

IDEIASUS

**CURADORIA EM SAÚDE, O DESAFIO DE
APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR
PRÁTICAS E SOLUÇÕES EM SAÚDE**

Marta Gama de Magalhães
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Juliana Garcia Gonçalves
Valcler Rangel Fernandes

ORGANIZAÇÃO



Ministério de Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

HUCITEC EDITORA

IdeiaSUS

**CURADORIA EM SAÚDE, O DESAFIO DE
APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR
PRÁTICAS E SOLUÇÕES EM SAÚDE**



Coleção Saúde em Debate 334

DIREÇÃO DE

Gastão Wagner de Sousa Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim,
Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman & Yara Maria de Carvalho

CONSELHO EDITORIAL DESTE LIVRO

Valcler Rangel Fernandes	André Luís Bonifácio de Carvalho
Marta Gama de Magalhães	Vanderléia Laodete Pulga
Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira	Juliana Garcia Gonçalves

© Direitos autorais da organização, 2021,
de Marta Gama de Magalhães, Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira, Juliana Garcia Gonçalves &
Valcler Rangel Fernandes

© Direitos de publicação reservados por

Hucitec Editora Ltda.	IdeiaSUS FIOCRUZ
Rua Dona Inácia Uchoa, 209, 04110-020	(21) 3882-9032
São Paulo, SP - Telefone (55 11 3892-7772)	ascom.ideiasus@gmail.com
www.huciteceditora.com.br	www.ideiasus.fiocruz.br

Depósito Legal efetuado.

EQUIPE PROJETO – IDEIASUS:

CURADORIA EM SAÚDE, O DESAFIO DE APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR PRÁTICAS E SOLUÇÕES
EM SAÚDE – PROGRAMA IDEIASUS FIOCRUZ, EDITAL INOVA GESTÃO.

Marta Gama de Magalhães	Gilvan Mariano da Silva
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira	Mayara Temóteo Gonçalves
Henrique Antunes Vitalino	Juliana Garcia Gonçalves
Patrícia Carvalho Santos	André Bonatte

Esta publicação recebeu financiamento do Programa Inova Fiocruz - Inova Gestão - chamada de
submissão de propostas 05/2020, Vice - Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional e
Vice - Presidência de Produção e Inovação em Saúde



IdeiaSUS
Banco de Práticas e Soluções
em Saúde e Ambiente



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

1928

IdeiaSUS - Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar
práticas e soluções em saúde / organização Marta Gama de Magalhães et al. - 1.
ed. - São Paulo : Hucitec, 2022.

recurso digital : 20 MB
Formato: ebook
Inclui índice
ISBN 978-84-8404-279-1 (recurso eletrônico)

1. Saúde pública - Brasil - Sistema Único de Saúde. 2. Práticas de Saúde.
3. Curadoria - Apoio. 4. Participação coletiva. 5. Livros eletrônicos. I. Título. II.
Assunto. III. Organizadores.

28-72981

CDD: 614.918
CDU: 614(813)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

IdeiaSUS

**CURADORIA EM SAÚDE, O DESAFIO DE
APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR
PRÁTICAS E SOLUÇÕES EM SAÚDE**

ORGANIZADORES

Marta Gama de Magalhães
Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira
Juliana Garcia Gonçalves
Valcler Rangel Fernandes



HUCITEC EDITORA

2022

PARCEIROS E COLABORADORES

CONASS

CONASEMS

COSEMS Rio de Janeiro

COSEMS Paraíba

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

CABSIN

OBSERVAPICS - FIOCRUZ Pernambuco

Distribuidora VideoSaúde

NUSMAD – Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras
Drogas da FIOCRUZ Brasília

SUMÁRIO

7 Prefácio

Valcler Rangel Fernandes, André Luis Bonifácio de Carvalho

PARTE I

14 Capítulo 1. IdeiaSUS FIOCRUZ: trilhas de inovação e construção da Curadoria em Saúde

Marta Gama de Magalhães, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

33 Capítulo 2. Caminhos da Curadoria em Saúde IdeiaSUS: um processo de ampliação das possibilidades de produção do conhecimento e do cuidado interprofissional no SUS

Adriana Moro, Daniel Miele Amado, Joseane Carvalho Costa, Kathleen Tereza da Cruz, Lairton Martins, Vanderleia Laodete Pulga

PARTE II

64 Capítulo 3. Estratégia Saúde da Família – do modelo à prática no município de Quissamã/Rj

Delba Machado Barros, Milena da Paixão Gonçalves Viana, Sheila Maria dos Santos Batista, Roberto Nascimento Lopes Filho, Ruth Méia Nunes, Maria Elena da Silva

94 Capítulo 4. Apotência da visita domiciliar compartilhada entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária em Saúde Mental

Adriana Moro, Patrícia Wormsbecker, Maria Aparecida Drapaski, Tiago Feller, Helen Jéssica Silva, Amanda Müller, Saulo Silva Vieira, Jéssica Sartori Ribeiro, Camille Francine de Assumpção, Alberto Roberge Júnior, Gabriel Lachowicz, Vanderléia Laodete Pulga

129 Capítulo 5. Curadoria em saúde e oficina da poesia do CAPS i – Santa Luzia/PB: juntos pelo fortalecimento do SUS

Natálio de Medeiros Júnior, Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero, Natali da Nóbrega Gambarra, Frank Gonçalves de Almeida, Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior, Adriana Moro

150 Capítulo 6. Curadoria em saúde e qualificação do Projeto Vida Saudável e São Salvador do Tocantins

Elysanya Tavares Bezerra, Daniel Miele Amado, Denize Soares Mota, Joseane Carvalho Costa, Lairton Bueno Martins, Nelino Correa de Souza, Pamira Reis Bento Barbosa

171 Posfácio, Islândia Maria Carvalho de Sousa

175 Sobre as(os) autoras(es) e as(os) organizadoras(es)

PREFÁCIO

Valcler Rangel Fernandes

André Luis Bonifácio de Carvalho

Vivemos mais um ano de profundos desafios com o enfrentamento da pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), que exigiu das autoridades sanitárias uma série de mudanças em suas agendas de trabalho e a consequente tomada de medidas, com a (re)orientação de protocolos sanitários e, especialmente, na busca da estruturação de serviços, com a oferta de cuidados adequados, com ênfase em medidas preventivas, farmacológicas e não farmacológicas, objetivando não só diminuir a incidência de casos, mas, acima de tudo, articular estratégias socioeconômicas para garantir condições adequadas para as populações em situação de vulnerabilidade social. A sociedade civil também se organizou e traçou estratégias próprias de proteção e enfrentamento das consequências da pandemia. Cada vez mais será necessário observar e aprender com as iniciativas nascidas no interior dos segmentos representativos da rica diversidade brasileira, sobretudo nos territórios e com as populações mais negligenciadas pelas políticas públicas.

Neste contexto nunca foi tão necessário destacar a importância estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentou-se como o lugar e o caminho central para a defesa da vida, balizado principalmente os princípios fundadores da universalidade, equidade e integralidade, com ênfase na organização das ações e serviços de saúde em caráter descentralizado e regionalizado, com os municípios assumindo um papel importantíssimo na qualificação do acesso da população a serviços de qualidade, em particular durante a pandemia de Covid-19.

Sendo assim, o período da pandemia evidenciou a importância de unirmos forças em defesa do SUS como uma política de Estado e não como uma política de governo, na perspectiva de sua perenidade e sustentabilidade para a garantia da saúde como direito social e expressão de uma cidadania plena. Os episódios vinculados à atuação competente dos profissionais de saúde, sejam nos espaços hospitalares ou na execução das campanhas de vacinação que tantas vidas salvaram, dos esforços dos gestores públicos, em particular, os estaduais e municipais em garantir serviços de qualidade no enfrentamento da pandemia, como também aos usuários que, vinculados aos territórios, procuraram formas de atuar, individual e coletivamente na busca de soluções locais em que a solidariedade foi a marca de suas ações, propiciou maior conhecimento pela sociedade com relação aos processos e práticas do SUS no cotidiano da vida da população.

Neste cenário cabe destaque as ações da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, que é uma instituição estratégica para o fortalecimento das práticas desenvolvidas no âmbito do SUS, responsável pela execução de ações de ciência e tecnologia em saúde, assumindo a atribuição de produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e para a consolidação da saúde pública, com destaque para o projeto IdeiaSUS, o qual desenvolve ações colaborativas que contribuem para a identificação, mapeamento, publicação, sistematização, divulgação e reaplicação

de práticas e soluções para o SUS por meio do compartilhamento do conhecimento em saúde e ambiente, contando com mais de 2 mil práticas cadastradas de todos os estados, envolvendo a parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e universidades brasileiras. Hoje podemos contar com articulações consolidadas com o CEBES, várias unidades da FIOCRUZ, além de outras iniciativas como o Projeto ArticulaFito e COSEMS em alguns estados.

Sendo assim, o propósito do IdeiaSUS em torno das Curadorias de Práticas é dinamizar e qualificar o processo de compartilhamento de experiências em saúde, convidando-as a aderirem a um processo de reflexão crítica sobre o seu trabalho no cotidiano do SUS, por meio de metodologias, recursos tecnológicos e expertise que estimulem e desenvolvam técnicas e procedimentos para a implementação de ações de apoio e acompanhamento continuado de práticas e soluções em saúde, promovendo análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida, utilizando a metodologia da sistematização de práticas para a consolidação da inovadora Curadoria em Saúde IdeiaSUS FIOCRUZ nos diversos territórios do Sistema Único de Saúde.

Os desafios impostos pelo prolongamento da pandemia de Covid-19 exigiram da coordenação do projeto enviaar esforços para manter acesa a chama das ações da Curadoria, surgindo assim mais uma oportunidade por meio do Projeto Inova Gestão FIOCRUZ 2020, que propiciou a construção de uma proposta que permitiu o acompanhamento sistemático de 4 práticas em saúde, vinculadas os municípios de Quissamã no Rio de Janeiro, Santa Luzia na Paraíba, Mafra em Santa Catarina e São Salvador de Tocantins no estado do Tocantins.

Como podemos ver pelos relatos apresentados na trilha de experiências destacadas nesta publicação, para o desenvolvimento do projeto foram realizadas uma série de ações que guardam relação com o levantamento de material inerente à sistematização das

práticas, desenvolvimento de recursos tecnológicos da Comunidade de Práticas (COP), agregados ao Portal IdeiaSUS como o fórum permanente para encontros de Curadoria e compartilhamento das práticas, nivelamento de conhecimento, com formulação de metodologia e recursos para implementação da Curadoria, com participação de autores das práticas e parceiros da FIOCRUZ como COSEMS-RJ, COSEMS-PB, CONASS, CONASEMS, Consórcio Acadêmico Brasileiro de Práticas Integrativas e a Universidade Federal da Paraíba que, por meio do Departamento de Promoção da Saúde, desenvolveu a versão ano II do projeto de extensão Curadoria Inova-IdeiaSUS.

A riqueza do processo ficou também expressa na produção de vídeos de difusão de práticas de saúde e desenvolvimento do processo de Curadoria; na proposta da produção de um manual de Curadoria em saúde, na organização de oficinas de planejamento, reuniões de gestão entre equipe IdeiaSUS e de sistematização de práticas, e a realização do fórum da Curadoria.

A produção deste livro em formato digital traz conteúdos próprios das reflexões teórico-práticas inerentes às temáticas da Curadoria, como também a riqueza das práticas de saúde dos 4 municípios participantes, com experiências que abordam os temas dos cuidados em saúde mental, centradas nas experiências de Santa Luzia/PB (“Palavras que acalentam a mente: experiências das Oficinas de Poesia do CAPS”) e Mafra/SC (“A potência da visita compartilhada entre CAPS e Atenção Básica em Saúde Mental”); práticas integrativas e complementares em São Salvador de Tocantins/TO (“Grupo Vida Saudável – Auriculoterapia, atividades físicas e reeducação alimentar no combate à obesidade”) e, por fim, a construção das agendas de Quissamã/RJ (“Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde – relato de experiência”), focando na Estratégia Saúde da Família – do modelo à prática.

A leitura dos relatos evidencia a força do SUS em ambientes diversos e distintos, onde é possível observar a operacionalização de

um conjunto de políticas voltadas à promoção, à prevenção assistencial e gestão em saúde, que ao serem sistematizadas pelas ações da Curadoria em Saúde, permitem uma compreensão mais profunda das práticas de saúde desenvolvidas no SUS, contribuindo para a construção do conhecimento coletivo. A produção do saber é processual, levando em consideração aspectos históricos e singularidades, fomentando o desenvolvimento de pesquisas, agendas formativas de capacitação, aprimoramento da gestão do conhecimento, contribuindo, assim, para o aprimoramento das agendas de gestão.

Vemos que a trajetória de gestores e de profissionais de saúde nessas práticas de saúde ocorre de forma ativa e dinâmica, em que a organização da atenção à saúde e do cuidado se dá de forma articulada, envolvendo aspectos da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, imperando o exercício das ações coletivas impulsionadas pelas práticas da gestão participativa.

Cabe destacar todo o empenho das trabalhadoras e dos trabalhadores, das gestoras e dos gestores e da população dos 4 municípios objetos desses relatos, no que tange ao desenvolvimento das práticas em meio ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 e que, mesmo assim, se mantiveram firmes na construção de suas agendas, propiciando a produção de um potente e diversificado material de estímulo às outras práticas, buscando o fortalecimento e melhoria da atenção e gestão em saúde nos municípios brasileiros. Certamente essas práticas são uma amostra importante e significativa das milhares de ações que cotidianamente produzem a defesa da vida nos territórios deste país chamado Brasil. A perspectiva de inovação no SUS e de outras políticas deve apontar para a direção de enfrentamento das desigualdades geradas pelas características históricas do racismo, desigualdades de gênero, discriminação de orientação sexual e exclusão abissal das populações atingidas pela fome e pela miséria. Fazemos, portanto, uma convocação a todas e a todos que cadastrem suas práticas no portal IdeiaSUS da FIOCRUZ, compartilhando suas experiências e contribuindo com a produção

colaborativa de conhecimento, voltadas para a permanente atualização das políticas públicas no país.

Por fim, aproveitamos para convidar todas e todos ao exercício de uma leitura generosa e detida sobre cada uma das práticas, aproveitando para dedicar esta obra à memória das trabalhadoras(es), gestoras(es), usuárias(os) que foram vítima da Covid-19, reverenciando a memória de cada uma e de cada um, na certeza de que suas histórias precisam ser preservadas na perspectiva de um país onde a garantia do direito à saúde seja pautada no respeito à ciência e na construção de práticas de cuidado inclusivas e emancipatórias.

Viva o SUS!!!

PARTE I



IDEIASUS FIOCRUZ: TRILHAS DE INOVAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CURADORIA EM SAÚDE

Marta Gama de Magalhães

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

*São tempos de muitas transformações,
e sorrisos estão diferentes
e a tecnologia que antes nos distanciava,
agora aproxima a gente.*

(Poesia do CAPS Santa Luzia, Paraíba, 2021)

A histórica trajetória de construção Sistema Único de Saúde (SUS) nos remete a permanentes desafios para torná-lo cada vez mais igualitário, resolutivo e humanizado, capaz de responder às necessidades de saúde, melhoria das condições de vida e bem-estar da população brasileira. A atuação do SUS no momento presente aponta para a superação de obstáculos, apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na sua capacidade de atender exclusivamente 71,5% dos brasileiros, mais de 150 milhões de pessoas, consolidando serviços públicos e o protagonismo de trabalhadoras(es) de saúde, mesmo com uma importante limitação no seu financiamento. A organização das redes de cuidado, o estabelecimento de relações intergovernamentais e o controle social se apresentam no SUS como princípios

fundamentais para a transformação das condições de saúde e reforçam a indissociabilidade entre a gestão e atenção à saúde.

Cecilio (2001) sugere que as necessidades de saúde estão organizadas em quatro grandes grupos:

O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional [...]; Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (Cecilio, 2001, pp. 114-5).

É preciso reconhecer que a saúde é um dos “setores do estado” que vivenciou uma reforma democrática, fruto de um movimento social vigoroso e de importantes estratégias políticas que levaram à consolidação das suas bases institucionais. A ousadia de criar e inovar nos serviços e na gestão, muitas vezes a partir de diretrizes, conceitos e práticas contra hegemônicos, contribuíram para a superação das dificuldades e operacionalização da integralidade do cuidado, no esforço emancipatório de redes centradas na participação inclusiva da população assistida e na potência da classe trabalhadora em solucionar problemas e dificuldades advindas, em muitos momentos, do atual movimento de desmonte do SUS.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) se posiciona histórica e incondicionalmente na defesa do SUS e de seus princípios, como órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação e execução de políticas e ações de ciência e tecnologia em saúde, que tem o objetivo de prestar apoio estratégico aos gestores do Sistema Único de Saúde.

No contexto da pandemia mundial de Covid-19, a FIOCRUZ vem contribuindo fortemente com o Plano Nacional de Imunização (PNI) do país, atingindo a marca de 153,2 milhões de vacinas

disponibilizadas ao Programa (<<https://portal.fiocruz.br/noticia/entregas-ao-pni-de-doses-da-vacina-covid-19-produzida-na-fiocruz>>) e criou, entre outras importantes iniciativas, o Observatório Covid-19, que produz permanentemente Boletins Informativos sobre o quadro epidemiológico e orientações técnico-educacionais para a tomada de decisão do sistema de saúde. Os dados atestam o sucesso da vacinação na prevenção de formas graves e fatais da doença, e o controle de aglomerações, uso de máscaras e higienização das mãos, assim como a adoção do passaporte vacinal, ainda se apresentam como ações fundamentais no cenário epidemiológico.

O IdeiaSUS – Plataforma Colaborativa e Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente, criado em 2013, constituiu-se a partir de iniciativa da cooperação técnica entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como parte do processo de consolidação da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS. Propõe-se a colaborar para o fortalecimento e consolidação das práticas de saúde do SUS, a partir da socialização do conhecimento, saberes e tecnologias e do protagonismo dos diversos atores que desenham e operacionalizam as políticas de saúde brasileira.

O IdeiaSUS representa uma cartografia social das “imagens mentais e resultados, positivos ou negativos, de propostas e estratégias, desenvolvidas por sujeitos individuais e/ou coletivos, que podem representar soluções de base local para enfrentamento de problemas relacionados às áreas de saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, mais particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Rangel, 2020).

O Programa implementa ações de integração nos diversos territórios de saúde do país junto com suas parcerias institucionais, investindo na redução do distanciamento entre gestores governamentais,

profissionais de saúde, comunidades, usuários, população e as instituições científicas, acadêmicas e de inovação, na busca por sedimentar iniciativas produtivas para a melhoria da ação pública no campo da ciência e da saúde. As principais estratégias do Programa são identificar, mapear, registrar, sistematizar, divulgar e disseminar as práticas de saúde e soluções para o SUS, configurando-se como uma Plataforma Colaborativa de construção de redes virtuais e locais para gestão do conhecimento em saúde e ambiente.

Pode-se inferir que a forma original e interativa de propor o acompanhamento das práticas de saúde do SUS, a Curadoria em Saúde, à luz dos objetivos formativos e comunicacionais do IdeiaSUS, são exemplos da inovação quanto ao manejo de informações e gestão do conhecimento e saberes no campo da saúde e consequente divulgação do trabalho em rede e colaborativo. O compartilhamento das práticas municipais e/ou estaduais através de publicações de livros, *e-books*, vídeos institucionais reforçam e facilitam a importante e eficaz troca de experiências sobre as diversas temáticas abordadas.

Outro exemplo é a Comunidade de Práticas (CoP), que se configura como um espaço interativo na Plataforma IdeiaSUS para disponibilização de iniciativas junto às práticas de saúde do SUS, incluindo a Curadoria em Saúde e o E-fórum. O IdeiaSUS tem, atualmente, cinco Comunidades de Práticas, são elas: CoP Práticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, CoP Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, CoP de Experiências e Práticas Acessíveis e Inclusivas, CoP Práticas de Saúde e Ambiente e CoP Práticas em APS e Populações em Situação de Rua no contexto da Covid-19.

Neste contexto, a Curadoria em Saúde IdeiaSUS constitui-se como estratégia de apoio ao acompanhamento das práticas de saúde do SUS, seus profissionais, gestores e usuários; para a qualificação da ação cotidiana implementada, buscando ampliar sua capacidade de comunicação e registro, através de mediações para troca de

conhecimentos e socialização de saberes, análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida.

O ano de 2019 definiu uma nova fase para o IdeiaSUS. A Mostra Nacional *Aqui Tem SUS*, o Congresso CONASEMS e a I Mostra Estadual de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS/COSEMS-RJ, marcaram o trabalho do Programa, promovendo o processo de acompanhamento das práticas de saúde, por meio da implantação da Curadoria em Saúde IdeiaSUS. O produto do desenvolvimento da curadoria com seis práticas de saúde selecionadas resultou no lançamento do livro “IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde” em 2020, construção coletiva com histórias, tecnologias e vivências do SUS.

