

socialmente desfavorecida, como também dialogar com os participantes sobre o conceito ampliado de saúde. Métodos: A partir da temática dos Determinantes Sociais em Saúde, discutida na disciplina do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Fiocruz Pernambuco-Brasil, foi realizada uma visita à comunidade dos Timbiras do bairro da Imbiribeira, Recife-PE-BRASIL. A seleção das casas para entrevista em áudio foi realizada de modo aleatório, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foi feita uma entrevista com os moradores da comunidade contendo as seguintes perguntas: O que você entende por saúde? O que seu bairro contribui para ter e para não ter saúde? Você se mobiliza de alguma forma para melhorar as condições de saúde da sua comunidade? Resultados: A comunidade relaciona sua saúde com a precariedade das condições de vida, ambientais e de trabalho, limitando esse reconhecimento à ausência de saneamento básico, especificamente calçamento de vias, esgoto e coleta de lixo. Além disto, a construção do ideal de saúde é centrada na ausência de dor e doença, bem como na ausência de profissionais médicos e na dificuldade de acesso as Unidade de Saúde da Família (USF). Não observou-se nas falas dos entrevistados referências quanto ao empoderamento comunitário na reivindicação por melhorias sociais. Conclusões: Conclui-se que a visão da comunidade em relação à saúde está relacionada com maior ênfase ao modelo biomédico, contudo ela relaciona os fatores determinantes da sua condição de saúde e doença, como condições de vida, social, ambiental e de trabalho. Para estes indivíduos, o “ter” saúde é visto sob uma ótica reducionista com relação aos DSS. A realização desta atividade foi fundamental para extrapolar os muros acadêmicos e aprofundar a discussão de DSS dentro de um contexto real, refletindo sobre o conceito ampliado de saúde. Este trabalho também permitiu refletir na construção de políticas de saúde que de fato integre todas as dimensões do DSS, para que assim elas possam atender as necessidades de saúde da população de forma integral, igual e equânime.

### **CONSULTA GINECOLÓGICA:**

Helga Geremias Gouveia; Maria Luiza Paz Machado; Dora Lúcia de Oliveira

### **Brasil**

Introdução: Consultas ginecológicas são, reconhecidamente, ofertas assistenciais importantes para a saúde das mulheres. Contudo, o foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e de mamas tem o efeito de reduzir o escopo e finalidade desta oferta assistencial. Quanto ao atendimento das necessidades de saúde das mulheres é importante reconhecer que, usualmente, a consulta ginecológica não tem a abrangência necessária para atender estas necessidades, reduzindo sua finalidade a intervir em aspectos relacionados a (dis)funções reprodutoras das mulheres. Neste cenário podem ser desconsiderados elementos constituintes/geradores da situação de saúde das mulheres, como é o caso dos direitos sexuais e reprodutivos e dos muitos aspectos contextuais implicados com esta situação. Acredita-se que a consulta ginecológica possa ser geradora de atenção integral, desde que leve em conta determinantes sociais e amplie o foco do cuidado para além de protocolos de atendimento previamente definidos. Diante do exposto considerou-se relevante conhecer e analisar as demandas das mulheres e os motivos da busca à consulta ginecológica. Método: Estudo qualitativo descritivo realizado com 20 mulheres de duas Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. Os dados foram obtidos em 2014 por meio de entrevistas tendo como questão norteadora “Normalmente, qual o motivo que leva você a procurar a consulta ginecológica?” Foi realizada análise de conteúdo. Resultados: a maioria das mulheres buscaram a consulta ginecológica para realizarem o exame citológico do colo uterino e algumas associaram essa busca também ao encaminhamento para realização da mamografia. Houveram alguns relatos relacionados à busca da consulta para melhora de desconfortos (prurido vaginal e dor ao urinar/nas relações sexuais/nos seios). Conclusão: as usuárias valorizam a consulta ginecológica primordialmente como tecnologia para prevenção do câncer de colo de útero, deixando de explorar o potencial deste espaço para atendimento de outras demandas de saúde igualmente importantes. Necessidades singulares de saúde sexual e reprodutiva também poderiam ser tratadas em consultas ginecológicas desde que estas não estivessem previamente delimitadas no seu es-

copo e finalidade. Abrir a consulta ginecológica para demandas que extrapolam metas programáticas, ampliando a escuta às necessidades das mulheres, pode contribuir significativamente para a produção da integralidade em saúde.

