 172, 177, 191, 192, 195, 198, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 238, 239, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 250, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 263, 264, 266, 268, 270

C

Câncer 120, 134, 135, 137, 138, 139, 158, 167, 179, 180, 181, 182, 269
Cuidado 1, 4, 7, 10, 12, 19, 39, 43, 48, 64, 65, 66, 67, 76, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 129, 186, 190, 194, 195, 199, 201, 203, 204, 208, 210, 212, 214, 245, 259, 260, 262, 265, 267, 268, 270
Cuidados paliativos 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 269

D

Diagnóstico 2, 29, 30, 32, 44, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 104, 112, 118, 132, 136, 139, 159, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 185, 187, 188, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 221, 223, 226, 228, 238, 243, 247, 264
Dietoterapia 123, 129
Dificuldades 16, 17, 18, 20, 50, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 123, 131, 152, 167, 171, 190, 192, 201, 203, 218, 259, 266
Doação de órgãos 75, 76, 77, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90

E

Educação 8, 22, 24, 29, 34, 90, 91, 93, 96, 97, 100, 120, 170, 197, 199, 203, 204, 205, 210, 213, 216, 217, 219, 221, 227, 243, 244, 246, 256, 257, 262, 263, 265, 266, 270
Enfermagem obstétrica 37, 39, 40
Enfermeiros 34, 41, 61, 67, 79, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 93, 98, 99, 120, 121, 237, 239, 240, 243, 245
Epidemiologia 103, 105, 228, 247, 270
Estômago 134, 135, 136, 137, 138

F

Farmácia clínica 207, 209
Filosofia 111, 112, 113, 114, 115, 121, 205
Filosofia em enfermagem 113

G

Gastos em saúde 23, 24, 27
Gestão em saúde 47

H

Helicobacter pylori 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140
Hipoalbuminemia 142

I

Impactos na saúde 23, 24, 27
Índice de massa corporal 142
Insuficiência cardíaca 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 156
Insuficiência renal crônica 123, 127, 132, 152

L

Larva migrans 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110
Larva migrans cutânea 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110

M

Mães 4, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100
Mídias sociais 217
Mortalidade 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 44, 71, 73, 104, 116, 130, 156, 158, 181, 207
Morte encefálica 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90
Mosquito Aedes aegypti 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Movimento social 10, 11, 12, 13, 21

N

Nefropatias 123

P

Parasitoses 103, 104, 105, 106, 109

Parto 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 93, 96, 97, 231, 234, 235, 236, 238, 243, 244, 247

Periodontite crônica 141

Potencial doador 75, 76, 77, 78, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90

Prevenção 1, 3, 4, 7, 11, 16, 19, 20, 26, 33, 43, 46, 64, 65, 71, 72, 73, 126, 160, 175, 198, 210, 212, 215, 218, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 254, 261, 263, 270

Psicoterapia de grupo 1

R

Responsabilidade 7, 13, 14, 17, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 53, 98, 119, 188, 207, 264, 266

S

Saúde pública 11, 20, 21, 23, 25, 26, 31, 35, 46, 47, 48, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 104, 107, 108, 139, 153, 176, 220, 221, 222, 223, 224, 227, 258, 260, 263

Sinalizações 170

Sintomas 2, 7, 54, 69, 70, 71, 73, 109, 117, 121, 126, 127, 130, 156, 157, 158, 160, 167, 168, 188, 196, 198, 216, 218, 225, 226

T

Tecnologia biomédica 47

Tecnologia da informação 217

Teste da orelhinha 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177

Tratamento 11, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 68, 69, 71, 72, 73, 86, 105, 110, 118, 122, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 135, 138, 139, 153, 159, 160, 167, 170, 172, 174, 177, 180, 181, 182, 191, 192, 193, 194, 198, 199, 216, 218, 221, 223, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 235, 239, 243, 245, 249, 250, 253, 254, 256, 257, 270

V

Violência obstétrica 37, 43, 46

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-761-1



9 788572 477611