Ainda em 2019, o IdeiaSUS iniciou novo processo de Curadoria em Saúde, por meio da Cooperação Técnica com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB), a parceria com a Universidade Federal da Paraíba e seu Projeto de Extensão com os alunos da graduação da área de saúde, como um rico processo de formação para o SUS. A partir da “Mostra Paraíba aqui tem SUS” de 2019, foram selecionadas oito práticas de saúde dos municípios paraibanos e uma prática do COSEMS Paraíba, com experiências nos campos da intervenção ambiental, gestão em saúde, tecnologia da informação, Atenção Primária, vigilância em saúde, ações afirmativas, práticas integrativas e de promoção da saúde. Como fruto do trabalho foi lançado, em 2021, o *e-book* “Curadoria em Saúde IdeiaSUS FIOCRUZ: práticas de saúde fortalecendo o SUS na Paraíba”.

No cenário adverso imposto aos territórios e equipes de saúde com a emergência sanitária da pandemia de Covid-19, o IdeiaSUS foi desafiado a desenvolver ações adaptadas ao contexto, que garantissem o cumprimento da sua missão de acompanhar, promover, integrar e dar visibilidade às práticas de saúde em destaque nos quatro cantos do Brasil.

Tendo como *lócus* de atuação o campo do mundo do trabalho e das tecnologias de saúde, o IdeiaSUS entende que o trabalho em saúde deve responder a toda complexidade e produzir intervenções e uso de diversas tecnologias para a produção do cuidado e da gestão em saúde. Entendendo também que estudos sobre tecnologias do trabalho em saúde confirmam a tecnologia relacional como a base da construção individual e coletiva do cuidado em saúde. Encontro que traduz a relação entre os atores envolvidos no ato de cuidar, profissionais de saúde e usuários, onde autonomia e conhecimento que interagem em busca da melhor estratégia para as soluções em saúde.

Neste contexto, o Edital Inova Gestão de 2020, com a finalidade de “encontrar novas ideias e diferentes soluções de gestão para as necessidades das ações finalísticas da FIOCRUZ”, vislumbrou a possibilidade de consolidar a Curadoria em Saúde como dispositivo e método de apoio às práticas de saúde do SUS, no campo do trabalho em saúde. O Edital, integrante do Programa FIOCRUZ de Fomento à Inovação – “INOVA FIOCRUZ”, buscava selecionar propostas de impacto “no desenvolvimento de novos produtos e serviços de gestão, no mapeamento de tendências e novas tecnologias aplicáveis à área, na otimização dos processos finalísticos por meio de práticas inovadoras, na redução e otimização de custos, no desenvolvimento de processos e projetos e na criação de uma cultura colaborativa e empreendedora, favorecendo a formação de redes no âmbito da gestão”.

O Projeto *IdeiaSUS: Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde* foi um dos 28 projetos selecionados no Edital.

O OBJETIVO do projeto é:

desenvolver metodologia, recursos tecnológicos e expertise que estimulem e desenvolvam técnicas e procedimentos para a implementação de ações de apoio e acompanhamento continuado de práticas e soluções em saúde, promovendo análise crítica e reflexão sobre a pro-

dução desenvolvida, utilizando a metodologia da sistematização de práticas para a consolidação da inovadora Curadoria em Saúde Ideia-SUS FIOCRUZ nos diversos territórios do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a missão finalística da FIOCRUZ de produzir ciência e saúde a serviço da população brasileira.

As diretrizes da saúde como direito universal – SUS, gestão participativa, trabalho em rede, educação estratégica-crítica-transversal, integralidade em saúde e a territorialização do SUS balizaram toda a trajetória da construção do projeto como fontes inspiradoras para a produção do conhecimento. Produção que teve como base conceitual as publicações de Oscar Jara sobre sistematização de experiências, conforme relata,

Aprender fazendo, observando, lendo, escutando. Aprender uns com os outros. Aprender com a nossa própria experiência. Aprender coletivamente. Aprender enquanto pessoas e enquanto organizações. Partilhar as aprendizagens. [...]

[...] A palavra *sistematização*, utilizada em diversas áreas, quer dizer principalmente **classificar, ordenar ou catalogar dados e informações** – “organizá-los em sistema”. Esta é a definição mais comum e difundida desta terminologia. Contudo, no campo da Educação Popular e no trabalho em processos sociais, utilizamos o termo num sentido mais amplo. Referimo-nos não só a compilar e ordenar dados e informações, mas também a obter aprendizagens críticas a partir das nossas experiências. Como tal, não dizemos apenas “sistematização”, mas sim “sistematização de experiências” (CIDAC, Jara, 2007).

Considerando este referencial e outros do campo da saúde coletiva, da educação popular, da educação permanente em saúde, foi possível produzir importantes reflexões como as registradas nos fragmentos de manifestações dos participantes nos diversos encontros virtuais (transcrição de *webconferências* do projeto):

A Curadoria em Saúde: aproximação e encontro — a escuta e o olhar como acontecimento

A curadoria é um trabalho que não pode abrir mão do sensível – olhar e escuta. O efeito da produção da curadoria deve ser sempre na perspectiva de potencializar as práticas.

Curadoria deve ser compreendida como construção de conhecimento vivo, em ato, que emerge das práticas, experimentações e experiências. Ela não deve ser entendida como uma supervisão ou alguém a quem se presta contas, mas um olhar e escuta que se soma as existentes para auxiliar a extrair da ação o que há de melhor e aprofundá-la.

Em toda prática há um saber. O processo de reflexão ajuda a transformar e a ativar saberes e modos de fazer, produzindo novos sujeitos políticos.

É preciso entender e esmiuçar os arranjos institucionais e os ajustes que garantem (ou não) o “êxito” das práticas. Adentrar e ouvir os diálogos por detrás do vivido.

A curadoria deve ajudar a identificar os problemas encontrados e as soluções — resistências e avanços.

É importante identificar quais indicadores qualitativos e quantitativos nos mostram os caminhos percorridos, analisando a efetividade, a eficácia e a qualidade das práticas e seus resultados.

É preciso garantir o protagonismo dos atores nos territórios — valorizando “o saber e o fazer”.

A Curadoria em Saúde: refletindo, um novo olhar e uma nova escuta que se soma as existentes

A Curadoria em Saúde: possibilidades

Como manter os projetos vivos e ativos em tempos de pandemia, com múltiplas demandas nos campos e o distanciamento obrigatório?

As equipes tem demonstrado capacidade de evoluir e se adaptar mesmo diante da adversidade?

Qual o apoio a curadoria necessita para sua ação?

Quais as estratégias para assegurar que os registros sejam fiéis às práticas e que as sugestões sejam viáveis (na perspectiva dos atores locais)?

Como dar visibilidade às práticas, para além dos territórios, mostrando que o SUS é possível e potente?

Quais as melhores formas de comunicar as práticas nos territórios e para além deles.

O Projeto desenvolveu-se no período de 12 meses, tendo como objetivos específicos:

É preciso planejar e organizar o trabalho das curadoras junto as equipes das práticas, assim como das equipes das práticas em si, permitindo que o trabalho se mantenha vivo e potente.

É preciso pensar estratégias de comunicação e produção de conteúdo que possa dar visibilidade às práticas.

É preciso pensar estratégias que permitam que a produção dos territórios possa ser vista e replicada em outros territórios.

É preciso criar estratégias de acompanhamento sistemático e monitoramento das práticas.

É preciso identificar as melhores ferramentas com as quais as curadoras se sintam confortáveis e que permitam que as sutilezas sejam identificadas, assim como a essência que cria nos territórios “o compromisso com a ação”.

O Projeto desenvolveu-se no período de 12 meses, tendo como objetivos específicos:

- Realização de oficinas de compartilhamento de conhecimentos sobre sistematização de experiências/práticas de saúde e outros temas geradores para os processos de reflexão das práticas de saúde, através da consolidação de encontros de Curadoria, virtuais e (ou) presenciais regulares;

- Criação de Seção, no Portal IdeiaSUS, para sediar encontros virtuais de Curadoria e atividades da CoP (Comunidades de Práticas) e E-Fórum, com disponibilização de materiais e referências para apoio na qualificação das práticas e promoção de encontros temáticos;
- Publicação de livro, em formato digital, sobre análise e divulgação de Práticas, assim como de debates e reflexões quanto às contribuições que estas oferecem ao fortalecimento do SUS;
- Publicação de um Guia da Curadoria em Saúde, em formato digital, com orientações, caminhos e tecnologias para o acompanhamento, fortalecimento e aperfeiçoamento de práticas de saúde do SUS;
- Criação de vídeos educativos sobre as práticas de saúde selecionadas para o Projeto e seu processo de curadoria, assim como material educativo sobre método e tecnologias indicativas para a Curadoria em Saúde;
- Desenvolvimento de tecnologia e orientações quanto às formas de registro das experiências, em mídias diversas, para fins de cadastro no Banco de Práticas IdeiaSUS;
- Estímulo à inserção das práticas de gestão e cuidado em saúde concebidas e operadas pelas unidades da FIOCRUZ no Banco de Práticas IdeiaSUS;
- Fortalecimento das parcerias institucionais para ampliação da Rede Colaborativa do IdeiaSUS, dando visibilidade e protagonismo às práticas de saúde do SUS.

Na linha de desenvolvimento do Projeto foram realizadas atividades de levantamento de material bibliográfico sobre os temas: sistematização de práticas, comunidades de práticas, curadoria em saúde, entre outros; identificação, em conjunto com os parceiros institucionais, das quatro práticas de saúde selecionadas para o projeto; desenvolvimento de recursos tecnológicos da COP – Comunidade

de Práticas agregados ao Portal IdeiaSUS com o Fórum Permanente para encontros de Curadoria e compartilhamento das práticas, além de registro das atividades da curadoria, com acesso público para o aperfeiçoamento do material em desenvolvimento, técnicas e métodos empregados.

Como atividades virtuais foram realizadas as oficinas de planejamento e nivelamento de conhecimento, com formulação de metodologia e recursos para implementação da curadoria, com participação de autores das práticas e parceiros da FIOCRUZ como COSEMS RJ, COSEMS PB, CONASS, CONASEMS e Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Consórcio Acadêmico Brasileiro de Práticas Integrativas, ObservaPICS – FIOCRUZ Pernambuco, VideoSaúde e Núcleo de Saúde Mental da FIOCRUZ Brasília. Além disso, construímos uma intensa agenda de reuniões de gestão entre equipe IdeiaSUS, rodas virtuais com as práticas de saúde, oficina de sistematização de práticas, usuário - guia, cartografia social, agenda 2030, produção textual, produção de imagem.

É importante registrar o compromisso e desafio assumidos pelos gestores e equipes das práticas de saúde dos quatro municípios participantes, que nos brindaram durante o processo da Curadoria, com reflexões no campo dos cuidados em Saúde Mental, Atenção Básica, Promoção da Saúde, Práticas Integrativas e Complementares, Integração e Rede de Serviços, são elas:

- “Palavras que acalentam a mente: experiências das Oficinas de Poesia do CAPS” de Santa Luzia/PB;
- “A potência da visita compartilhada entre CAPS e Atenção Básica em Saúde Mental” Mafra/SC;
- “Grupo Vida Saudável – Auriculoterapia, atividades físicas e reeducação alimentar no combate à obesidade”, São Salvador de Tocantins/TO;
- “Estratégia Saúde da Família - do modelo à prática” de Quissamã/RJ, gerada a partir das reflexões da prática

“Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde – relato de experiência”, do mesmo município.

Outro momento de transformação deu-se com o lançamento da CoP – Comunidade de Práticas: Saúde e Ambiente e E-Fórum, que se caracteriza como um espaço virtual interativo de encontro, “comprometido com a dimensão da construção e intercâmbio de experiências e conhecimento. Espaço de participação, de sujeitos que disponibilizam suas vivências e saberes com características próprias, identidades regionais e culturais adequadas as realidades e assim implementando práticas inovadoras no contexto local. São trocas, diálogos, compartilhamentos, escutas cidadãs, pesquisas, relatos, narrativas que produzem e dinamizam processos criativos, alternativas e tecnologias para o SUS – Sistema Único de Saúde” (<http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/apresentacao-mcp-saude-amb>>).

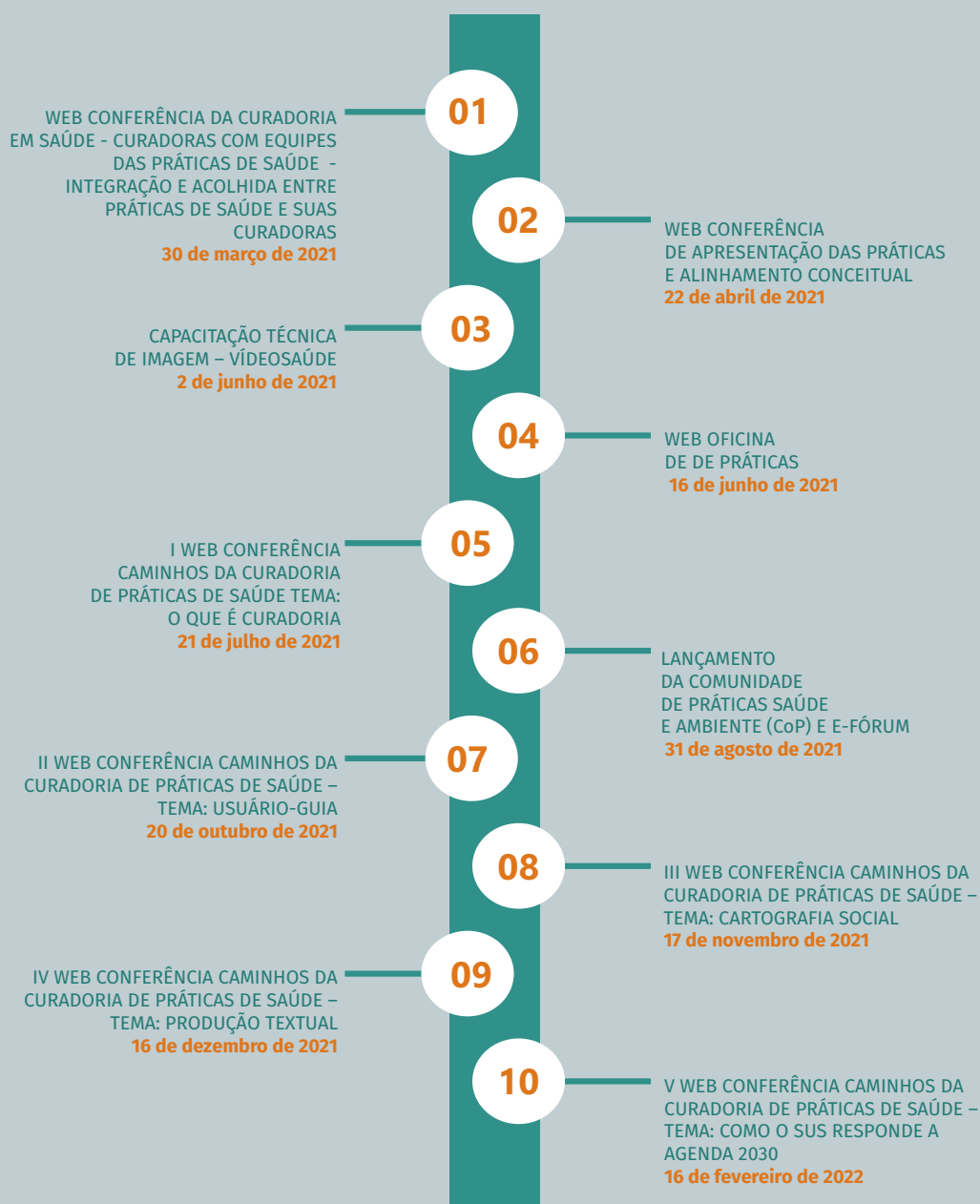
Destacamos a importante ação das curadoras(es) no seu papel de ativação de reflexão sobre a práxis e da promoção de encontros e saberes; construção coletiva no esforço pedagógico para expressar experiências vivenciadas no cotidiano do SUS e a singularidade dos seus territórios. Contamos, neste Projeto, com a participação das curadoras(es) que listamos a seguir com especial agradecimento: Adriana Moro, Daniel Miele Amado, Joseane Carvalho Costa, Kathleen Tereza da Cruz, Lairton Martins, Vanderleia Laodete Pulga. Diferente de supervisor, analista, avaliador, o curador se apropria do lugar de cuidar, apoiar, a partir do escopo criativo das equipes. Assume o papel de ativar a reflexão crítica e compartilhada da prática de saúde, sua problematização, monitoramento, sua capacidade de comunicação, replicação e sustentabilidade.

No contexto deste trabalho foi desenvolvido o Projeto de Extensão – Projeto ProBEX Curadoria IdeiaSUS ano II: O desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde no SUS do Departamento de Promoção da Saúde – DPS da Universidade

Federal da Paraíba, coordenado pelos Professores André Luís Bonifácio de Carvalho – CCM/DPS e Gabriella Barreto Soares – CCM/DPS. O Projeto de Extensão teve como objeto a mediação de um conjunto de ações que possibilitassem a abertura para a troca de conhecimentos e socialização dos saberes acerca das experiências da gestão municipal dos seguintes municípios brasileiros: Mafra (SC); Quissamã (RJ); Santa Luzia (PB) e São Salvador de Tocantins (TO). O processo possibilitou conhecer, catalogar e sistematizar as quatro práticas de saúde em processo de curadoria, uma verdadeira imersão pedagógica, ampliação da rede colaborativa e formação para os alunos da Extensão, que possibilitou a troca e o compartilhamento de vivências acerca do cotidiano das ações municipais do SUS. Contamos com a participação dos alunos de graduação da área de saúde: Edvan José Alves da Silva, Dayanne Sperle Campos, Matheus Felipe de Macedo Freire, Nadiajda Vaichally Bezerra Cavalcanti e Yasmin Guimarães Silva que foram divididos nas atividades das quatro práticas acompanhadas, no processo de compilação de material de subsídio para a composição da metodologia da curadoria e escrita dos capítulos deste livro e do guia. Além disso, os alunos desenvolveram mecanismos de informação e comunicação acerca do Projeto Curadoria através das Quintas de Curadoria, atividade realizada nas redes sociais do Instagram e YouTube, visando a disseminação dos resultados obtidos e das reflexões das práticas de saúde. Na perspectiva de crescimento da rede colaborativa da curadoria do IdeiaSUS, contamos com a participação de alunas(os) de graduação da Universidade da Fronteira Sul da Professora Vanderléia Laodete Pulga, em uma troca e produção de conhecimento com a prática de saúde de Quissamã – Rio de Janeiro. E também contamos com o estudante Gabriel Lachowicz da Universidade de Contestado, Mafra – Santa Catarina, que acompanhou a prática de Mafra sob as orientações de sua Professora Adriana Moro.

A Linha do tempo do Projeto demonstra o intenso movimento de produção de conhecimento conforme o que demonstra a Figura 1:

Figura 1. Linha do Tempo do Projeto *IdeiasSUS: Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde*



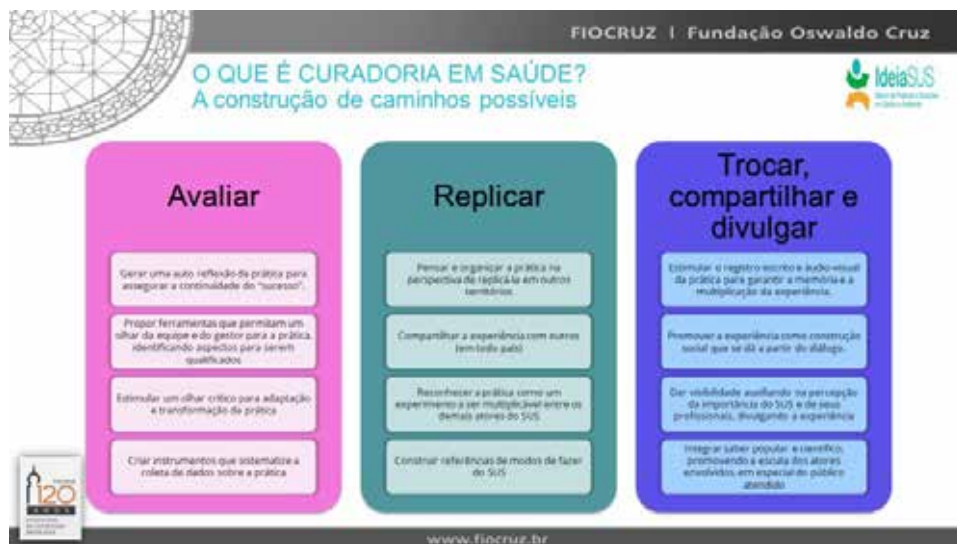
Desde março de 2021, a equipe IdeiaSUS vem desenvolvendo o Projeto, contando com curadores convidados, parceiros e colaboradores institucionais e equipes de quatro práticas de saúde do SUS, afirmando a Curadoria como tecnologia de apoio e acompanhamento. Realizada a distância, utilizando-se de estratégias virtuais, a metodologia foi vencendo obstáculos, ganhando potência e garantindo o processo de reflexão e trocas para qualificação das experiências. As adversidades impostas pelo cenário e pelas circunstâncias excepcionais não impediram a consolidação da Curadoria como metodologia que ganha contornos próprios, auxiliando na transformação da realidade local com os trabalhadores de saúde, a partir da potência do método e do potencial formativo de base freiriana. É no encontro entre os usuários, os trabalhadores das práticas e serviços, os gestores locais e os representantes da academia que o SUS se afirma vivo e forte, capaz de construir pontes para garantir a saúde como direito e bem comum do povo brasileiro.