### **CORRELATOS PSICOSSOCIAIS DAS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS BRASILEIROS – UM ENFOQUE NAS DIFERENÇAS DE GÊNERO**

Ana Luísa Patrão; Vicente Paulo Alves; Tiago Sousa Neiva

Brasil

**Introdução:** Vários estudos têm evidenciado diferenças de gênero ao nível da epidemiologia das doenças crônicas e dos fatores que as influenciam. Assim, é objetivo deste trabalho identificar as diferenças de gênero e os correlatos psicossociais e comportamentais associados às principais doenças crônicas apresentadas pelos idosos de uma comunidade de Brasília. **Método:** A amostra deste estudo é consecutiva e constituída por 144 idosos (60 homens; 84 mulheres), usuários da Unidade Básica de Saúde da Granja do Torto (Brasília). Os dados foram colhidos através de um questionário por entrevista com perguntas relevantes e direcionadas para o objetivo do estudo. Os critérios de inclusão foram (1) ter idade igual ou superior a 65 anos e (2) estar psicologicamente capaz de responder ao questionário por entrevista. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa foi devidamente autorizada pelas instituições envolvidas. Os dados foram tratados com o auxílio do programa SPSS, versão 20.0. **Resultados:** No que se refere à hipertensão ( $\chi^2=3.29$ ;  $p=.070$ ), dislipidemia, ( $\chi^2=6.06$ ;  $p=.014$ ), osteoporose ( $\chi^2=13.17$ ;  $p=.000$ ), transtorno ansioso-depressivo ( $\chi^2=6.61$ ;  $p=.006$ ), e ao hipotireoidismo ( $\chi^2=5.89$ ;  $p=.015$ ), estas doenças estão mais presentes nas mulheres. Nos homens, elevados níveis de transtorno ansioso-depressivo associa-se a baixa auto-eficácia e a experiência de violência ao longo da vida. Nas mulheres, a hipertensão associa-se a menor suporte social, a osteoporose a depressão e violência conjugal, o transtorno ansioso depressivo a baixa auto-eficácia e a violência, e o hipotireoidismo associa-se a violência conjugal. **Conclusões:** Na amostra estudada, as mulheres ido-

sas são mais portadoras de doença crônica do que os homens o que, na maioria dos casos das doenças estudadas (ex. osteoporose), é congruente com a literatura científica. Em ambos os grupos foi possível contatar que várias doenças crônicas se associam a condições psicossociais desfavoráveis. Realça-se o fato da violência ao longo da vida ser o fator psicossocial que mais frequentemente se associa a diferentes tipos de doença crônica. Considera-se importante atender aos fatores psicossociais e comportamentais associados às doenças estudadas de forma diferenciada em homens e mulheres idosos para, assim, ser possível contribuir, com rigor, para a promoção da saúde de homens e mulheres idosos.

### **CREATION AND EARLY ACTIVATION OF THE OKANAGAN CHARTER FOR HEALTH PROMOTING UNIVERSITIES AND COLLEGES**

Claire Budgen; Casey Hamilton; Sigrid Michel; Tara Black; Victoria Smith

Canada

A new health promotion charter is challenging higher education institutions around the world to mobilize their power to promote health and sustainability on their campuses and in wider society, thus contributing to the well-being of people, places and the planet. The Okanagan Charter (2015) contains a transformative vision and evidence based action framework. Researchers, practitioners, students, administrators and policy makers from 45 countries, from 45 countries co-designed the Okanagan Charter with the intent of moving higher education forward in the context of other key developments such as WHO's Cross Sector Action and Health in All Policies and the UN's Post 2015 Development Agenda. Input into the Charter was provided by 225 survey respondents and expert interviewees in a pre-consultation prior to an international conference, hosted at the University of British Columbia's Okanagan campus in Kelowna Canada; 380 Conference delegates exchanged ideas and critiqued drafts of the Charter; and on the final day, higher education, network and organization leaders, including representatives from WHO, PAHO and UNESCO, signed a Pledge to take the Charter forward in their settings. The resulting international Charter calls for "embedding health into all aspects of campus culture,