Figura 2. Curadoria em Saúde



Fonte: IdeiaSUS FIOCRUZ.

Figura 3. Curadoria em Saúde



Fonte: IdeiaSUS FIOCRUZ.

Todo o processo de construção deu-se a partir do objetivo de criar condições, tecnologias e sistemáticas que facilitassem o entendimento do que seja Curadoria de Práticas (em saúde) e orientassem formas efetivas de sua implementação, levando à compreensão de todos quanto necessária era a produção de registros integrais e evidentes acerca do percurso escolhido e trilhado para efetivar as Curadorias, registros como manancial ou fonte de produção e validação de conhecimentos e repertório de instruções acerca da criação e operação de processos de Curadoria de Práticas em Saúde.

Esta publicação integra um conjunto de produtos previstos no Projeto *Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde*, implementado por meio do Programa FIOCRUZ de Fomento à Inovação – Inova Gestão. É fruto da ação de muitos, profissionais de saúde, gestores, parceiros, colaboradores, instituições e seus atos de criação. A finalização do Projeto resultou na produção deste livro que apresenta as práticas

selecionadas para o trabalho e suas construções junto ao processo de curadoria, de vídeos que divulgam e exploram a metodologia de criação e experimentação de Curadorias e do GUIA da Curadoria em Saúde, material consolidado de metodologias e tecnologias inspiradoras, voltadas para a disseminação de reflexões e iniciativas para o efetivo acompanhamento de práticas de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, pp. 114-5.
- CIDAC & Jara, O. – *Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos*, Lisboa, 2007.
- FARIA, R. M. & BORTOLLOZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *HYGEIA*, Uberlândia, vol. 2, n.º 2, pp. 47-55, 2006. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude>.
- FERIGATO, S. *O Processo de curadoria em Saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. 2014.
- FERNANDES R. V. et al. *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. FERNANDES, V. R. et al. (orgs.). Rio de Janeiro: Cebes, 2020.
- FREIRE, P. Educação: o sonho possível. In: BRANDÃO, C. R. (org.). *O educador: vida e morte*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 89-101.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 6.ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 15.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

- JARA, O. [Holliday]. *A sistematização de experiência: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Trad. Luciana Gafrée e Silva Pinevro. Colaboração Elza M. Falckembach. Brasília, DF: Contag, 2011.
- JARA, O. [Holliday]. *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias*. Texto apresentado no Seminário ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña, Cochabamba, Bolívia, 2001.
- JARA, O. [Holliday]. *Para sistematizar experiências*. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2.^a ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2012.
- JARA, O. [Holliday]. *A sistematização de experiência: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Trad. Luciana Gafrée e Silva Pinevro. Colaboração Elza M. Falckembach. Brasília, DF: Contag, 2011.
- LE COCQ B. C.; MAGALHÃES, G. M.; CARVALHO, B. L. A.; SOARES, B. G.; LUCENA, A. G. S. & SANTOS, M. C. C. A. *Curadoria em Saúde IdeiasUS FIOCRUZ: práticas de saúde fortalecendo o SUS na Paraíba*. Editora Rede Unida, 2021, e-book.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SILVA, J. P. V. & LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2005.
- SOUTO, L. R. F. & BARROS M. H. O. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 40, n.º 108, pp. 204-18, 2016.
- TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, vol. 1, n.º 1, pp. 7-34, 1998.

CAMINHOS DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS: UM PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E DO CUIDADO INTERPROFISSIONAL NO SUS

Adriana Moro

Daniel Miele Amado

Joseane Carvalho Costa

Kathleen Tereza da Cruz

Lairton Martins

Vanderleia Laodete Pulga

*A Feira do Soma sempre se dá quando acreditamos que:
saber é saber que todos sabemos um pouco;
que estamos dispostos a interagir com o outro;
que, ao interagirmos, podemos saber e ser mais;
que todos temos o direito legítimo a produzir,
expressar e difundir livremente o que produzimos
sem a pressão e a falsa necessária validação do outro,
de alguma instituição ou alguém supostamente superior,
detentor da verdade e das experiências socialmente válidas;
que podemos sonhar e sonhamos exercendo livremente
os poderes exigidos pelo estatuto da vida
em conexão com o outro e o mundo;
que o poder e o saber não existem senão
para serem exercidos por todos;
que saber se soma sempre, infinitamente humanidade
adentro, mas não deve ser cumulativo senão circulante,
compartilhado, democratizado, difundido e enriquecido;
experimentado, atualizado e utilizado
em melhoria da vida coletiva por todos;*

*que o poder coletivo é sempre maior e mais belo
que o arrogante e mesquinho poder isolado
e desolador de um só.*
(Ray Lima, 2009)¹

1. INTRODUÇÃO

Mergulhar como trabalhadoras(es) de saúde na construção diária do Sistema Único de Saúde (SUS), e colocar em operação as nossas formações acadêmicas e experiências profissionais na resolução dos problemas cotidianos de quem cuidamos, constitui um rico território vivencial de invenções coletivas múltiplas que vão em cada lugar, em cada encontro, no ponto a ponto, constituindo as experiências vivas e vividas de profissionais, gestores e usuárias(os) do SUS, o que nos permite afirmar que ele é “vivo”, pois tem como sua alma o trabalho vivo de “todes” que nele atuam (Merhy, 2004).

Muitas vezes, as equipes que estão cravadas no fazer cotidiano não se reconhecem como produtoras de conhecimento, e espantam-se com sua própria potência ao se envolverem nos processos de Curadoria em saúde proporcionados pelo IdeiaSUS FIOCRUZ. Assim como explicitou um profissional da saúde em uma oficina de Curadoria da sua prática coletiva: “Nossa, eu não tinha noção da potência que tem a nossa experiência!”. Essa afirmação é um marcador importante, pois trata-se de reflexão sobre uma Prática em Saúde premiada nacionalmente e, mesmo assim, os protagonistas cotidianos dessas práticas, muitas vezes, não reconhecem a grandeza do que fazem, são engolidos pelo fazer diário.

1 Fonte: <<https://redehumanizasus.net/7391-feira-do-soma-sempre-e-a-producao-do-comum/>>.

Na ótica tradicional das relações interfederativas e, também da gestão em saúde, o município é visto apenas como implementador, só como o “fazedor”, em que o Ministério da Saúde e/ou as Secretarias de Estado planejam o que os municípios devem executar em termos de políticas e práticas de saúde, e essa mesma lógica pensar e agir também opera nas relações entre gestores e servidores, sendo os últimos os que só operam e os primeiros são os que decidem, em grande parte dos locais.

Cabe ressaltar que é sobre usuárias(os) que todas estas práticas incidem, demandando deles(as) comportamentos e ações que são prescritas pelos profissionais e seus arsenais de atuação protocolizados, determinando a prática hierárquica do cuidado. Contudo, apesar do desejo implacável de um agir estratégico que tudo controla e captura (Cruz, 2016), a dinâmica cotidiana e viva da vida social dispara rotas de fuga incessantemente, e todos(as) que estão envolvidos(as) nas práticas de saúde se põe a governarem suas ações e a disputarem, ponto a ponto, os espaços de saber e de sentidos das políticas públicas, das prescrições, das regras. Operam de forma rizomática muitas rotas e encontros não previstos, em praças não instituídas de corredores, refeitórios e outros espaços do cotidiano dos serviços de saúde que originam complexas redes vivas de cuidados (Merhy et al., 2014), originais em seus caminhos e em suas conquistas, disputando a própria constituição da organização a qual pertencem. Há protagonistas por toda parte, reconhecê-los e convidá-los a sistematizar suas produções são o objeto do trabalho delicado dos curadores quando do encontro com as práticas.

Como propõe Ray Lima (2009), apostamos em um caminho para o agir de curadoras(es) do IdeiaSUS FIOCRUZ pudessem ter um quê da *Feira do soma sempre*, no qual produzimos encontros múltiplos, entre autores(as) das práticas dentro de cada experiência municipal. Também aqueles com seus respectivos curadores(as), desses com outras equipes que também discutem suas práticas, e, ainda, com outros atores que, de alguma forma, estão envolvidos

direta ou indiretamente com as experiências que estão sendo descritas.

Então constrói-se uma grande praça onde se instala uma feira entre todes, na qual como diz Ray Lima, o que acontece com a gente não é uma troca, porque quando a gente troca é um escambo, quando eu troco alguma coisa com outra pessoa eu dou o que eu tenho e fico com o que a outra pessoa me der, mas fico sem o que eu tinha. Nesse sentido, ofertado por ele, a Curadoria se inspira na ideia que o saber é a *feira do soma sempre*, porque a gente não perde e nem troca os conhecimentos. Na verdade, a gente compartilha o que tem de saberes e ganha, somando a nós, aquilo que o outro e a outra compartilha conosco. E, esse processo está acontecendo também com o serviço, quando nos encontramos com outras práticas.

Este capítulo narra justamente esse movimento de curadores(as) no encontro com as equipes que se propuseram generosamente sistematizar suas invenções, com suas múltiplas entradas, encruzilhadas, curvas, ladeiras, chegada, saídas, e constituem essa grande praça que é o IdeiaSUS.

Inspiradas nas raízes etimológicas do termo “curador” que vem do latim “*cur*” e que relaciona-se ao cuidado, nós curadoras(es), autoras(es) deste capítulo, nos propusemos a contar como assumimos o substantivo derivado do latim, *curátore* como nossa prática nos encontros com as equipes das quatro práticas vinculadas ao IdeiaSUS. Buscamos compartilhar, os caminhos que trilhamos para nos tornarmos “o que cuida, o encarregado de zelar”, o que “toma conta” do processo riquíssimo que implica a sistematização das práticas por seus protagonistas e da emergência da potência criativa desses coletivos em ação.

A Curadoria, portanto, busca dinamizar e qualificar os processos de atenção à saúde, ensino e aprendizagem nos serviços, ampliando a visibilidade das ações ofertadas e provocando a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, com o intuito de fortalecer o

SUS como política pública universal, equânime, integral, democrática, descentralizada e solidária.

Nessa perspectiva, a atuação da Curadoria em saúde se deu articulada em dois Eixos, a saber: 1) Organização, compromisso e planejamento, 2) Refletindo e desenvolvendo a sistematização de práticas: troca, escuta e fala.

O Eixo *Organização, compromisso e planejamento* se desenvolveu por meio das ações para estimular a organização do registro da prática, nas suas várias possibilidades desde a atualização da publicação na Plataforma Colaborativa IdeiaSUS FIOCRUZ; construção de roteiros, oficinas de sistematização e reflexão das práticas, apoio às diversas formas de registro (escrito, vídeo, áudio...) da prática de saúde; de ações para estimular a busca de apoio da gestão municipal da saúde para o desenvolvimento e sustentabilidade da prática de saúde; o desafio de implementar a metodologia da Curadoria propondo agenda de apresentação da prática de saúde com secretárias(os) de saúde, com Conselhos municipais e locais de saúde para a sustentabilidade da prática e com ações para estimular o desenvolvimento de atividades de educação, integração ensino — serviço e educação popular envolvendo todos os atores da prática de saúde com a discussão técnica específica da área afim da prática de saúde, visando a qualificação das ações desenvolvidas e novas ações; o levantamento bibliográfico para discussão técnica, incluindo as políticas públicas afins; a necessidade de formação técnica para a equipe. Além disso, o mapeamento de parceiros de instituições para apoiar a produção do conhecimento com desenvolvimento de pesquisa-ação, pesquisa de evidências práticas e científicas, analisar a possibilidade de atividades de integração ensino-serviço, envolvendo alunas(os) de graduação, com o objetivo de fortalecer a formação para o SUS, por meio de parcerias instituições de ensino; fomentar espaço de educação em saúde e educação popular com a comunidade do território da prática. Outrossim, estímulo a ações intersetoriais da prática de saúde, com outras Secretarias e órgãos munici-

país, estaduais e nacional, visando a transversalidade das ações de saúde com as demais políticas públicas.

Para tanto, foi construído um processo de pactuação com as equipes de cada uma das Práticas vinculadas ao IdeiaSUS através do estímulo ao processo coletivo, participativo e de cogestão para o desenvolvimento da prática de saúde, envolvendo a participação do conjunto de atores, profissionais de saúde e usuários(as), fortalecendo os espaços colegiados de discussão e decisão do trabalho em equipe, a educação permanente para a problematização do cotidiano da prática de saúde, espaço de troca e intercâmbio de saberes, escuta e fala e a importância do trabalho em rede de saúde; fomentando o planejamento, o processo de problematização da prática e organizando o plano de ação para a sistematização e o acompanhamento da prática de saúde.

O Eixo *Refletindo e desenvolvendo a sistematização de práticas: troca, escuta e fala* se deu mediante desenvolvimento da sistematização da prática de saúde com Oficinas e o exercício de sistematização como narrativa reconstruindo o vivido, refletindo sobre por que aconteceu, como aconteceu e como comunicar a prática de saúde premiada. Além disso, outras estratégias foram importantes como estimular a participação em Mostras de experiências exitosas; a atualização permanente do registro no IdeiaSUS; a construção de artigo e capítulo de livro; a divulgação por meio de vídeos; a socialização da experiência em outros espaços; o mapeamento do território da prática de saúde, seu ambiente, potencialidades e vulnerabilidades através da Cartografia Social e dos caminhos do processo de trabalho cotidiano da prática, assim como, outras ferramentas para qualificar os processos de análise, do planejamento, do trabalho, do cuidado em saúde como o Planejamento Estratégico em Saúde, o Fluxograma analisador, o Usuário-Guia e a análise das práticas de saúde com a Agenda 2030.

2. CURADORIA EM SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO QUE SE DÁ NA SINGULARIDADE DE CADA EXPERIÊNCIA

Pensamos em contar aqui muitas coisas o que fizemos, mas abrimos mão de uma sequência analógica, optando por um formato de “conversações” que andaram de forma rizomática pelos vários “vividos” por nós ao longo da Curadoria.

Antes de aprofundar isso, convém anotar aqui que estes curadores(as) são provenientes de diferentes experiências vividas e trazem em cada uma delas uma bagagem rica, dessas experiências: de atuação “na ponta”, nos serviços cuidando de pessoas, também atuando como gestores de serviços, redes e sistemas de saúde, assim como, atuando como investigadores(as), educadores(as), docentes, conselheiros(as) de saúde com implicação na construção e fortalecimento do SUS.

Como em uma viagem, cada um(a) de nós trazia uma bagagem coletada das estradas percorridas até aqui, com a qual somamos outras que foram organizadas para este caminho específico de acompanhamento da sistematização de cada Curadoria, e que serão descritas adiante.

Do lugar de cada um(a), muitos deslocamentos aconteceram para tornar-se curador e curadora. O questionamento: “O que é que eu tenho que fazer mesmo?” nos acompanhou em todo processo.

Reuniões entre nós e com a coordenação do IdeiaSUS — em um movimento “eu com ela, tu com ela, ela com tu, nós com vocês” que constitui momentos com a prática, momentos individuais, momento coletivos, “pluricoletivos” — ajudaram-nos a construir o nosso papel, que foi se consolidando em tornar-se aquele que ouve e pergunta muito e ajuda a produzir um diálogo, a constituir um clima e um espaço protegido para se falar sobre as práticas, entre a equipe e a prática, para falar sobre o que deu certo ou não, incentivar as pessoas a se colocarem de outro jeito em um processo de compartilhamento de saberes e práticas, de comprometimento e de construção dessas

experiências em processos permanentes para compor o arsenal de práticas do SUS que dá certo e que cuida da saúde em defesa da vida.

Assim, tornar-se um(a) facilitador(a) dos processos em curso em cada uma das práticas, constituindo, por intermédio da Curadoria, um reconhecer-se em cada um(a) como produtores(as) do conhecimento que constrói o SUS diariamente, ou seja, instituir um processo de educação permanente, de quem se engajou, se envolveu e está implicado no cotidiano desse sistema público de saúde. É disso que se trata o agir das (os) curadoras(es) desenvolvido até aqui.

Criar esse ambiente mais protegido para que as falas fossem acolhidas, ouvidas das diferentes partes que estão participando, foi um papel que tivemos de desempenhar para que se pudesse ter um recolhimento da prática. Assim, como cada prática tem sua história, cada um ou uma da equipe participante tem suas teorias, seus acúmulos, suas perspectivas que compõem toda a potência que produziu a prática.

Convidar esse coletivo para sistematizar o que fez e faz implicou em: conversar muito entre si, com seus gestores e conosco; em pensar em interlocutores-chaves; em construir o espaço protegido que se abrisse para emergirem as diferenças entre eles mesmos, e deles conosco, deles com a gestão; em construir ferramentas para registros coletivos. E, também, estimular que cada participante, ao mesmo tempo, considerasse importante a sua contribuição, assim como, a importância da contribuição de outro(a), mesmo que fosse divergente, mas que pudesse valorizar cada pedacinho das diferentes histórias que compõem o feixe múltiplo que anima as práticas em sistematização. Estimular a explorar e pôr em conversa os diferentes olhares, em um exercício de não interditar o ponto de vista de cada um que se envolveu com o processo que está em foco foi e é sempre um desafio a cada encontro.

O convite foi a fabricação de uma memória polifônica, intensiva, reflexiva, a partir desses movimentos, nos parece responder ao que fazemos na Curadoria. Contudo, esta possibilidade de encontro

de nós com as equipes não estava dada *a priori*, e vozes dissonantes que, às vezes nos percebiam como alguém estranho que estava ali, um estrangeiro que nem sempre falava uma língua que era entendida ou entendia a língua que se falava naquele lugar.

No início percebíamos que fomos significados como “avaliadores(as)”, que a equipe da prática, muitas vezes, e em vários momentos, sentia-se avaliada. Como efeito, provavelmente de nossas próprias ações nos encontros, já que também habitam em muitos de nós curadores e curadoras, esse “devir avaliador(a)” que estamos acostumados a pôr em exercício. “Sentir-se avaliado” era sim uma produção que também participávamos como curadores(as). O efeito que colhemos dos primeiros momentos foram aquele “corre” da equipe para apresentar somente as coisas boas, as chamadas experiências exitosas tão valorizadas no próprio SUS. Não que haja problemas em ser exitosa, mas o que nos instigava era produzir a memória de tudo que se passou até chegar a esse ponto para aprender com a experiência viva com tudo o que ela nos traz. Romper com o receio de abrir ao estrangeiro, abrir-se ao outro que me olha de fora demandou uma delicadeza que considerava sim essa posição como válida também. Abrir as dificuldades de manutenção da prática, os esvaziamentos profissionais, os desvaloramentos, as interposições com a gestão e estar seguro de que aquele espaço era próprio para isso, também aconteceu.

Assim, nos ancoramos na perspectiva de Oscar Jara e buscamos contribuir na sistematização de experiências na compreensão de que:

A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido: os diversos fatores que intervieram no dito processo, como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo (Jara, 2012, p. 84)

Dessa forma, cada curador(a) precisou lançar mão de suas habilidades de interlocução e busca do vínculo para que os profissionais das práticas se sentissem apoiados e não avaliados. Construímos esse contrato de respeito com a história do coletivo e de cada um(a) ali dentro é central na Curadoria para que se possa ativar a potência de fabricar a memória reflexiva sobre os caminhos que levaram ao êxito da prática.

Construímos “com” os(as) protagonistas de cada prática o entendimento de que eles(as) poderiam, com a sistematização das experiências deles(as), contribuir com outros profissionais do SUS que se depararam com questões semelhantes e que também se dispunham a inventar saídas singulares para os desafios de cada contexto, vividos pelos diferentes coletivos do Brasil que vivem o SUS na pele, foi muito importante para dar um sentido ampliado ao processo como um todo.

Pensar como comunicar suas trajetórias em suas práticas de saúde locais, para que esses outros(as) soubessem como eles(as) fizeram; com quem eles(as) puderam contar; quais recursos foram mobilizados; quais os parceiros foram ativados; quais os obstáculos foram contornados e como foram; quais não parceiros foram anulados e como, quais novos instrumentos, ferramentas, técnicas foram inventadas e como, dentre outros questionamentos, foi um ponto crucial para criar uma possibilidade de parceria, de entrelaçamento de interesses e desejos, de criação de vínculos e de engajamento de todos no esforço de sistematizar os seus vividos, expressando-os de uma forma que se fosse passível de compartilhar com outrem.

Ultrapassar essa distância de nós com elas(es) e constituir um espaço “entre” nós foi a primeira e continua sendo a tarefa que se desenrolou ao longo de todo o caminho. Perceber a heterogeneidade entre nós e tirar proveito de nossas diferenças foi e é um desafio constitutivo do “agir curador”. Valorar positivamente essa polifonia como a riqueza do coletivo era e, é um valor em si para se construir a cada encontro, em um trabalho de desinterditar os discursos

minoritários que expressam desde os momentos de debilidades até o momento de grande potência é outro desafio que nos atravessa como facilitadores(as) e ativadores(as) de processos em que haja a expressão de todas essas vozes, que passam a ter seu lugar como vozes que mostram que a prática não é uma coisa única, não é uma receita de bolo, mas sim esse conjunto de possibilidades que tem na multiplicidade a força e a potência do SUS, que ele é único no sentido dos princípios e de suas bases orientadoras, mas que no seu fazer cotidiano, tem a força, a potência e as vozes de diversos atores que estão em cada lugar para construí-lo ponto por ponto, encontro por encontro.

3. ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA CURADORIA EM SAÚDE E REFLEXÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS

Como revelar a potência e o valor das experiências praticadas no território? Todas as práticas se puseram esse desafio. Nesse percurso de Curadoria em Saúde, os aspectos teórico-metodológicos que orientaram o olhar e a escuta atenta das(os) curadoras(os) para a construção de uma leitura analítica dos relatos, nos aproximam do conceito trazido por Michel Foucault, em seu livro *A história da Sexualidade*, volume 3, sobre o *cuidado de si* (Foucault, 2017), além dos métodos dialógico e da Análise do Discurso, baseado nos trabalhos desenvolvidos por Mikhail Bakhtin (1875-1975), e etnográfico, como elemento referencial na construção da análise dos fenômenos socioculturais no campo da saúde (Nakamura, 2011).

[...] as práticas do cuidado de si continuam existindo atreladas a outras coisas, o que dá forma à maneira como os indivíduos estabelecem a si mesmos seus modos de vida, culminando em uma “estética da existência” em que o homem, voltando-se para si reflexivamente, alcança momentos de liberdade e dá a si mesmo regras de existên-

cia distintas de padrões e normas ditadas pelas relações sociais, esculpindo, assim como obra de arte, sua vida e subjetividade (Galvão, 2014, p.).

Em meio às teorias sobre as formas de produção de sentido, sobre textos e discursos, constata-se que o pensamento Bakhtin, em suas múltiplas faces, aflora de maneira eloquente, múltipla, generosa, sugerindo caminhos para a leitura e interpretação do homem contemporâneo, de suas atividades, das linguagens que identificam seu estar e atuar no mundo (Brait, 2006, p.).

[...] entendendo que na compreensão do que seja a prática etnográfica, também se compreenda a importância da análise antropológica na explicação dos diferentes fenômenos socioculturais, dentre eles a saúde, o adoecimento e as estratégias de tratamento ou de cura (Nakamura, 2011, p.xxx).

A série de diálogos estabelecidos entre curadores(as) do IdeiaSUS e a equipe do **Projeto Vida Saudável** realizado em São Salvador/TO, por exemplo, os diálogos foram marcados pela prática e pelas subjetividades, nos quais buscava-se estabelecer um ensaio sobre um caminho comum, possível e necessário, a ser construído nos territórios, tendo como referência experiências, práticas e soluções pautadas no “(re)conhecimento” do cuidado como uma tecnologia potente e estratégica na promoção da autonomia dos usuários e, por conseguinte, no fortalecimento da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde.

Os encontros realizados entre os curadores do projeto IdeiaSUS e os coordenadores do Projeto Vida Saudável, durante todo o ano de 2021, foram baseados em longos diálogos, discursos, escutas e tentativas de interpretação/tradução da experiência mediada pelos curadores e a equipe coordenadora do projeto, o que permitiu uma aproximação dos sujeitos que compunham os vínculos do cuidado proposto pelo projeto. Nós curadores(as), mesmo distantes, passa-

mos também a compor esse corpo. Foram longas horas de conversas tentando compreender, minuciosamente, os detalhes do projeto, compondo e (re)compondo as suas diversas dimensões.

Em **Quissamã/RJ**, essa mesma perspectiva de diálogos e compreensão presidiu as ações nos encontros entre as equipes de Quissamã e delas com a Curadoria. Essa prática, que estava em seu segundo ano de participação no IdeiaSUS — após ter trazido para a cena a sua experiência de construir um diálogo amplo entre os diferentes serviços da rede de saúde municipal — estava diante de um novo desafio, que era identificar qual a prática seria sistematizada neste ano. Percorremos três encontros com debates sobre o aprofundamento dos diferentes atores locais e suas experiências na rede de saúde, ouvindo atentamente e realizando um exercício coletivo de produzir novas perguntas para cada equipe municipal. A entrada em cena de narrativas de usuários(as) coletadas nas pré-conferências municipais de saúde realizadas em Quissamã, que de várias formas davam foco a questões sobre a relação entre atenção primária e rede especializada, intensificou os diálogos dos autores locais, mobilizando a sistematização para olhar a experiência de criação do Saúde da Família no município.

No primeiro momento, no projeto **Projeto Vida Saudável**, a escuta atenta permitiu perceber a existência de categorias como, por exemplo, as baseadas nas dimensões propostas por Prévost et al. (1998) como:

as de necessidades ou demandas de saúde; do ponto de vista cognitivo a: percepção sobre o programa; de habilidades relacionais através do respeito escuta; compreensão; acolhida; gentileza por parte dos profissionais da equipe; do ponto de vista organizacional como o tempo de espera, horário de abertura e funcionamento; horário dos profissionais; localização dos serviços; acesso à informação; do ponto de vista profissional com o tempo dispensado, informações suficientes,

implicação da busca de soluções, qualidade ou competência, eficácia dos serviços e disponibilidade.

Todas essas categorias estão implícitas nos diálogos/discursos, embora nossa ideia aqui não seja analisá-las, especificamente, para sistematizá-las em categorias, mas apontar para os leitores que elas estão presentes na experiência e, convidando-os a também se perder na busca desses elementos implícitos e subjetivos, que permitem interpretações múltiplas, mas que não podem estar amarradas a campos meramente epistêmicos-categoriais. Propomos, assim, uma Curadoria da percepção, do sensível, que é para cada um(a), embora compartilhado por todos. E é nessa perspectiva que tentamos aqui “revelar” o multiverso das nuances/dimensões que envolvem a experiência.

O corpo de curadores buscou, assim, estabelecer conexões, considerando os elementos objetivos e subjetivos do discurso como mediadores de um processo dialético de construção do conhecimento, permeado pela intersubjetividade e pela práxis. Buscando, aprender e ensinar, a partir de nós mesmos, mas também e, principalmente, a partir do outro. Essa construção envolve parcimônia e empatia, nos quais olhares e percepções são trocados, em um acordo tácito entre sujeitos na busca das identidades e diferenças, definindo e construindo uma narrativa mediada pela dialogicidade. Enfim, de uma proposição de Curadoria focada na ética-estética para contribuir com a experiência/prática em questão.

Colocar o corpo para ativar essas percepções foi muito desafiador, visto que a realização da Curadoria deu-se em formato *on-line*, no qual a maioria dos encontros eram realizados por *web*, em salas virtuais.

Este corpo dialético possibilita dar contornos àquilo que é observado. Assim, a troca de impressões entre curadores e coordenadores das experiências, possibilita o desenho da prática em si, revelando as potencialidades e os pontos que necessitam de maior reflexão e

análise, para desvelar os aspectos ocultos inseridos nestas relações intersubjetivas. Assim, saímos do campo da linguagem, imagem, signos, em que cada um tem seu lugar e repertório e começamos a desenhar e construir, mobilizados pelo desejo do cuidado, em um território comum, materializado no próprio espaço público, como direito conquistado. Na perspectiva de Bakhtin (1979):

Podemos considerar que a palavra é o modo mais puro e sensível de relação social, configurando-se como fenômeno ideológico por excelência. É precisamente na palavra que melhor se revelam as formas básicas e ideológicas da comunicação. Assim, entendemos que é também por meio da palavra que nos definimos em relação ao outro ou em relação à coletividade.

Por meio da Curadoria, foi possível trazer diferentes pontos de vista e outras experiências para, de certa forma, comparar caminhos e possibilidades de ação. A Curadoria busca, sobretudo, motivar trabalhadores(as) na sua prática diária, para que possam viver boas experiências como agentes transformadores(as) da realidade, e que possam, dessa maneira, construir boas experiências nas pessoas que buscam auxílio na unidade de saúde.

É muito bacana isso que vocês estão fazendo, porque estão conseguindo associar tecnologia à saúde. Temos estas duas variáveis aí e, também, um dispositivo que possibilita a promoção da saúde. Então como que a gente, daqui para frente, em um cenário de Pandemia, que está longe de acabar, pode ampliar ainda mais essas estratégias? (fala da curadora).

Outro exemplo, realizado em **São Salvador/TO**, foi a problematização sobre o tratamento baseado nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, como a auriculoterapia — reconhecido por diminuir a necessidade do uso de medicamentos alopáticos e minimizar os efeitos da hipermedicalização (Corrêa, 2016) — que

permitiu a reflexão sobre questões relativas à autonomia e ao autocuidado. A autonomia envolve a capacidade do indivíduo de realizar escolhas, de maneira crítica e consciente (Haeser et al., 2011). O autocuidado consiste na consciência crítica que o indivíduo possui acerca da saúde e do bem-estar, e que se traduz na capacidade de atender suas próprias necessidades, mesmo diante da situação de doença (Taddeo et al., 2012). Ao referir-se a pacientes com doenças crônicas Taddeo et al. (2012) afirmam que:

O sistema de saúde encontra-se focado na doença aguda ao invés de doenças crônicas, o que culmina em pacientes desinformados e despreparados para realizar o autocuidado. Do debate sobre essa prática apreendeu-se que a adoção de uma abordagem com enfoque na autonomia e no autocuidado possibilita (re)orientar ações voltadas ao fortalecimento do SUS e à promoção da qualidade de vida de seus usuários, e põe em interrogação o lugar do SUS na produção das existências dos usuários e das usuárias: mais autônomos(as) e exercendo seu autogoverno com apoio, ou mais dependentes do consumo tanto de medicações como de condutas profissionais? Tais discussões permitiu aos profissionais a construção da reflexão sobre suas práticas, se eram mais ou menos medicalizantes.

Na experiência de Curadoria na Prática da visita compartilhada entre CAPS e Atenção Básica em Saúde Mental em **Mafra/SC**, fica evidente que o esforço de identificar os elementos que compõem as experiências pede um processo de recuperação coletiva do vivido, em que possibilita os diferentes fragmentos de memórias e as diferentes histórias contatados por cada um sobre esse vivido em cada prática, componham um caleidoscópio rico no qual as várias nuances se apresentam, atualizando o “experenciado” para todos, tanto para a equipe envolvida como para outras pessoas que não tinham vivenciado a experiência, que puderam se apropriar, refletir, perce-

ber a força e a potência das visitas compartilhadas, dos resultados e impactos obtidos.

Em **Quissamã/RJ**, a sistematização passou também, entre outras coisas, pelo encontro de diferentes gerações de gestores(as) e trabalhadores(as), que atuaram no Saúde da Família (SF) desde o início dos anos 1990 até os dias de hoje. Recuperar os sentidos impressos pelas ações em cada momento, em um exercício de diálogo intergeracional, entre equipe fundadora do SF e os recém-concurados do município, constituiu-se em uma rica experiência de trocas, no sentido do soma sempre, pois foi uma vivência que pediu de todos presentes escuta, diálogo, reconhecimento mútuo, identificação de diferenças entre todos, mas também de confluências. Analisar coletivamente o impacto dos diferentes momentos políticos que atravessaram a criação, a implementação e a manutenção ou o sucateamento dessa política foi fundamental para compreensão dos debates sobre a relação entre Atenção Primária à Saúde (APS) e rede especializada, que foram pautados pelos usuários do município em 2021.

Foi importante a construção do sentimento de pertencimento e de identidade que se fez nos caminhos de sistematização dessas práticas que se consolidaram como políticas públicas. Evidenciou os desafios que se colocam na implementação de políticas públicas em meio à mudança de gestores e a força que detém os agires dos profissionais da saúde para manutenção do SUS a fim de manter a implementação de políticas efetivas com caráter duradouro. A construção do SUS é disputada ponto a ponto, em cada encontro, em cada prática, por isso é importante dar essa visibilidade à potência das equipes. A dialogicidade foi o método aplicado nas oficinas de Curadoria, na busca do aprofundamento e, até mesmo, do (re)posicionamento da ideia inicial.

Vocês trouxeram diversas coisas na fala de vocês, mas é importante ter dentro dessas colocações números. Por exemplo, dessa comunidade quantos são homens e quantas são mulheres; qual a faixa etária

(de tal até tal idade); qual grupo tem tal doença crônica e qual tem mais essa outra? Sempre trazer uma questão qualitativa, mas também quantitativa é importante. [...] são coisas fantásticas a serem contadas (fala da curadora).

Fazer que esses aspectos, qualitativo e quantitativo, sejam considerados no processo de sistematização da experiência é importante para que as pessoas nos territórios possam se apropriar e compreender a relevância de práticas dessa natureza no processo de construção e de reaplicação, demonstrando a capacidade e a potencialidade do SUS, na diversificação e ampliando a oferta de serviços, contribuindo, assim, para a autonomia das comunidades em seus territórios.

Como exemplo: na prática de **Quissamã/RJ**, como foi possível realizar um encontro presencial, adotou-se um formato de oficina, que reuniu diferentes trabalhadores(as) da gestão e do cuidado, que contribuíram com o Saúde da Família ao longo dos anos. Antes dessa oficina, nos encontros virtuais, que já contavam com a participação desses mesmos atores, fomos coletando e sistematizando as informações dos diferentes momentos ao longo dos anos, e das diferentes gestões municipais, tanto a frente da cadeira de prefeito, como secretário de Saúde e gestores de áreas afins a atenção primária. Com esses dados compusemos uma linha do tempo com informações sobre quem estava no governo em cada época e compusemos um painel gigante na parede na sala onde se realizou a oficina. Com todos olhando aquilo, propusemos um trabalho subgrupos, com o foco na descrição dos acontecimentos-chaves em cada período de gestão municipal — concursos realizados, modelos assistenciais adotados, criação ou extinção de serviços/programas/ações, estratégias de contratação dos profissionais, estratégias de gestão, conflitos, dificuldades, pontos fortes e frágeis de cada momento. Tudo foi compilado por cada subgrupo em tarjetas, que foram agrupados e coladas no grande painel. Todos circularam pela sala lendo esses

materiais, e depois realizou-se a apresentação dialogada do que cada subgrupo sistematizou daquele período. Tudo foi discutido, gravado e depois sistematizado a várias mãos, em forma de capítulo de livro. A Curadoria funcionou como uma facilitadora ao criar esse espaço de encontro, e ao problematizar e mediar as conversações em torno do que estava em foco.

Em todas as práticas, o processo de Curadoria consistiu de uma medição entre curadoras(es) e os autoras(es) das práticas, uma vez que a escuta foi fundamental para contar a história da prática em seu conjunto de dimensões. Nessa perspectiva, tanto curadores(as), quanto atores(as) das práticas iam pouco a pouco desvelando novas percepções, reflexões e novas compreensões sobre a própria história, fornecendo assim, elementos, a partir da dialogicidade, possibilitando agregar outros valores à experiência. Assim, a orientação para a aplicação e para o uso de metodologias participativas abriu caminhos, também, para a qualificação de profissionais de saúde, constituindo-se a Curadoria também como espaço de educação permanente em saúde.

Outro aspecto dessas aprendizagens foi a problematização da construção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários(as), que se destacou como um elemento importante na construção da oferta do cuidado. Podemos observar, por exemplo, que uma ação que inicialmente estava voltada para o tratamento da obesidade, como o caso de Mafra/SC, desdobrou-se em outras duas ações, voltadas às especificidades de um grupo de mulheres que precisavam de uma atenção diferenciada, como cuidados em saúde mental e resgate dos vínculos familiares. Demonstrando como as práticas de promoção da saúde e as práticas Integrativas são efetivas e de baixo custo, colocando em perspectiva outros cuidados que podem e devem ser ofertados, além daqueles baseados no binômio médico-remédio. Também a experiência de criar os espaços de fala dos usuários da Saúde Mental, por meio das poesias, desenvolvida por em Santa Luzia/PB, apontam nesse mesmo sentido.

As contingências provocadas pela pandemia geraram a necessidade de reorganização dos serviços, interrompendo temporariamente algumas ações nas práticas, e exigindo novas estratégias, destacando-se a necessidade de organização dos novos processos de comunicação de forma a não perder os vínculos, mantendo as ofertas de cuidado e o acompanhamento de usuários(as).

O conjunto de experiências observadas na Curadoria demonstra a potencialidade dessas ações, pois apesar de a pandemia e de todos os desafios, é visível o SUS vivo, efetivo e com resolutividade acontecendo em pleno vigor no território brasileiro. Assim, a plataforma do IdeiaSUS é um espaço propício para promover a divulgação, a publicidade e a troca de experiências, para que mais equipes tenham acesso a essas metodologias, e possam aplicá-las em seus territórios.

Nessa perspectiva de traduzir o conhecimento da prática, a Curadoria faz reflexões e apontamentos com a equipe de como construir ferramentas para contar a experiência desde um lugar acadêmico-pedagógico, com viabilidade de mensurar os resultados e levar este exemplo a mais equipes. Como a fala do curador a seguir:

Essas sutilezas são importantes de serem capturadas, porque o que queremos é saber da essência do projeto, o que faz com que a gente se comprometa com a ação. Que não seja só uma contação de história, mas que tenha um cunho acadêmico-pedagógico, pensar na construção de um instrumento de pesquisa para que possa avaliar de forma qualitativa e quantitativa essa experiência.

A comunicação é uma peça-chave na construção da Curadoria, por isso um dos caminhos delineados entre curadores(as) e equipe foi a construção de uma forma para comunicar a experiência, uma metodologia que fosse construída com a equipe, para que eles pudessem criar os instrumentos e garantir a sustentabilidade da prática, para que se tenha viabilidade de aplicação em outros locais também.

Dessa forma, as *web*-oficinas promovidas pela coordenação da Curadoria, foram estratégicas e oportunizaram momentos de socialização das práticas, momentos de aprofundamento de ferramentas e dispositivos metodológicos e reflexivos para a qualificação das experiências e de atores interessados em aprofundar esses conhecimentos como foi a Cartografia Social, a Sistematização de Experiências, a Agenda 2030, o Usuário-Guia, dentre outras.

No caso do município de **Quissamã/RJ**, a discussão da Agenda 2030 foi ao encontro do desejo da gestão municipal em realizar uma mobilização no âmbito local, e desdobrou-se em nova parceria entre FIOCRUZ e gestão municipal, no intuito de construir esse projeto.

Assim também ocorreu com outras duas experiências de Curadoria: de **Mafrá/SC**, que tratava-se do campo de saúde mental, e a experiência tão próxima na temática, mas tão distante em território, a de Santa Luzia/PB, intitulada “Palavras que acalentam a mente”, um projeto de literatura e poesia criado em 2017, ambos beneficiados com o conjunto de *web*-oficinas proporcionadas pelo IdeiaSUS.

Santa Luzia/PB estava no seu segundo ano de Curadoria e agregava outra particularidade, que é a parceria com a Universidade Federal da Paraíba, desenvolvida por um projeto de extensão que introduziu um conjunto de discentes para participar ativamente, tanto do projeto local de Santa Luzia, como no acompanhamento e apoio técnico de encontros das demais práticas, realizados pelo IdeiaSUS nos espaços virtuais esse envolvimento dos discentes em todos os debates funcionou também como um espaço de educação permanente em saúde, contribuindo para a formação como futuros trabalhadores(as) da gestão e/ou cuidado do SUS.

Tal interlocução com a UFPB, e também a interlocução promovida pela *web*-oficina sobre o Usuário-Guia e redes vivas, evidenciou que certas formações acadêmicas e certos tipos de experiências profissionais oportunizadas ao longo da formação profissional, incluindo a própria formação de nós curadores(as) — que tomam a doença como objeto de intervenção e a medicalização do sofrimento como

a agir profissional — cegam nosso olhar e engessam nossos agires diante de problemas frequentes vividos pelos(as) usuários(as), que pedem ações em saúde que tenham como ética a defesa incondicional de todas as vidas e a adesão nossa à perspectiva que o usuário tem para si sobre a sua própria existência. Envolver-se com o curador(a) em toda dinâmica reflexiva e dialógica nos fortalece como profissional e nos coloca em outra posição, onde podemos visualizar os cenários sem os vícios que trazemos conosco.

Conforme relato da curadora da prática de **Santa Luzia/PB**, ser curador transpassa o fazer no lugar do outro e faz ser no seu próprio lugar:

Ser curador me fez uma profissional melhor quando na troca com o outro eu estive muito mais em uma posição de questionadora do que propriamente aquele que ajuda a resolver os problemas. Já dizem os sábios que o necessário para o alcance de bons resultados é a realização de boas perguntas, então foi exatamente isso que o processo de Curadoria tem a tendência de fazer. Ser curador de uma prática de saúde mental em um município tão diverso do qual eu resido e mantenho minha prática profissional, fez eu olhar com outros olhos o meu próprio serviço.

O contato com outras realidades e metodologias para o emprego do conhecimento coletivo na resolução de problemas é o ponto alto da otimização dos resultados das práticas brasileiras em saúde conforme demonstrou a todo tempo o projeto IdeiaSUS e a sua preposição.

O povo diverso brasileiro faz um sistema de saúde também diverso e as respostas dos problemas também estão na boca do povo — aí faz-se todo o sentido das metodologias da Cartografia Social e do Usuário-Guia: um SUS que alimenta-se em uma ética pautada pela vontade de atender o “outro”, chamado de usuário, como um ser único.

Quando deixamos o receptor do cuidado falar sobre como quer ser cuidado e este cuidado é centrado no indivíduo e na comunidade e “eu” profissional da saúde entendo que deve ser assim, há um pleno “trans-ensinar-se”. Termo que talvez não exista, mas que no processo de estar curadora e ser profissional de saúde da ponta, fez com que eu pudesse experimentar e quem sabe mudar um pouco mais da minha realidade. A Curadoria me fez “ensinar-me” outros jeitos de fazer e, a fazer perguntas muito melhores para meu próprio serviço” (fala da curadora de Santa Luzia).

Ser curador é um desafio, por ir do “ser voluntário” do tempo para que os outros usufruam da sua experiência, para o transformar-se (me) com esse mesmo tempo para usufruir da aprendizagem reflexa.

Em **São Salvador/TO** apostou-se na “Oficina de Curadoria: desenhando serviços e construindo valores para o SUS”, que utilizou da metodologia Design Thinking — ferramentas para a descrição do processo de resolução de problemas, e que toma a empatia como valor central nos processos de cuidado e de organização dos serviços. Nessa metodologia, utiliza-se os princípios da colaboração, da estruturação de ideias e dos processos, bem como a singularidade de cada humano ao produzir-se a si e ao seu mundo (Cavalcanti & Filatro, 2016). Refletir e exercitar um sentir, um pensar e agir que se propõe a compreender que os problemas, trazidos pelos usuários e/ou pelas comunidades aos serviços de saúde, apresentam-se como um bolo emaranhado de um conjunto heterogêneos de problemas, e que não existe solução linear, rápido e única nessa situação, foi central

Esse desenho, essa bola toda é o problema, e na medida que você vai desenvolvendo e desenrolando um problema vários outros vão aparecendo, mas como você já olhou para aquele primeiro problema e já conseguiu desenrolar gerando uma solução para resolver os outros acaba se tornando mais fácil. Vocês iniciaram um projeto pensando em saúde nutricional, na questão do sedentarismo e do sobrepeso. Só

que quando vocês tentaram solucionar a partir de um problema essa questão do sobrepeso novos problemas surgiram e vocês buscaram outras soluções. Então é por isso que tem esse infinito no final do desenho (exibição de tela) porque quando a gente aprende a olhar um problema e entender que para cada solução que eu trago eu preciso de um projeto isso facilita o nosso dia a dia. Nosso papel é demonstrar isso: que vocês estão dentro de um bolo de problemas, mas que a gente pode na medida do possível e desenrolando esses nós, desenrolando esses problemas. Porque a partir do momento que eu estiver preparado para esses problemas, eu vou sistematizar e gerar projetos porque eu já vou pensar com a cabeça de quem projeta. Por isso que estamos no IdeiaSUS e sempre quando pensamos em práticas e soluções a gente está dentro de um projeto só que talvez não tenhamos percebido isso ainda (fala da Curadoria na oficina).

Refletir coletivamente para propor ações, convidando a atuar a partir da perspectiva do outro, potencializou o processo de sistematização da prática e criou um ambiente de educação permanente para a equipe e para a Curadoria, tendo na empatia e na etnografia seus elementos fundantes.

Abordagens dessa natureza demonstram que o trabalho e a metodologia são ambidestros, tanto é quantitativa quanto é qualitativa e isso traz a sustentação de forma coletiva.

Assim, o *Design Thinking* possibilita a construção coletiva/compartilhada, de olhares diversos, desenhando uma oferta de serviço voltado aos diferentes grupos socioculturais. Nesse contexto, a empatia e a ideação são requisitos essenciais. Para isso é importante entender o processo de “como” e “quando” aconteceu o entendimento do problema. Como se alinham os olhares e pontos de vista. Também é uma ferramenta que possibilita trazer elementos para a fundamentação teórica do projeto e com isso ampliar a visão sobre as ações que estão sendo desenvolvidas e delinear um marco baliza-

dor sobre o desenvolvimento e a melhora do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas que participam do projeto.

A equipe de saúde relatou que a partir das oficinas de Curadoria poderiam qualificar o monitoramento e o acompanhamento do grupo e que ele tem trazido um aumento na qualidade de vida da comunidade. O grupo Vida Saudável ampliou a oferta de cuidado e o número de participantes nas atividades da unidade de saúde, a equipe manifestou estar satisfeita com os resultados alcançados. Além disso, afirmam que o acompanhamento com os curadores do IdeiaSUS proporcionou ampliar o olhar sobre o processo de trabalho e instigou a inovação no campo de possibilidades de oferta de cuidado.

Toda vez que a gente fala com vocês já sai com mais propostas, então vocês nos auxiliam demais, porque se está acontecendo alguma coisa vocês falam e sempre temos novas ideias. É muito bom falar com vocês, está sendo muito produtivo (profissional da equipe de saúde).

Em todas as práticas, recolheu-se uma percepção das equipes locais, que consideram que a Curadoria em saúde traz metodologias inovadoras no campo da saúde, proporcionando a qualificação do SUS e melhor estruturação das equipes de saúde. Os curadores trazem um olhar ampliado sobre o projeto, e investigam como construir um campo seguro, no qual a equipe pode trabalhar com confiança na inteligência coletiva do grupo.

Outro aspecto é que a Curadoria em saúde, na sua relação com as práticas, se preocupa em sistematizar o processo de elaboração, aprimoramento e redimensionamento do projeto. Contar essa história para mais pessoas, trabalhar na construção desse conhecimento com a equipe de saúde para que eles sejam agentes replicadores das ações realizadas e das metodologias desenvolvidas durante a Curadoria e tornar cada experiência replicável e/ou compartilhável, para

que outras equipes de saúde possam se beneficiar, é sempre um dos horizontes possíveis dessas produções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Curadoria possibilitou abrir algumas janelas para as experiências vividas e seus efeitos (e não resultados), percebendo, ao longo do processo, que por meio delas seria possível relatar nossa caminhada como curadoras(es), ora vividos conjuntamente, ora particularmente, cada um com sua prática.

Um texto desta natureza, no entanto, não pretende alcançar a totalidade dos acontecimentos vividos. Nesse sentido, as escolhas feitas visitaram os vários aspectos deste tipo de trabalho colaborativo, a fim de mobilizar debates e discussões acerca do valor que circulam nos projetos de intervenção em saúde.

Por ora, tecemos alguns comentários finais acerca de nosso entendimento sobre a Curadoria, sem, contudo, almejar um esforço de síntese de toda produção descrita aqui.

Os efeitos do trabalho de Curadoria possibilitam a mobilização das equipes locais para olharem para si mesmas, para seu trabalho, para sua produção e as apoia a escavarem os seus próprios territórios existenciais e produtivos, tomando-os como matéria-prima para a produção artesanal de sua obra como uma arte, forjada a partir de suas existências nas vidas de outrem e da existência do outro viva de cada um que trabalha.

As vidas como obra de arte emergiram como produção do trabalho vivo de trabalhadores(as) e usuários(as), constituídas pelos seus sentires, pelos seus pensares, pelos seus olhares, pelas suas falas, isto é, pelos agires em saúde de todes. Essas foram reconstruídas *pari passu*, mediadas pelas multiplicidades de narrativas que as compunham nos diferentes momentos que foram acontecendo, fabricadas a partir de deslocamentos perceptivos e conceituais que aconteciam a todes que se envolviam, e que ocorriam ao longo de

encontros e de sucessivas conversas e problematizações sobre como cuidamos ao mesmo tempo da existência de cada um que trabalha e de cada um que é cuidado. Todes nós, incluindo nós curadoras(es), saímos afetados.

Acompanhar esse processo das equipes, colocou-nos em contato com as disputas cotidianas, sobre os sentidos do cuidado de si e do outro, que estão presentes nos agires em saúde e que são atualizados a cada encontro entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS como prática nos serviços de saúde, ora entendidos como mercadorias a serem consumidas e ofertadas, ora entendidas como direitos. Paradoxos presentes no contexto local, nacional e internacional.

Discutir e problematizar os diferentes sentidos do cuidado em saúde, permitiu apontar caminhos para a produção de conhecimento que reconhecessem que a força do SUS está na inventividade de seus trabalhadores e na determinação deles em apostar que todas as vidas podem ser defendidas.

Reafirmou-se mais uma vez que o trabalho em saúde se configura como um espaço de constante discussão e invenção, constituindo-se como profícuo campo de investigação e qualificação das ações, bem como um território para se constituírem experiências sociais ricas, que se propõem a investir a cada dia, a cada encontro, em novos arranjos para se produzirem mais vida (para usuários e trabalhadores da gestão e do cuidado), mesmo considerando que também coexistam nesses territórios forças necropolíticas que atuam em um vetor contrário de destituição das existências, contra as quais os projetos relatados na Curadoria lutam.

Diferente de algumas perspectivas acadêmicas que desvalorizam a reflexão sobre as práticas como um lugar de produção de conhecimento válido, a Curadoria possibilitou compreender que projetos e experiências dessa natureza mobilizam saberes diversos em sua prática de trabalho e constroem conhecimentos válidos, que podem ser sistematizados e compartilhados.

A riqueza das sistematizações das práticas em saúde está no recolhimento do conjunto da obra do SUS, fabricada por diversas teorias e das práticas que são formuladas no âmbito dos desafios postos pelo cotidiano de cada realidade local, que mesmo atravessados por condicionantes macropolíticos, ganham força quando apostam na singularidade articulada a potência do encontro para mobilizar a empatia e defesa de todas as vidas.

Por fim, cabe frisar a relevância do Programa IdeiaSUS na divulgação e valorização das práticas engajadas como estratégia inovadora na produção de conhecimentos que emergem destas experiências, bem como dos aprendizados obtidos e dos desafios do Sistema Único de Saúde, que se faz no cotidiano por milhões de trabalhadores e usuários(as) e tendo sua oferta de cuidado, proteção e promoção da vida, fortalecidos a partir de iniciativas dessa natureza.

REFERÊNCIAS

- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1979.
- BRAIT, B. Uma perspectiva dialógica de teoria, método e análise. *Gragoatá*, n.º 20, pp. 47-62, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção à Saúde*. Brasília, 2006. 60p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília, 2006. 92p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2021.
- CANULT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 41, n.º 115, pp. 1.177-86, 2017.
- CAVALCANTI, C. C. & FILATRO, A. *Design Thinking. Na educação presencial, a distância e corporativa*. 1ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2016.

- CORRÊA, M. M. *Promoção e intervenção sobre aspectos da (hiper) medicalização em usuários de uma Unidade Básica de Saúde*. Monografia de Especialização – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.
- CRUZ, K. T. *Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 349 p.
- DE ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P. & ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 22, n.º 64, pp. 67-76, 2018.
- FOUCAULT, M. *A História da sexualidade. O cuidado de Si*. Vol. 3. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2017.
- FRIGATO, S. *O processo de Curadoria em saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.
- GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. *Intuitio*, Porto Alegre, vol. 1, pp. 157-68, 2014.
- GIFFIN, K. Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde debate*, vol. 46, pp. 29-33, 1995.
- HAESER L M.; BÜCHELE F. & BRZozowski F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis*, 22(2), pp. 605-20, 2012.
- JARA, O. [Holliday]. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Trad. Luciana Gafrée e Sílvia Pinevro, colaboração Elza Maria Fonseca Falkembach. 1.ª ed. Brasília, CONTAG, 2012.
- LIMA, R. *Feira do Soma Sempre e a produção do comum*. 2009. Disponível em: <<https://redehumanizausus.net/7391-feira-do-soma-sempre-e-a-producao-do-comum/>>.
- LOSCO, L. N. & GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: ao agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface – comunicação, saúde, educação*, vol. 23, pp. 1-13, 2019.
- MACEDO, L. C.; LARocca, L. M.; CHAVES, M. M. N. & AZEVEDO-MAZZA, V. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 12, n.º 26, pp. 649-57, 2008.
- MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. 3.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Ver-SUS: caderno de textos, Brasília, pp. 108-37, 2004.

- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K.T. & FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.º 52, pp. 153-64, 2014.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisa na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 20, n.º 1, pp. 95-103, 2011.
- PRÉVOST, A.; FAFARD, A. & NADEAU, M. A. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 13, n.º1, pp. 1-23, 1998.
- TADDEO P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES; A. M. A.; OLIVEIRA, G. C. & MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência Saúde Coletiva*, vol. 17, n.º 11, pp. 2.923-30, 2012.
- VANCINI, R. L. et al. Recomendações gerais de cuidado à saúde e de prática de atividade física vs. pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, vol. 20, n.º 1, 2021.

PARTE II



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – DO MODELO À PRÁTICA NO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ/RJ

Delba Machado Barros
Milena da Paixão Gonçalves Viana
Sheila Maria dos Santos Batista
Roberto Nascimento Lopes Filho
Ruth Méia Nunes
Maria Elena da Silva

1. INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (SF) foi uma estratégia induzida pelo governo federal, e, posteriormente, por alguns governos estaduais para reorganizar a assistência à saúde com foco no cuidado do indivíduo e da família baseando-se nas premissas do vínculo, responsabilização e desenvolvimento de ações no território. É uma forma de viabilização da Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Sistema Único de Saúde (SUS) como Atenção Básica (AB), “considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário cidadão” (Giovanna & Mendonça, 2008, p. 575).

A APS no município de Quissamã foi estruturada com essas premissas antes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ser fomentada pelo Ministério da Saúde (MS), entretanto, a sua consolidação como único modelo de atenção se deu a partir de 2001. Nesse horizonte

temporal a APS sempre disputou com o nível secundário da assistência uma maior atenção da gestão tendo em vista o modelo e a herança hospitalocêntrica.

À época, a gestão local embasou-se nos princípios da Conferência de Alma-Ata (1978) que afirmava o valor da atenção primária como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e, portanto, mais próxima possível do local onde as pessoas viviam e voltada para educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas e tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais e promoção de nutrição adequada.

Considerando sua relevância na rede de saúde, este estudo tem como principal objetivo reconstruir a história da APS em Quissamã apontando suas vicissitudes desde a implantação da AB até ESF, tomando como eixo de problematização a coordenação do cuidado, em especial, a porta principal de entrada do usuário ao sistema de saúde.

Trata-se de um desdobramento da experiência denominada “Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde” premiada na Mostra Estadual de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS e COSEMS 2019, onde apresentamos os diversos mecanismos adotados pelo município para enfrentar a fragmentação do cuidado na rede municipal de saúde, o que gerou a publicação de um capítulo (Barros et al., 2020) no livro *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde* e um vídeo a partir da vivência de Curadoria promovida pelo IdeiaSUS / FIOCRUZ. Em 2021, fomos convidados a aprofundar a análise das questões de saúde que emergiram na Curadoria tendo em vista a qualificação e o fortalecimento do SUS em Quissamã por meio do Projeto Caminhos da Curadoria em Saúde – Projeto IdeiaSUS – Inova Gestão FIOCRUZ.

Ainda que façamos um movimento contínuo de estabelecer integração, articulação e qualificação da assistência nos diversos ní-

veis de atenção à saúde, identificamos que os serviços de APS não têm funcionado como principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS pelo volume de atendimentos realizados nos Serviços de Emergência e no Centro Especializado de Saúde. Não obstante, ouvimos nas pré-conferências de saúde, preparatórias para a 14.^a *Conferência Municipal de Saúde*, realizadas em maio e junho de 2021, usuários questionando o atendimento de crianças e hipertensos por médicos de família, quando há no município pediatras e cardiologistas. Em função disso, optamos por colocar em análise a ESF considerando a sua função estratégica para o SUS.

Para tal, descrevemos e refletimos sobre o modo de funcionamento da APS desde os seus primórdios com a finalidade de incrementar os processos de trabalho e a produção do cuidado, contando com a mediação de atores externos, nesse caso, com a equipe do IdeiaSUS e com a Curadora da experiência.

Utilizamos a metodologia de sistematização de experiências de Jara que consiste em refletir criticamente sobre o nosso fazer e reinventar os cotidianos tendo em vista o aprimoramento da prática e a disseminação das lições aprendidas (Jara, 2006). Levantamos os dados por meio dos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, Banco de Práticas – IdeiaSUS/FIOCRUZ, Banco de Dados do DATASUS e do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e a memória viva de alguns participantes do processo.

Definimos como horizonte temporal desta análise o período de 1990 até 2019, tendo em vista que em 2020 vivenciamos a pandemia de Covid-19, o que alterou o modo de funcionamento da rede. No entanto, adotamos o período de 2000 a 2019 para análise dos indicadores de desempenho, uma vez que a consolidação da ESF se deu a partir de 2001 com a ressalva que não encontramos dados disponíveis em alguns desses anos.

2. UM BREVE RELATO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DO MUNICÍPIO QUISSAMÃ

Quissamã está localizada no norte do estado do Rio de Janeiro, emancipando-se de Macaé em 1989, iniciando a primeira gestão em 1990. Nessa época as áreas de saúde e de assistência social compartilhavam a mesma secretaria, denominada Secretaria de Saúde e Assistência Social, cuja divisão ocorreu em 1993.

Possui uma população estimada de 25.535 pessoas (IBGE, 2021), distribuída ao longo de sua extensão territorial de 719,643km². A maior parte dos habitantes vive na área urbana e 36% na área rural. O salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2019, correspondia a 2,8 salários-mínimos. Apresenta alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) com um aumento de 73,40% entre 1991 e 2010, acima da média nacional (47,46%) e estadual (32,81%) (PNUD, 2013). Nas últimas três décadas a economia está, prioritariamente, calcada em rendas oriundas da exploração do petróleo e gás, embora, historicamente, tenha uma vocação agrícola, inicialmente, voltada para cana-de-açúcar, substituída pela pecuária. A atual gestão tem envidado esforços para diversificar a economia incentivando o empreendedorismo nas áreas de agricultura e turismo. As oscilações das rendas petrolíferas geram impactos nas despesas municipais, sobretudo, na saúde, considerando que um percentual elevado dessas receitas é aplicado no setor.

3. REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Antes da emancipação municipal, os serviços de saúde existentes foram implantados pelo setor privado e, posteriormente, pelo estado do Rio de Janeiro. A Companhia Engenho Central (CEC) de Quissamã, instituição privada que beneficiava grande parte da produção canavieira da região, instalou uma unidade mista e dois postos de Saúde (Conde e Machadinha); a Associação dos Plantadores

de Cana, um posto de Saúde em São José e, anos mais tarde, o estado do Rio de Janeiro construiu um centro de saúde administrado pela Prefeitura de Macaé. Com exceção do centro de saúde, os demais serviços encerraram suas atividades por volta de 1993 (Batista, 2016).

Atualmente, a rede pública de saúde é composta por 10 unidades de APS com consultórios odontológicos sob a responsabilidade de 9 equipes de Saúde da Família (ESF); 1 Hospital Municipal com 82 leitos em clínica médica, pediatria, cirurgia, maternidade e psiquiatria, além de uma UTI com 6 leitos; serviço de Emergência e de apoio diagnóstico (raio X, ultrassonografia e laboratório de análises clínicas); 1 Unidade de Pronto Atendimento (PA) em Barra do Furado; 4 dispositivos de saúde mental (Ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial, Emergência Psiquiátrica e Equoterapia); 1 Centro de Saúde com 26 especialidades médicas; 2 Serviços de Fisioterapia, Complexo Regulador, Vigilância em Saúde e Ouvidoria.

Em 2020, com o advento da Pandemia de Covid-19, foi aberto um Centro de Triagem Respiratória (CTR) e ampliado leitos de enfermagem e UTI. É referência regional para os municípios de Carapebus e Conceição de Macabu na Rede Cegonha em partos de baixo risco. Conta com a retaguarda de serviços de maior densidade tecnológica e altamente especializados na própria região de saúde e em outras, além da capital.

A rede privada é pequena composta por duas clínicas com algumas especialidades (medicina, psicologia e fonoaudiologia), sendo que uma delas tem um posto de coleta de sangue e realiza ultrassom, além de consultórios odontológicos. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em setembro de 2021, 8,30% da população quissamaense são beneficiárias de planos médicos de saúde privados.

4. RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA APS: QUANDO E COMO TUDO COMEÇOU

O Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 estabelecendo incentivos financeiros para os municípios mediante adesões. Entretanto, antes disso, a primeira gestão municipal buscou estruturar a AB com a contratação de médicos clínicos e enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com carga horária de 40 horas para atuarem em áreas rurais com o objetivo de superar o modelo de atenção à saúde, voltado para a doença, para a medicalização e para a hospitalização. Para tal construiu e/ou adaptou imóveis para funcionamento de cinco unidades básicas de saúde: Santa Catarina, Alto Grande, Morro Alto, Conde de Araruama e Machadinha, sendo que as duas últimas funcionavam em espaço cedido pela CEC. Além disso, implantou diversos programas de saúde: Imunização, Criança, Tuberculose e Hanseníase e a Consulta de Enfermagem. As enfermeiras foram especialmente responsáveis por: ações na área materno-infantil; na prevenção do câncer de colo de útero e de mama; na implantação da abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis; nas visitas domiciliares (VD) e nas atividades educativas. Posteriormente, as unidades referidas foram habilitadas como ESF. As cinco primeiras auxiliares de enfermagem das unidades de saúde rurais foram estrategicamente selecionadas e capacitadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 1990, para atuar no território.

Os ACS, indicados pelas associações de moradores, foram inseridos na APS após cursarem uma formação específica, em 1993, oferecida pela equipe técnica da rede local em parceria com a FUNASA, fundamentada em metodologia problematizadora, com carga horária de 620 horas, dessas 280 horas eram voltadas para educação

em saúde. Muitos deles foram efetivados por concurso público, em 1994. Segundo uma ACS,

O treinamento do ACS foi praticamente uma faculdade, porque a gente teve que aprender a ver criança, o idoso, a adolescente, a gestante, o deficiente mental, a gente teve que aprender de tudo... e não podia deixar de aprender ver a pressão arterial [...]. Eu faço questão de sempre me aprimorar mais, pra dar o melhor de mim no meu trabalho, porque a dificuldade que eu passei (principalmente, de transporte), nenhum dos que estão aí, a não ser os antigos, da minha época passaram. Então, hoje, me sinto no céu trabalhando, tenho carro para fazer visita e se tiver alguma dificuldade ligo para a Coordenação da ESF.

Os médicos e enfermeiros atuavam em mais de uma unidade de saúde dependendo do tamanho da população adscrita e a característica do território. Alguns desses profissionais, a partir de 1999, passaram a atuar no Centro Especializado de Saúde e/ou vinculados aos programas de saúde quando foram contratados médicos e enfermeiras de saúde da família pelo Terceiro Setor e realizado concurso para novos ACS.

Destacamos que paulatinamente foram aumentando o número de gerentes dos programas de saúde pública, cabendo a eles o monitoramento e a avaliação dos indicadores, a capacitação da equipe e a interligação com os diversos pontos da rede, sobretudo, com as ESF. Nesse percurso longitudinal foram implantados outros programas: Saúde na Escola, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, IST/AIDS/Hepatites, Hipertensão e Diabetes, Tabagismo, Doenças Raras e Crônicas. Inicialmente, eram geridos por enfermeiras, o que foi se diversificando ao longo do tempo por profissionais de outras graduações como nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. Todos esses programas foram descentralizados, gradativamente, para a APS, desse modo as ESF

são responsáveis por realizar ações de promoção, prevenção, detecção e cuidado continuado, exceto, nos Programas de IST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase cujo tratamento está concentrado no pneumologista, no infectologista e nas enfermeiras desses programas, no entanto, a busca de sintomáticos respiratórios e dermatológicos, as doses supervisionadas são feitas pelos ACS; os testes rápidos para detecção de IST pelas enfermeiras de família e as ações de educação em saúde pelas equipes.

Cabe mencionar que em todos estes anos houve momentos do período governamental em que tivemos a permanência de gestor da saúde e coordenador da saúde da família por um longo tempo, porém a partir de 2013 passamos a ter uma importante rotatividade de gestores e coordenadores. Nos períodos de 2013-2016 e 2017-2020 foram dez secretários de Saúde, com formação de nível superior dos mais diversos e diferentes estágios de conhecimento sobre o SUS (Quadro 1). As mudanças tiveram efeitos no processo de trabalho, sobretudo, porque como diz Fortuna (2017, p. 321) “as instituições não são prédios, empresas ou estabelecimentos de trabalho, elas são formas e forças que se expressam em movimentos instituídos, instituintes, em processos de institucionalização, conformando um movimento dialético contínuo”.

Quadro 1. Relação dos prefeitos e secretários de Saúde por período de gestão, Quissamã/RJ

Governos	Prefeitos	Secretários de Saúde	Formação Acadêmica
1990 1992	Octávio Carneiro	1. Arnaldo G. da S. Q. Matoso - 17/01/1990 a 20/02/1991 – Setor Saúde conduzido por Beatriz Rudnicki e Tereza Cristina C. Gomes 2. Mara R da S. Campos - 20/02/1991 a 31/12/1992	Gestão Pública Medicina Medicina
1993 1996	Arnaldo Matoso	1. Moacyr M. Campos - 08/01/1993 a 20/10/1993 2. Guilherme P. de Azevedo - 20/10/1993 a 25/09/1995 3. Gilson Queiroz V. Junior - 06/10/1995 a 31/12/1996	Medicina Medicina Odontologia
1997 2000	Octávio Carneiro	1. Mara R da S. Campos - 01/01/1997 a 31/12/2000 2. Hélio Conceição da Cruz - 17/01/2000 a 15/02/2000	Medicina Fisioterapia
2001 2004	Octávio Carneiro	1. Roberto N. Lopes Filho - 01/01/2001 a 31/12/2004	Medicina
2005 2008	Armando Carneiro	1. Roberto N. Lopes Filho 01/01/2005 a 30/04/2005 2 - Armando A. H. de Nijs - 02/05/2005 a 31/ 08/2007 3. Wellington P. Costa - 03/09/2007 a 31/12/2008	Medicina Medicina Engenharia
2009 2012	Armando Carneiro	1. Armando A. H. de Nijs - 01/01/ 2009 a 30/04/ 2010; 2. Alexandra M. C. Gomes - 01/05/2010 a 31/12/2012	Medicina Direito
2013 2016	Octávio Carneiro (faleceu)- assumiu o vice Nilton Pinto	1. Bruno Monteiro Ribeiro – 01/01/13 à 03/04/2013 2. Hélio Conceição da Cruz – 03/04/13 à 06/11/2013 3. Mara R. da S. Campos - 06/11/2013 à 04/11/2014 4. Thiago Santos Silva - 06/11/2014 à 13/05/2015 5. Vivian Marins de Azevedo – 13/05/15 à 05/11/2015 6. Simone Flores S. de O. Barros – 05/11/2015 à 02/01/2017	Medicina Fisioterapia Medicina Direito Administração Administração
2017 2020	Fátima Pacheco	1. Linaldo de Souza Lyra – 02/01/2017 à 15/11/2017 2. Luiz R. F. Tigre Maia - 15/11/2017 à 08/05/2018 3. Simone Flores S. de O. Barros – 08/05/2018 à 02/04/2020 4. Renata da S. Fagundes – 02/04/2020 à 05/01/2021	Direito Medicina Administração Serviço Social
2021 2024	Fátima Pacheco	1. Renata da S. Fagundes - 05/01/2021 a 01/11/21 2. Nilton Pinto - 01/11/2021	Serviço Social Técnico em Contabilidade

Fonte: Secretaria Municipal de Governo.

5. COBERTURA ASSISTENCIAL DA ESF NO TERRITÓRIO

A expansão da ESF para atingir a cobertura populacional de 100% se deu a partir do período governamental de 2001-2004. Foram construídas as unidades primárias de saúde do Carmo, Caxias, Santa Catarina e Mathias. Esse foi o único período governamental em que tivemos um único secretário de Saúde com formação médica e mestrado em saúde pública.

Em 2006 a cobertura foi atingida com a instalação da unidade de saúde do Centro em um imóvel alugado e transferida para uma unidade própria construída em 2011. A unidade de Barra do Furado funcionou, inicialmente, compartilhando espaço físico com o Serviço de Pronto Atendimento, posteriormente, foi transferida para um espaço alugado e, em 2016, foi construída uma unidade, ambas, com os recursos do Programa Federal Requalifica UBS.

Em 2020, o percentual de cobertura reduziu para 82,35% em virtude da falta de médico de família por período superior a três meses, tendo em vista a dificuldade de superar a vacância em função das desistências dos convocados. Em 2021, retomamos a cobertura de 100% da ESF.

Desde 2019, há planejamento para reconfiguração dos territórios com a construção de mais uma unidade primária na área central a fim de reduzir o número de pessoas e famílias das unidades de Caxias, Centro e Mathias (Quadro 2).

Quadro 2. Total de usuários e famílias por unidades primárias de saúde segundo o aspecto territorial, Quissamã/RJ

Unidades Primárias de Saúde	Característica do território	Pessoas	Famílias
1. Alto Grande	Área Rural	2.222	790
2. Barra do Furado	Área Rural	1.393	515
3. Carmo	Área Urbana	2.339	781
4. Caxias	Área Urbana	4.173	1.297
5. Centro	Área Urbana	4.056	1.330
6. Machadinha	Área Rural – população Quilombola	980	327
7. Mathias	Área Urbana – população Cigana	5.488	1.729
8. Morro Alto/ 9. Conde	Área Rural	1.251	414
10. Santa Catarina	Área Rural	2.330	728
Total	-----	24.232	7.911

Fonte: Relatório Quadrimestral da Saúde da Família, 2021.²

2 O IBGE classifica o município de Quissamã como intermediário adjacente e, por isso, nas novas regras de financiamento da APS, o MS repassa para Quissa-

Em todas as ESF há cirurgião dentista generalista em dois ou três dias da semana, exceto em Caxias que, desde 2020, conta com um cirurgião dentista especialista em saúde da família; posto volante de coleta de exames de patologia clínica uma ou duas vezes por semana; e são dispensados, diariamente, medicamentos da farmácia básica em 100% das unidades das áreas rurais e nas demais unidades pela Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

Ademais, em 2017, foi implantado o Programa “Saúde Vai até você” que consistia em levar atendimento médico, de enfermagem e de nutrição à população de áreas adscritas às ESF de difícil acesso geográfico por deficiência de transporte público. Inicialmente, esse programa funcionou sem integração com ESF, foi interrompido em 2020 por conta da pandemia, e retornou em 2021, em um formato cujas ações passaram a ser planejadas conjuntamente e realizadas pelas ESF de referência.

6. FORMAS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO NA APS

Primeiramente, os profissionais da atenção básica foram contratados por contrato temporário e, posteriormente, concursados pela administração pública. Com a expansão da ESF, clínicos gerais, enfermeiras e outras categorias profissionais, exceto ACS, passaram a atuar em outros serviços ambulatoriais e as equipes da saúde de família foram contratadas pelo Terceiro Setor. A princípio pela Associação dos Pequenos Produtores do Canto de Santo Antônio e Morrinhos, em 2004, depois por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e, por fim, por uma Organização Social (OS).

O processo decisório da transferência do gerenciamento de alguns serviços de saúde para o Terceiro Setor, em Quissamã, teve como justificativa incrementar a prestação de serviços de relevância

mã 1,45 vezes mais por pessoa cadastrada do que um município urbano. No Programa Médicos pelo Brasil somos identificados como local de difícil provimento.

pública dentro do próprio município tendo em vista superar dificuldades para manutenção e ampliação da cobertura assistencial.

Essa forma de contratação se extinguiu na ESF a partir de 2014, quando foi feito o primeiro concurso para médicos e enfermeiros de família.

A mudança na forma de contratação de médicos e enfermeiros na APS promoveu uma descontinuidade na produção do cuidado, por ter trocado de uma só vez os contratados por concursados, em sua maioria, sem nenhuma experiência na área e sem nenhum vínculo com o território, uma vez que todos, exceto uma enfermeira, são originários de outros municípios do estado do Rio de Janeiro, o que refletiu negativamente nos resultados do 2.º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Existia, anteriormente ao PMAQ, uma gratificação de produtividade somente para médicos e enfermeiros contratados pelo Terceiro Setor, paga mediante apresentação e avaliação mensal de planilha com indicadores de produção de toda equipe. O pagamento dessa gratificação induzia a realização de alguns procedimentos como, por exemplo, número mínimo de consultas, atividades de educação em saúde e participação em reuniões de equipe. Essa gratificação foi suprimida desde o concurso de 2014, quando as ESF passaram a ser geridas pela administração pública. No momento, somente os ACS recebem uma gratificação individual por desempenho instituída por Lei municipal.

7. DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO

A estrutura da rede municipal de saúde idealizada pela gestão concebia a APS como o centro da rede apoiada pelo nível secundário, por meio de consultas especializadas e atenção hospitalar. No entanto, não é desse jeito que observamos o percurso da população tanto das áreas rurais quanto das áreas urbanas. Essa evidência já havia sido questionada pela coordenadora de Planejamento em Saúde em

seu mestrado na ENSP/FIOCRUZ (Barros, 2007). Na época foi identificado o que levaria a população adscrita a uma USF ao serviço de emergência (SE) de um hospital geral era,

O modus operandi das equipes de saúde da família, a acessibilidade geográfica e organizacional e o aparato tecnológico do Serviço de Emergência que acabam por conduzir a população a procurar este serviço em situações agudas de sofrimentos e angústias (Barros & Sá, 2010, p. 2.473).

Em função disso, temos buscado mecanismos para ampliar a oferta do cuidado e retornar o usuário para o radar das equipes de saúde.

Além das ESF estabelecidas pelo MS, considerada mínima por Quissamã, implementamos o cuidado na APS com o apoio de médicos clínicos, pediatras, nutricionistas e fisioterapeutas em algumas unidades primárias, considerando o tamanho populacional do território e a dificuldade de acesso geográfico para os serviços especializados bem como foi implantada a modalidade NASF1, em maio de 2011, com o objetivo de potencializar a prática dos profissionais da ESF e empoderá-los para atuarem de forma resolutiva. Também foi instituído um turno noturno de atendimento à população uma vez por semana nas ESF.

A dinâmica do processo de trabalho na ESF sofreu algumas alterações ao longo do tempo, com a finalidade de melhorar o acesso do usuário, sobretudo na forma de agendamento de consultas e exames laboratoriais e na frequência destinada à realização de reuniões de equipe e atividades de educação permanente. As mudanças ocorreram de acordo com a concepção do gestor à frente da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação da Estratégia Saúde da Família em cada época.

Detectamos que a marcação de consultas em um dia específico da semana gerava filas de madrugada nos serviços de saúde e a organização do serviço com dias específicos para atendimento

de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças e dia para visita domiciliar, restringia o acesso dos casos agudizados e de outras patologias ao serviço. Hoje, o agendamento de consultas para os profissionais de nível superior ocorre diariamente. As reuniões com a comunidade para discutir os problemas locais e as sugestões para a implementação do processo de trabalho sempre foram fomentadas pela gestão, mas é comum queixas das equipes de pouca participação dos usuários.

Para facilitar a comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde, hospital e Secretaria de Saúde foram implantados rádios comunicadores antes de 2000 e eles ainda são usados, apesar dos telefones fixos e celulares pessoais terem sido incorporados na atualidade.

As estratégias adotadas que colaboraram para agregar o cuidado em saúde que estão vigentes são: sistema de informação e gestão em saúde; formulário de referência e contrarreferência (chamado de “Vai e Volta”); ações de matriciamento com as ESF, visita guiada das gestantes à maternidade; comunicação da alta hospitalar às ESF e a implantação da Comissão de Integração entre Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus, Centro Especializado de Saúde e Atenção Primária.

8. RESULTADOS, EFEITOS E LIMITES

Embora tenhamos empreendido um esforço para elaborar uma análise quali-quantitativa da experiência da ESF, nem tudo vivido é capaz de ser apreendido em números e palavras. Não só há o viés daqueles que examinam essa história como também os fatos narrados não são capazes de descrever em sua totalidade o processo de trabalho e a produção do cuidado. Fora isso, reconhecemos deficiências nos registros de dados nos sistemas de informação vigentes, o que tem gerado uma vigilância constante pelos gerentes de programas e coordenadores de serviços.

Apesar desses limites, nos valem os instrumentos de avaliação de desempenho para refletir sobre a produção do cuidado nos aspectos relativos a acesso, efetividade e adequação de nossas práticas na APS.

Nos três ciclos de avaliação do PMAQ houve adesão de oito ESF, com resultados descritos no Quadro 3. No 1.º ciclo todas as unidades apresentaram desempenho acima da média, exceto Santa Catarina que apresentou muito acima da média. No 2.º ciclo houve uma piora nos resultados e somente as unidades de Alto Grande e Carmo conseguiram manter o desempenho do ciclo anterior. Acreditamos que a mudança no vínculo de trabalho tenha contribuído fortemente para isso, pois a avaliação se deu muito próximo à posse dos médicos e enfermeiros de família concursados. No 3.º ciclo de avaliação cinco unidades melhoraram o *status* para bom ou muito bom, o que gerou benefícios qualitativos na atenção à saúde, além do aporte de recursos financeiros repassados até a competência financeira de agosto de 2020, tendo em vista as mudanças no modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária composto por captação ponderada, por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Em comparação com os municípios da região de saúde Norte, Quissamã obteve o melhor resultado.

Sublinhamos que, na época de adesão ao 3.º ciclo, foi instituído o apoiador institucional, na equipe de Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, para acompanhar as atividades das ESF, auxiliar na organização do processo de trabalho e na articulação com os diferentes equipamentos de saúde. Destacamos que esse apoiador era uma psicóloga sanitária e ex-coordenadora de Planejamento transferida para a Coordenação de Saúde da Família em função da extinção dessa área pelo novo gestor.

Muitas rodas de conversas foram realizadas para discutir o planejamento em saúde de cada território, enfrentar os problemas do processo de trabalho e analisar o trabalho com as ESF e com os gerentes de programas. Acreditamos que as atividades de apoio institucional, matriciamento e interconsulta auxiliaram no alcance dos resultados

do PMAQ, em especial, estes dois últimos, no que se refere à resolutividade (Barros et al., 2020, p. 83).

Quadro 3. Resultados Qualitativos e Financeiros dos ciclos do PMAQ, Quissamã/RJ

Unidades	1.º ciclo Resultado Fevereiro 2013	2.º ciclo Resultado Junho 2015	3.º ciclo Resultado Maio 2019
1. Alto Grande	Acima da média	Acima da média	Bom
2. Barra do Furado	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Bom
3. Caxias	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito bom
4. Carmo	Acima da média	Acima da média	Bom
5. Centro	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Muito bom
6. Matias	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Regular
7. Morro Alto	Acima da média	Mediano ou abaixo da média	Bom
8. Santa Catarina	Muito acima da média	Mediano ou abaixo da média	Bom
Valor de repasse	R\$ 57.200,00	R\$ 20.400,00	R\$ 39.545,84

Fonte: Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2013, 2015 e 2019.

Embora o PMAQ tenha sido substituído pelo programa Previne Brasil (Brasil, 2019), não utilizaremos os resultados de desempenho para fins desta análise, considerando que ele foi instituído pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019 e o ano pandêmico de 2020 gerou mudanças na rotina da ESF, com priorização do atendimento para determinados procedimentos.

Com relação ao Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária a Saúde (PREFAPS), instituído em 2019 pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), alcançamos no primeiro quadrimestre sete metas, no segundo quadrimestre oito metas e no terceiro quadrimestre sete metas, o que correspondeu a 78%, 89% e 64%, respectivamente, conforme descrito no Quadro 4. No entanto, se priorizarmos os indicadores exclusivos as ESF, isto é, excluindo o indicador relativo à saúde bucal, os resultados atingidos foram 87,5%, 100% e 70%, respectivamente.

Quadro 4. Resultados do componente Desempenho PREFAPS, 2019, Quissamã/RJ

Indicadores	1º quadrimestre		2º quadrimestre		3º quadrimestre	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
1. Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1,0
2. Razão de consultas de enfermagem na USF por população estimada coberta na ESF	0,2	0,1	0,2	0,2	0,6	0,5
3. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,2	0,3	0,2	0,3	0,6	0,8
4. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	75%	85%	75%	88%	75%	88%
5. Cobertura vacinal de pentavalente (3. ^a dose) em menores de 1 ano de idade	Alcance de metas atribuída a todos os municípios					
6. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Indicador anual – redução de 5% em relação ao ano anterior					-300%
7. Cobertura de acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família	-	Alcance de metas atribuída a todos os	50%	96%	75%	96%
8. Proporção de equipes de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% das ações do rol elencado para APS baseado no PMAQ	70% das ESF com 50% das ações	100%	70% das ESF com 60% das ações	88%	70% das ESF com 70% das ações	75%
9. Proporção de equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para APS	70%	Zero	70%	Zero	70%	Zero
10. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Indicador anual – meta 85%					100%
11. Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	0,3	03	0,3	0,3	1,0	0,8
Total		07		08		07

Fonte: SES. Acessado em: 28-10-2021.

Dentre os indicadores do PROADESS selecionamos os referentes à efetividade, ao acesso e à adequação relacionados diretamente às ações de responsabilidade da saúde da família (Quadro 5) definidas em nosso município.

Quadro 5. Indicadores de Desempenho dos Serviços de Saúde
no período de 2000 a 2019, Quissamã/RJ

Indicador	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Indicador de Adequação																				
Percentual de nascidos vivos de residentes do sexo feminino que fizeram + de 6 consultas de pré-natal	51,7	73,9	63,0	60,4	80,7	80,8	88,6	82,6	79,9	83,3	83,2	91,9	89,4	80,3	84,8	85,6	90,4	84,9	84,8	88,0
Indicadores de acesso																				
Percentual de crianças menores de 01 vacinadas com tetravalente	s/d	s/d	s/d	66,4	85,9	91,0	101,7	103	99,0	110,1	94,6	96,4	90,8	94,6	100,9	81,5	113,3	114,5	103,0	71,8
Percentual de pop com 60 anos ou mais vacinada contra a gripe	65,2	80,0	76,4	88,4	84,0	80,6	87,4	84,5	78,0	98,9	99,7	85,0	77,4	90,0	83,0	76,4	87,9	82,5	72,7	74,2
Razão entre o número de exames citopatológicos de 25 a 64 anos	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	1,48	1,27	1,05	0,87	0,88	1,18	0,89	0,76	0,81	0,66	0,65	0,78
Indicadores de efetividade																				
Número de óbitos por hipertensão na população de 50 a 64 anos de idade	3,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	4,0	1,0	5,0	3,0	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	3,0
Número de óbitos por infecção respiratória (IRA) em menores de 05 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Percentual de internações por condições sensíveis	13,8	9,0	10,3	15,1	18,8	15,5	17,4	16,0	14,5	14,7	14,1	7,8	5,5	13,1	14,3	9,3	8,3	6,9	9,1	8,7
Número de óbitos por diabetes mellitus 20 a 79 anos	3,0	2,0	2,0	3,0	5,0	6,0	5,0	2,0	6,0	5,0	3,0	10,0	6,0	8,0	5,0	4,0	3,0	6,0	7,0	7,0
Número de casos de AIDS em menores de 5 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: PROADESS - consultado em 28-10-2021.

Os resultados relativos à adequação demonstram que os cuidados estão baseados em protocolos e conhecimentos técnicos, por conseguinte, as gestantes tiveram o mínimo de consultas de pré-natal preconizadas na APS. Além disso, incluímos na rotina o pré-natal do

parceiro. As gestantes de risco habitual e alto risco são cuidadas por médico, enfermeira de família e ACS, sendo que as de alto risco são também acompanhadas por obstetra do Centro Especializado de Saúde, que tem uma dupla vinculação no município ao acumular a Coordenação da Maternidade do Hospital. A APS tem provido os cuidados referentes à imunização da população preconizada pelo Programa Nacional de Imunização, embora, os indicadores de desempenho do PROADESS destaquem crianças e idosos. Por sua vez, os dados apontam que as mulheres buscam a APS para realizarem o preventivo. Dentre os indicadores de efetividade que avaliam o grau em que a assistência, os serviços e as ações em saúde atingem os resultados esperados identificamos que existe uma atenção infantil com o objetivo de evitar óbitos. No entanto, precisamos melhorar a assistência da população diabética e hipertensa, considerando o número de óbitos ocorridos ao longo do período. Com relação às internações por condições sensíveis à atenção primária houve uma redução, sobretudo, quando instituímos uma comissão de integração entre Hospital, Centro Especializado de Saúde e APS.

Outro aspecto relevante são os esforços da equipe em dar publicidade às práticas exitosas em eventos de abrangência nacional e estadual, como, por exemplo, na Mostra Brasil aqui tem SUS como também internacionais. Em 1993, tivemos um trabalho (Quissamã: Saúde e Comunidade levadas à sério) aprovado em comunicação oral na I Conferência Latino-Americana de Educação para a Saúde, Havana, Cuba e um *poster* (Information System for Public Health Management: Municipal Health Department of Quissamã. Rio de Janeiro/Brasil) no 10.º Congresso Internacional de Biblioteca Médica, Austrália, 2009.

Nas idas e vindas, destacamos que vários fatores contribuíram para os resultados apresentados por Quissamã na APS e em outros níveis de atenção. Um deles foi o comprometimento das pessoas que assumiram a alta e a média gestão da Secretaria Municipal de Saúde com a implementação do SUS baseando suas ações em conhecimentos técnicos, compromisso e inovação em defesa da vida individual e coletiva.

Entre outros fatores importantes, destacamos dois campos:

1) Gestão do trabalho e educação na saúde

a. Incentivo a Educação permanente e continuada – observamos que de uma forma em geral a graduação dos profissionais de saúde é deficiente para a atuação no SUS, sobretudo, porque ainda prevalece no ensino o modelo flexneriano voltado para corpos segmentados e foco na doença. Mudar a concepção da atenção médica primária à Atenção Primária à Saúde é um desafio e uma construção diária não só na academia como nos serviços de saúde. Para tal o município promove e/ou incentiva ações de educação permanente (EPS) e continuada oportunizadas pelos governos e instituições de ensino.

A qualificação dos profissionais sempre foi uma tônica da gestão, no entanto, no período 2001-2004, em especial, foram adotadas algumas estratégias de EPS como, por exemplo: supervisões de enfermagem e médica às ESF e interconsulta com a pediatria, e, posteriormente estendida para a cardiologia, psiquiatria, obstetrícia, dermatologia, psicologia, estomaterapia e enfermagem, com a finalidade de capacitar médicos e enfermeiros de família na produção do cuidado e reduzir os encaminhamentos desnecessários para o Centro Especializado de Saúde e para os dispositivos de saúde mental. Ademais, eram atraídos eventos científicos para serem feitos no município, como, por exemplo, no período de 2000 a 2010, sediamos os “Cursos Descentralizados em Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da região Norte Fluminense” no qual recebíamos palestrantes convidados e coordenadores municipais da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), com ofertas de vagas para os diferentes trabalhadores da APS e o 1.º Fórum de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Rio de Janeiro, em 2002.

A pandemia de Covid-19 proporcionou uma reformulação e ampliação do processo de EPS por meio de atividades *on-line*, dessa forma autorizamos os profissionais médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e gerentes de unidades para participarem delas com

liberação de turno de trabalho, cabendo ao profissional apresentar a coordenação da ESF um resumo executivo sobre a temática abordada.

b. Admissão por Concurso público – o município fez diversos concursos públicos para a área de saúde, portanto, temos atividades profissionais desde 1994, o que muito contribui no desenvolvimento do trabalho, sobretudo, pela *expertise* acumulada, pelo conhecimento do território e pela vinculação com os usuários do SUS. Esse tipo de vínculo trabalhista tem sido determinante para minimizar os impactos decorrentes das mudanças dos gestores e resgatar a história da saúde do município, viabilizando a sustentação do trabalho apesar delas. Não obstante, registramos rotatividade de médicos de família e insatisfação dos ACS, principalmente, por questões salariais comprometendo a dedicação e a qualidade dos serviços. Em se tratando de uma política nacional estratégica para o setor saúde é preciso repensar a política de recursos humanos para o SUS.

2) Gestão do Sistema de Saúde

a. Gestão coletiva e multidisciplinar – historicamente, os profissionais de saúde, sobretudo, as enfermeiras, as psicólogas, as nutricionistas e as fisioterapeutas em Quissamã são protagonistas na gestão do cuidado, particularmente, respaldadas pela gestão municipal, pelos protocolos do Ministério da Saúde e pelos Conselhos de Classe, tendo em vista que os médicos ficam mais voltados para a assistência e raros possuem experiência em administração. As enfermeiras, em especial, são autorizadas a fazer consultas de enfermagem, solicitar exames e prescrever medicamentos dos programas de saúde e, por muitos anos, em função da tradição curricular de administração de serviços de saúde e da escassez de outras categorias profissionais eram designadas como responsáveis pelas Unidades Básicas, Centro Especializado e programas de saúde. Outro aspecto que sempre foi fomentado pela gestão é o trabalho em equipe e a integração assistencial.

Uma equipe tem que estar trabalhando e pensando juntos, o que um não pode fazer, o outro faz. Se um ACS estivesse doente, as outras apoiavam a área dele, porque todo mundo conhecia todo mundo e isso é uma coisa que da unidade, na unidade de saúde (Enfermeira de Família).

b. Instituição da cultura de planejamento das ações – em 2000 foi realizado o primeiro planejamento estratégico na Secretaria Municipal de Saúde. A partir de então todos os instrumentos de planejamento são construídos de maneira participativa de forma a compartilhar as responsabilidades e os resultados alcançados a partir da visão institucional de sermos reconhecidos “como um modelo de atenção à saúde” na região Norte Fluminense. Foi instituída a Coordenação de Planejamento que tem como principal função fomentar o planejar, o fazer, o executar, o verificar e o agir partindo da ideia de que nenhum processo é perfeito e de que o aprimoramento é sempre possível. A cada ciclo anual de trabalho buscamos analisar não só os resultados obtidos como a forma que atuamos, o que aprendemos e o que podemos fazer para melhorar. Segundo o ex-secretário de Saúde, Roberto Lopes, precursor da implantação da área de planejamento em saúde,

Trata-se de unir o “pensar e fazer”, identificando o melhor caminho para que sejamos protagonistas das transformações que devem ser realizadas no decorrer do processo de trabalho para não ficarmos parados no tempo. Um bom processo de planejamento deve ser capaz, também de captar o sentimento da equipe em relação ao trabalho (Trecho extraído da Comunicação Interna n.º 255, de 16-11-2004).

Entre o período de 2004 a 2013, foram realizados seminários semestrais de avaliação na APS com premiações das equipes mediante resultados apresentados nas atividades desenvolvidas. Eles, deixaram de acontecer a partir de 2014. Salientamos, que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, instrumento nacional de mo-

nitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à Atenção Básica, instituído tendo em vista o processo de qualificação da gestão municipal, como exposto na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 1/2001), era o instrumento utilizado na orientação desses momentos avaliativos referidos.

Com o advento da Lei Complementar n.º 141/2012 estabelecemos avaliação quadrimestral com os gerentes de programas e coordenadores de serviços para mensurar o impacto das ações implementadas, reconduzir os rumos do trabalho, quando necessário, e para prestar contas aos cidadãos e às instituições da sociedade em audiência pública.

c. Intersetorialidade – as ações intersetoriais sempre foram uma prática municipal, sobretudo, na APS, pois proporcionam não só a promoção da saúde como também a busca da resolução de problemas complexos do processo saúde-adoecimento pertinentes a outros setores. Essas atividades municipais ocorrem de maneira pontual de acordo com os problemas identificados no território e, outras de maneira contínua, algumas delas estimuladas por ações governamentais, como é o caso do Programa Saúde na Escola. Os principais parceiros da Secretaria Municipal de Saúde são a Secretaria de Ação Social; de Educação; de Agricultura e Meio Ambiente; e de Esporte. Algumas dessas ações foram marcantes, dentre elas, destacamos, em 1993, o evento chamado “Saúde e Comunidade levadas à sério”, organizado por enfermeiros e assistentes sociais com envolvimento das escolas municipais na praça municipal; em 2008, por meio de edital do Ministério da Saúde o município desenvolveu o projeto “Alimentação saudável ao seu alcance”, o qual, estimulou o cultivo de hortas familiares com distribuição de mudas de hortaliças pelas ESF, uma parceria com Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente; outro evento que mobilizou parcerias, foi o “Dia do desafio”, ocorrido sob gerência da Secretaria de Saúde em parceria com Secretaria de Educação e Coordenação de Esportes, durante 3 anos (2003 a 2006), que consistiu em atividades físicas nos diversos territórios das unidades de APS e

na praça municipal; além das feiras de saúde que envolviam, também, o “momento de beleza”, com ação de cabeleireiras e manicures; e em 2019, o “Projeto Farmácia Viva”, em parceria com Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente e a UFRJ – Macaé.

d. Informatização dos serviços de saúde – o sistema de gestão municipal, implantado em 2006, possibilita identificar as trajetórias dos usuários em alguns serviços da rede de saúde local (Hospital, Emergência, Saúde da Família, Centro Especializado de Saúde e Central de Regulação), bem como registrar as medicações dispensadas para eles e os exames solicitados e realizados. Fora isso, a informatização, em especial, da Vigilância Epidemiológica viabilizou o fornecimento de informações territorializadas (internações, óbitos, nascidos vivos, vacinas, entre outras) para cada ESF.

9. A CURADORIA EM SAÚDE E SEU IMPACTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS

Mais uma vez aceitamos o desafio de participar da experiência de Curadoria em Saúde considerando a relevância da troca de conhecimentos e sociabilização de saberes. Foi uma fonte motivadora para analisar, registrar e divulgar o nosso processo de trabalho e produção do cuidado na APS com envolvimento de vários profissionais de saúde, embora a consolidação da sistematização tenha ficado sob a responsabilidade desses autores.

Convidamos profissionais que fizeram parte deste percurso, inclusive aqueles que já não trabalham mais no município, para participar do processo de sistematização que consistiu em reuniões virtuais e presenciais para levantamento e análise de dados em documentos oficiais e sistemas de informação, reflexões sobre os aspectos positivos e os incômodos vividos, proposição de melhorias na organização do cuidado e, por fim elaboração do presente capítulo sob a orientação da professora doutora Kathleen Tereza da Cruz — curadora dessa experiência convidada pelo IdeiaSUS/FIOCRUZ.

Utilizamos a ferramenta da linha do tempo para identificar e registrar os eventos ocorridos ao longo da história da APS no município, o que nos permitiu fazer uma análise qualitativa de forma rápida e fácil, especialmente, porque o tempo foi segmentado pelo período governamental de cada prefeito.

Foto 1. Encontro da equipe com a curadora em Quissamã, 10 de agosto de 2021.



Fonte: acervo fotográfico da Secretaria Municipal de Saúde.

Contar com o apoio da equipe do Projeto IdeiaSUS – Inova Gestão FIOCRUZ de professores convidados de várias instituições de ensino durante esse processo de Curadoria foi extremamente rico, pois possibilitou pensar o serviço sob a luz de conhecimentos técnico-científicos. As oficinas realizadas com as equipes dos quatro municípios participantes desse projeto nos forneceram ferramentas para registrar e analisar as práticas em saúde, bem como ajudaram na ampliação e aprofundamento de conteúdos teórico-práticos. Por outro lado, os encontros com a curadora promoveram reflexões singulares sobre a produção do cuidado realizada em Quissamã, o que incentivou algumas mudanças na organização do processo de trabalho da Emergência Hospitalar e do Laboratório municipal, no diálo-

go entre os profissionais de saúde e usuários e na implementação de ações no cotidiano da APS, além de ter revisado a escrita deste texto.

Foi uma oportunidade de colocar a nossa experiência sob o olhar da ciência, o que exigiu da equipe envolvida na sistematização um tempo diferenciado nas agendas de trabalho, assim como coragem e confiança para colocar em análise a APS, tendo em vista que foi posto em evidência os avanços, os retrocessos, as potencialidades e as fragilidades na gestão em saúde, o que em alguns momentos nos provocou um certo pesar, mas também nos mostrou o dinamismo e a resiliência da equipe e nos possibilitou avanços na condução do cuidado com a finalidade de qualificar a atenção à saúde. Ressaltamos que a escolha de fotos para fazer o vídeo institucional foi um momento lúdico desta segunda vivência de Curadoria. O resgate de imagens oportunizou avivar as lembranças do trabalho, dos profissionais que fizeram e fazem parte de nossa equipe e as mudanças ocorridas.

Em uma das reuniões de Curadoria foi sinalizado sobre pessoas jovens com sequelas de AVC. Identificada a necessidade de revisão do processo de trabalho no cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, sobretudo, pela presença deles nos serviços de reabilitação, pelos indicadores de mortalidade e internações por doenças cardiovasculares, o que gerou a retomada de encontros entre os cardiologistas e os médicos de família para discutir o cuidado integral e o retorno do usuário para as ESF para a continuidade da atenção.

Foram discutidos também os possíveis determinantes para o acesso da população ao sistema de saúde municipal pela Emergência Hospitalar, dentre eles, frisamos a resolutividade da APS que perpassa pela formação acadêmica dos profissionais da saúde da família que não são preparados para atender crianças, adultos e idosos, como também pela demora no acesso às consultas e aos procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, o que retarda, muitas vezes a definição da conduta terapêutica e o alívio do sofrimento, especialmente, quando vivemos sob “o «domínio da urgência» como

modalidade predominante de subjetivação e sociabilidade na sociedade contemporânea” (Barros & Sá, 2010, p. 2.477).

Ainda que a APS não seja a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, os usuários demonstram algum nível de pertencimento a ela, ainda que não busquem as equipes, na maior parte das vezes, em situações agudas e demandem consultas especializadas. Por conta disso, a gestão tem buscado outras estratégias, além daquelas já adotadas, para manter o usuário no radar das equipes de família. A partir dos diálogos com a curadora foram pensadas algumas medidas para aperfeiçoar e reforçar a APS. Foi estabelecido um pacto entre a gestão, a direção técnica do Hospital, a Coordenação de Emergência, Saúde da Família e Laboratório, a saber: os médicos plantonistas devem entrar em contato com a APS para discutir com a equipe a pertinência da internação em situações sensíveis à Atenção Básica; realização de exames de patologia clínica no Laboratório municipal e liberação dos resultados para o médico de família no mesmo dia do atendimento, quando necessário, a fim aumentar a resolutividade na APS; gravação de um vídeo para os plantonistas explicando o funcionamento da ESF e solicitando que perguntem ao usuário quando foi a última vez que ele esteve na unidade de saúde da família e foi visitado pelo ACS a fim de fortalecer o vínculo com as ESF.

Essas proposições serão avaliadas e outras poderão ser tomadas em função dos resultados observados em um contínuo esforço de ação-reflexão-ação.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão em saúde em Quissamã ao longo destes anos esteve em movimento buscando formas de aprimorar seu processo de trabalho e, conseqüentemente, o cuidado da população. Ainda que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde sejam importantes incentivadores na implantação, implementação e avaliação de políticas de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã de-

monstra um protagonismo permanente na defesa do direito à saúde e à vida. Desde a emancipação do município o agir em saúde privilegiou a saúde pública e coletiva.

Aconteceram diversas tentativas de fazer a atenção primária diferente, sobretudo, para aumentar sua resolatividade. Algumas dessas ações se consolidaram e outras se dissolveram no caminho, certamente, por mudanças na gestão, por priorização da atenção secundária em momentos de constrição financeira ou por não terem surtido o resultado esperado. Porém, o que se observa na maior parte do tempo é um trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado configurando certo modo de produzir o cuidado em interação com vários instrumentos, normas instituídas e máquinas (Merhy & Franco, 2008). Os gargalos ainda existentes no cuidado de usuários e familiares, as disputas entre atenção primária e atenção especializada, a deficiência na formação acadêmica dos profissionais de saúde exigem que continuemos em ação desenhando novas estratégias para o enfrentamento dos problemas existentes, partindo da premissa que a atenção à saúde é responsabilidade das instâncias governamentais, dos profissionais de saúde e usuários e ela se dá de forma sistêmica por meio do conjunto dos serviços de saúde existentes, portanto, em uma relação de interdependência que exige uma articulação constante entre os níveis de atenção.

Salientamos que o que faz diferença no SUS de Quissamã são as pessoas, a capacidade criativa e reflexiva, especialmente, dos profissionais de saúde e gestores engajados ao projeto de saúde universal e de assistência integral.

Por fim registramos que a vivência de sistematização da APS com o apoio da Curadoria em Saúde IdeiaSUS/FIOCRUZ produziu movimento, pesquisas, reflexões, diálogos, mudanças no processo de trabalho e na produção do cuidado e, principalmente, aprendizagens que apontam tanto para a relevância do trabalho realizado quanto para as melhorias ainda cabíveis. Nosso agradecimento a todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3.º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* - Seção 1 - 16-1-2012.
- BRASIL. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, n.º 220, - Seção 1 – nov. 2019.
- BATISTA, S. M. S. *Saberes tradicionais das parteiras e a política de parto no interior do Rio de Janeiro: um estudo de caso em Quissamã*. Dissertação. UENF/RJ, 2016.
- BARROS, D. M. *Demanda de pronto atendimento aos Serviços de emergência de um hospital geral em um município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso Quissamã*. Dissertação. ENSP, FIOCRUZ, 2007.
- BARROS, D. M. & SÁ M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Cien Saúde Colet.*, 2010, 15(5), pp. 2.473-82.
- BARROS, D. M et al. Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde – relato de experiência em Quissamã. In: FERNANDES, V. R. et al. (orgs.). *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Cebes, 2020, pp. 69-99.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (FIOCRUZ). *Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde PROADESS: avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento*. Rio de Janeiro: Laboratório de Informações em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=multi>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.

- FORTUNA, C. M. Resenhas. *Ciênc. saúde colet.* 22(1), jan. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/B4xhq4xsCDSLNW9y3jcWV8r/?lang=pt&format=pdf>>.
- GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; Lobato, L. V. C. et al. (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 575-625.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Portal do Governo Brasileiro*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/quissama/panorama>>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.
- JARA, O. [Holliday]. *Para sistematizar experiências*. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2.^a ed., revista. Brasília: MMA, 2006, 128 p. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).
- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. L. C. F. (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.^a ed., rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Resultados. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 5 de agosto de 2021.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/quissama_rj>. Acesso em: 30 de novembro de 2013.
- QUISSAMÃ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Quadrimestral da Saúde da Família*, 2021. Comunicação Interna n.º 255, 16-11-204
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS). *Indicadores e Resultados*. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/prefaps/2020/08/indicadores-e-resultados>>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

A POTÊNCIA DA VISITA DOMICILIAR COMPARTILHADA ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL

Adriana Moro
Patrícia Wormsbecker
Maria Aparecida Drapaski
Tiago Feller
Helen Jéssica Silva
Amanda Müller
Saulo Silva Vieira
Jéssica Sartori Ribeiro
Camille Francine de Assumpção
Alberto Roberge Júnior
Gabriel Lachowicz
Vanderléia Laodete Pulga

[...] É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperar é juntar-se com outros para fazer de outro modo [...]
(Freire, 1992).

1. INTRODUÇÃO

O município de Mafra fica localizado na região do Planalto Norte Catarinense, no Sul do Brasil, e tem aproximadamente 56 mil habitantes. Possui uma área territorial de 1.406 km², que representa aproximadamente 1,47% da área total do estado, sendo o 4.º maior município em extensão territorial de Santa Catarina. Tem um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) com valor de 0,777 segundo o padrão adotado pelo Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Sua rede de atenção à saúde se organiza em 18 Estratégias Saúde da Família (ESFs), com 100% de cobertura de implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em atuação articulada com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Unidade de Pronto atendimento (UPA) e uma Policlínica com serviços de saúde especializados de diversas áreas. Também conta com um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP), responsável pelos processos de educação permanente em saúde no município.

Além disso, por sua localização e seu aporte de estrutura de equipamentos de saúde, serve de referência para os 12 municípios que ficam localizados ao seu redor. Mafra também faz divisa com o estado do Paraná pela cidade de Rio Negro, sendo essas conhecidas como cidades irmãs.



Mapa de localidades rurais do município de Mafra/SC.
Fonte: <<https://www.mafra.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/146700>>.

As reflexões aqui apresentadas dizem respeito a uma das Práticas Exitosas do Sistema Único de Saúde (SUS), premiada nacionalmente na Mostra “Aqui tem SUS” promovida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em parceria com outras instituições.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) resultado de ampla mobilização de numerosos atores sociais e políticos que tiveram expressão no chamado “Movimento Sanitário”. Desde então, o SUS vem se implementando de forma descentralizada como política pública universal, apesar das fragilidades históricas relacionadas ao financiamento, à gestão e às dificuldades diante das necessidades de saúde da população brasileira. Em seu cotidiano, muitas são as iniciativas reveladoras da força e da potência desse sistema público e universal (Giovanella et al., 2008).

Ao mesmo tempo, ocorrem processos de ativação de mudanças nas formas de produzir cuidados em saúde mental, materializados no Movimento de Reforma Psiquiátrica e a importância de organização das Redes de Atenção à Saúde Mental (RAPS) dentro do SUS na perspectiva da integralidade, universalidade e equidade (Brasil, 2011).

A Mostra “Aqui tem SUS” é uma das iniciativas para dar visibilidade ao trabalho feito em todos os municípios e estados do Brasil no cuidado à saúde da população (CONASEMS, 2017).

Essa experiência de Mafra premiada pela sua inovação na área da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde foi selecionada para acompanhamento de Curadoria em Saúde do Programa IdeiaSUS da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2021. O processo de Curadoria se deu de forma telepresencial, por meio de *web* reuniões, *web* oficinas, encontros de Curadoria, dentre outros, em virtude das exigências sanitárias perante a Pandemia da Covid-19. Também foram realizados encontros e reuniões presenciais da equipe de Mafra.

Assim, as visitas compartilhadas em saúde mental em Mafra iniciaram em 2017, quando verificou-se a necessidade de maior

interação entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), porque na época a principal lógica de cuidado era ainda excludente e preconceituosa, em que as usuárias e os usuários com necessidade de cuidado em saúde mental acabavam sendo encaminhados para o CAPS. Alguns comentários da época eram: “esse é paciente do CAPS”, evidenciando uma lógica de certa forma “Capscomial”. Não se institucionalizava mais nos manicômios, mas institucionalizava-se no CAPS.

Foi então que a equipe de profissionais do CAPS e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) tentaram imaginar e delimitar uma nova estratégia de cuidado para as pessoas que podiam ser cuidadas na Atenção Primária mesmo tendo problemas de ordem mental, ou então que apresentassem condições graves de saúde mental, mas que tivessem dificuldade de acessar o CAPS ou se negassem a ir até lá. Esse cuidado no território tornou-se fundamental, até mesmo porque a grande dimensão do município de Mafra dificulta o deslocamento de pessoas que vivem nas áreas rurais para a área urbana, onde está localizado o CAPS. Dessa forma, a pactuação construída estabeleceu que deve ser inerente do conhecimento e da prática das equipes das Estratégias de Saúde da Família o manejo de usuários com problemas de ordem mental, assim como é com as outras doenças no território.

Em 2019, quando a experiência de cuidado compartilhado em saúde mental entre CAPS e APS já tinha mais forma, ela foi apresentada na etapa estadual da iniciativa “BRASIL AQUI TEM SUS”, na cidade de Lages/SC. Posteriormente, apresentada na etapa nacional, foi escolhida a melhor experiência do estado de Santa Catarina e recebeu como prêmio a gravação de um *Webdoc*.

Em 2020, essa prática precisou passar por readequações em razão da pandemia de Covid-19. O cuidado domiciliar ficou muito restrito por causa das normas sanitárias, mas também foi uma das formas mais efetivas de manter os usuários afastados das crises provocadas pelo isolamento.

Chegamos no final de 2021 com a prática de cuidado compartilhado em saúde mental entre CAPS e APS em Mafra em pleno funcionamento, com suas dificuldades, avanços e desafios. Novas oportunidades de qualificação dessa experiência premiada de Mafra foi a Curadoria do Programa IdeiaSUS da FIOCRUZ/RJ que vem sendo realizada em grande parte de modo virtual.

O processo de produção do cuidado de maneira compartilhada em saúde mental é uma realidade no município de Mafra, que só é possível em virtude da dedicação de todos(as) integrantes das equipes do CAPS, APS e NASF, assim como de todos(as) que direta ou indiretamente trabalham para que esse cuidado compartilhado seja possível, motoristas, setor de transporte, gestão e comunidade.

Esse percurso segue relatado por quem viveu essa prática em saúde em uma perspectiva de sistematização do vivido. Ao considerar as concepções que orientaram esse percurso e a necessidade de explicitar o processo de produção de conhecimento, a sistematização de experiências proposta por Oscar Jara Holliday³ foi a referência metodológica, por trazer uma abordagem problematizadora, reflexiva e participativa que proporciona o envolvimento das pessoas diretamente vinculadas à implementação dessa experiência.

A sistematização coletiva vai além da organização de informações ou do simples relato de experiência, significa evidenciar o processo histórico, dinâmico e inesgotável, devendo ser analisado com base em uma perspectiva crítica se colocando como instrumento metodológico potente para a efetivação de uma prática transformadora. Assim, estrutura-se em cinco tempos: o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, as reflexões de fundo e os pontos de chegada (Jara, 2012).

3 Oscar Jara Holliday é educador popular, docente e formulador da Sistematização de Experiências como forma de produção do conhecimento que emerge das práticas do cotidiano em diálogo com outras abordagens de referência das temáticas que elas apresentam.

Com base nessa experiência, as perguntas orientadoras do processo de reflexão desta prática são: Por que surgiu a necessidade de realizar as visitas compartilhadas entre os profissionais do CAPS com os da APS em Mafra? Como se deu o processo de construção e implementação das visitas compartilhadas no cuidado integral à saúde mental no município de Mafra/SC? Quais os resultados/impactos desse processo no SUS? Que desafios se colocam?

Para dar conta dessas questões foram definidos os objetivos e eixos temáticos, e passou-se para a recuperação do processo vivido que objetiva reconstruir a história desta Prática de Visitas Compartilhadas entre o CAPS e a APS em Mafra/SC, ordenar e classificar as informações. A partir dessa memória viva trazemos elementos para problematizar, analisar, sintetizar e interpretar criticamente o sentido dessas experiências no SUS. Por fim, apresentamos as considerações e os aprendizados dessa experiência do SUS que dá certo.

A singularidade vivenciada neste percurso evidencia a potência das ações conjuntas entre profissionais de saúde de diferentes pontos das redes de atenção à saúde, em especial, a saúde mental, em diálogo e interação com as usuárias e os usuários do SUS.

2. O PERCURSO DAS PRÁTICAS COMPARTILHADAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A visita domiciliar é uma das práticas fundamentais no cuidado às pessoas na Atenção Primária em Saúde como forma de se mover no território (Cunha & Sá, 2013, p. 64). O desafio inovador de desenvolver a prática da visita domiciliar compartilhada entre profissionais do CAPS e da APS em Mafra teve início em março de 2017 com a participação e colaboração de muitos atores, dentre eles, os(as) trabalhadores(as) do CAPS, do NASF e da APS.

Essa prática começou a tomar forma por uma demanda percebida pela equipe do CAPS na qual os profissionais da Atenção Primária em Saúde os acionavam frequentemente via telefone ou via escrita

relatando casos de usuários da rede que precisavam de atendimento especializado do CAPS, mas por vários motivos, dentre eles a distância ou a resistência em ser atendido em um serviço para “loucos” não se conseguia fazer o encaminhamento. Dessa forma, seria importante fazer o matriciamento da equipe da APS e, em muitos casos, para além disso, a realização do cuidado compartilhado entre APS e CAPS, principalmente por meio da visita domiciliar compartilhada. Outro fator importante a ser citado é que essas visitas passariam a ser realizadas para evitar encaminhamentos desnecessários.

Um desses casos ocorreu em maio de 2019 quando a enfermeira do ESF entrou em contato solicitando uma visita domiciliar compartilhada para Joaquim,⁴ um usuário etilista crônico em surto psicótico por uso abusivo de substâncias psicoativas. Ele pediu ajuda a ACS durante visita de rotina.

A equipe do CAPS, juntamente com a equipe do ESF, realizou a primeira Visita Compartilhada e, durante essa visita, o usuário contou sobre os últimos acontecimentos e reconhecendo a sua situação precária de saúde aceitou o atendimento, todavia não conseguiria ir até o CAPS por causa da distância da sua residência. Durante esse período foi atendido numerosas vezes pelas equipes, tanto do ESF, quanto do CAPS. Em novembro de 2019 Joaquim estava enfraquecido, pouco comunicativo, recebia cuidados em domicílio (Reidratação EV). Durante a pandemia de Covid-19 continuou sendo atendido pela equipe de ESF e do CAPS que realizava busca ativa e contatos telefônicos.

Em meados de setembro de 2021 foi observado pelas equipes uma melhora significativa do usuário, que demonstrou muita gratidão aos profissionais que o atenderam no período de crise. Nesse momento, Joaquim conseguiu ir até a ESF para consultas de rotina e não está mais sendo necessário os atendimentos do CAPS.

⁴ Nome fictício.

Figura 1. Equipe do CAPS I Casa Azul em visita conjunta no interior do município com a enfermeira do ESF e a assistente social do NASF assistentes



Fonte: Arquivos da Unidade.

Outro caso impactante para a equipe foi o da auxiliar de enfermagem Maria,⁵ que estava afastada das suas atividades profissionais havia algum tempo por estar com um enfisema pulmonar importante em virtude de ser fumante de longa data. Maria morava com a irmã, que tinha deficiência física e intelectual, e não tinha apoio de outros familiares. A residência ficava localizada em um bairro da cidade com ESF presente, assim como equipe de NASF. Tais equipes prestavam atendimento à Maria.

A casa onde Maria morava com a irmã tinha péssimas condições de higiene, e ela, apesar de ter sido profissional da área da saúde, não estava conseguindo organizar-se nas atividades de vida diária,

⁵ Nome fictício.

tendo dificuldades até para fazer uso adequado das medicações. Já estava com muita dificuldade de locomoção por fazer uso de oxigênio contínuo.

Maria começou a apresentar fortes desejos de morte, cortou o cateter de oxigênio e apesar de estar sendo atendida pela psicóloga do NASF, enfermeira e médico da ESF, não aceitava ir ao CAPS para consultar um especialista ou ser internada em um hospital geral para melhorar a sua condição respiratória. A equipe, vendo que Maria estava em situação de risco para a sua própria integridade física, optou por tentar um internamento involuntário, o que infelizmente, resultou em rompimento do vínculo com a equipe da atenção primária.

Dessa maneira, o CAPS foi acionado e optou-se por se fazer uma visita compartilhada entre o psicólogo do CAPS e a Agente Comunitária de Saúde. A ação foi positiva. Maria passou a ser acompanhada também por enfermeira, médico e assistente social do CAPS, que posteriormente se revezavam em um cuidado semanal e integrado, com dispensação de medicamentos, troca do cateter de oxigênio, cuidados gerais com sua saúde e com a higiene em suas escaras, consequência dos longos períodos em que ficava deitada na cama. Essa intervenção fez Maria aceitar ir ao CAPS para uma consulta médica, o que sinaliza que aquela sua resistência inicial quanto a ir a uma Unidade de Saúde Mental foi desfeita.

Maria teve altos e baixos na sua condição de saúde no período em que foi acompanhada de maneira compartilhada. Todavia, infelizmente, houve um incêndio em sua casa e Maria faleceu de forma trágica. Na imagem simbólica do cacto florido, a expressão das lembranças de um cuidado centrado na pessoa que as equipes de Mafra prestaram a essa usuária, que foi entrevistada no Documentário realizado sobre essa experiência.

Figura 2. O cacto que insistia em florescer no portão da casa de Maria (*in memoriam*)



Fonte: Arquivos da Unidade MAFRA/SC.

Antes de realizarmos as visitas compartilhadas entre CAPS e APS às pessoas em sofrimento psíquico, a realidade do município de Mafra era de que grande parte de usuárias e usuários de saúde mental eram encaminhados para o CAPS. Assim, sentiu-se a necessidade de realizar capacitação dos profissionais da atenção primária em assuntos referentes à saúde mental, e também, deixar a equipe do CAPS disponível para esses trabalhadores (as) para eventuais consultas, matriciamento e trabalho em conjunto. Dessa forma, se

previa que aconteceriam menos encaminhamentos e mais objetivos atingidos na atenção primária na área da saúde mental.

A dinâmica durante a visita domiciliar é de que os profissionais envolvidos avaliassem qual a prioridade de cada indivíduo e organizassem o manejo e o planejamento conjunto de ações do projeto terapêutico individual de cada usuário(a), assim como o da sua família.

No início da execução da prática, as visitas domiciliares conjuntas começaram em um dia fixo e agora estão em um calendário por Unidade Básica de Saúde, em uma tentativa de otimizar as visitas que são de rotina e as emergenciais.

Uma das maiores dificuldades que vem desde o início dessa experiência é de ordem logística por falta de transporte disponível para a realização das visitas compartilhadas. Infelizmente, ainda há muitos problemas com transporte para as visitas e a rotatividade de profissionais na atenção primária que vai enfraquecendo a prática. Com a pandemia de Covid-19 foram necessárias várias mudanças na forma de organização das visitas, mas existe um calendário para a sua realização.

Segue relato de uma enfermeira de ESF que recebe o apoio da equipe do CAPS nos atendimentos de saúde mental em visitas compartilhadas:

A visita domiciliar é a melhor maneira de conhecermos o território, o domicílio e, principalmente, a realidade e necessidade da família ou de cada usuário que busca ajuda ou que vemos nele a carência. Sabemos que cada usuário possui sua peculiaridade, e que a equipe precisa estar preparada para suprir a necessidade, e desta forma, criar um vínculo de confiança para obter resolutividade nas ações e atendimentos. Dentro deste contexto, partilhamos da mesma ideia, destacando a extrema importância da presença e apoio da equipe multidisciplinar para o enfrentamento diário, sendo assim, podemos dar grande destaque à equipe do CAPS, que nos apoia constantemen-

te com eficiência e positividade para resolução, objetividade, clareza e assertividade no que diz respeito ao trabalho em equipe, para também, desta forma, recuperar ou dar ao paciente segurança e autoconfiança para encarar e lutar para sua melhora e ter uma vida mais saldável possível (Mafra, 2020).

Nos dois primeiros anos da experiência, 2017/2018, foram realizadas 54 visitas domiciliares conjuntas. É de prática do CAPS fazer visitas domiciliares, mas esse processo de fazer em conjunto com a atenção primária, seja por médico, agente comunitário, enfermeiro ou técnico de enfermagem, é um processo que foi se realizando aos poucos, como rotina, e hoje percebe-se que esses profissionais já têm uma segurança em pedir ajuda aos profissionais de saúde mental quando sentem tal necessidade. Assim, atingiu-se o reconhecimento de que saúde mental também se trata no território. Ao reconhecer que não necessariamente tudo precisa ser encaminhado, é possível tentar resolver juntos, especialmente porque as questões saúde mental envolvem a família e a família está no território, e esse território pertence à Atenção Primária em Saúde, então é fundamental fazer esse planejamento dentro desse território. Às vezes, é necessário acionar a Rede Intersetorial (Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Habitação, CRAS, CREAS, Ministério Público, entre outros), porque as questões que envolvem o “psicossocial” vão muito mais além do que pode ser resolvido pelos profissionais de Saúde.

Depois que iniciou a pandemia de Covid-19 o processo se intensificou, foram necessárias adaptações e as visitas acabaram aumentando a fim de cuidar, manter os medicamentos em dia e garantir a vacinação e os cuidados de prevenção da pandemia.

Fizemos um levantamento de 2016 até 2021 — os valores podem ter variações porque houve mudança de sistemas de prontuário eletrônico, mas em 2016 o número de visitas foi de 50. Em 2017, quando iniciou esse processo de visita domiciliar compartilhada, ti-

vemos 31 visitas. Depois que o processo começou a ser sistematizado por meio dos treinamentos com as equipes, houve um aumento significativo de visitas, sendo que 2020 foram 256, e em 2021 foram realizadas mais de 290 visitas.

Hoje se percebe o quanto o processo de sistematizar a experiência vivida fazendo o resgate histórico de como ela chegou até os dias de hoje, é fundamental para a percepção de como em conjunto ampliamos uma “política pública de saúde mental”. Todavia, a prática só se mantém se as capacitações forem constantes e todos os atores estiverem envolvidos e fortalecidos.

Figura 3. Equipe do CAPS I Casa Azul em visita domiciliar conjunta com APS no interior do município



Fonte: Arquivos da Unidade.

2.1. MOMENTOS MARCANTES DO PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DA REDE QUE CONTRIBUÍRAM PARA A PRÁTICA DE VISITAS COMPARTILHADAS ENTRE CAPS E APS EM MAFRA

Em 2017 foi realizado um diagnóstico da situação no município. Havia muitos encaminhamentos para o CAPS e muita dificuldade em acionar a APS para contrarreferências. Percebeu-se uma distância entre os serviços e o trabalho em saúde mental. A população em geral, assim como os profissionais da rede tinham uma visão de que o atendimento em saúde mental era realizado apenas no CAPS, necessitando urgentemente integração dessa rede de saúde. Foi iniciado um processo de formação e de cuidado com os(as) trabalhadores(as) da rede com a utilização das práticas integrativas e complementares para aumentar o conhecimento e o reconhecimento entre as equipes.

Essas práticas eram feitas depois do trabalho, desenvolvidas na Policlínica Municipal, com convite aberto às pessoas de todos os serviços que tivessem interesse em participar. Eram realizadas algumas das Práticas Integrativas e Complementares preconizadas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC/SUS (Brasil, 2006) como danças circulares, auriculoterapia que, com o melhor reconhecimento entre as equipes, iniciou-se com os setores envolvidos com saúde mental com reuniões realizadas mensalmente. Junto à reunião de saúde mental, implementou-se um grupo de saúde mental no WhatsApp, “uma patrulha”, principalmente para ajudar no cuidado das pessoas que tiveram tentativas de suicídio e a busca ativa precisava ser precoce, e nesses espaços se fazia a troca de informações relacionadas aos usuários.

Em julho de 2018, foi apresentada pela primeira vez a prática de planejamento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) do município na Mostra “*Aqui tem SUS*” em nível estadual, sendo premiada. A organização da RAPS foi feita em forma de fluxo que está na página da Prefeitura Municipal da Secretaria de Saúde, acessível para todos usuários, familiares e profissionais que podem saber como

funcionam os serviços de saúde mental e quais as características de cada serviço. Os profissionais, por meio desse fluxo preestabelecido, sabem para onde encaminhar as usuárias e os usuários, evitando que eles fiquem “pipocando” de um serviço para o outro sem resolução do seu problema. Esse processo contribuiu muito na organização dos atendimentos. Entretanto, ainda existem vários problemas, e, continua-se fazendo esse diagnóstico no dia a dia, para tentar resolvê-los.

Em relação a organização do fluxo da rede de saúde mental no município essa prática de Mafra ganhou um prêmio de melhor experiência na temática da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na *15ª Mostra Brasil aqui tem SUS*, em Belém/PA. Em setembro de 2018, a experiência foi apresentada no Primeiro Fórum de Saúde de Mafra, evento esse que foi muito importante, principalmente para obter o apoio do Conselho Municipal de Saúde e das outras entidades.

Em dezembro de 2018 a experiência de reorganização da RAPS ganhou uma Menção Honrosa a Câmara de Vereadores de Mafra/SC.

Figura 4. Débora Popadiuck (psicóloga do Nas) e Adriana Moro (coordenadora do CAPS I de Mafra) recebendo a menção honrosa pela prática de reorganização da RAPS, projeto que tem como coautoria Ariane Woel, assistente social da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra



Fonte: Arquivos da Unidade.

Em 2018/2019 aconteceram vários encontros no Planalto Norte Catarinense com a participação das equipes de APS e de saúde mental, fortalecendo, assim, as práticas em saúde mental. Em fevereiro de 2019, deu-se início às capacitações em saúde mental para a RAPS, a fim de que esse trabalho fosse feito em conjunto e todo mundo soubesse do que se estava tratando.

Realizou-se o primeiro treinamento para médicos(as) da Atenção Primária em Saúde sobre o fluxo de saúde mental na rede e o manejo da depressão na APS, para que eles também pudessem reter alguns usuários com ajuda do NASF, com o apoio dos(as) psicólogos(as) principalmente do NASF, e dos profissionais do serviço social, para não produzir demandas desnecessárias para dentro do CAPS.

Em março de 2019, houve capacitação de 26 profissionais da nossa RAPS para fazerem auriculoterapia. Isso empoderou muito, principalmente enfermeiros(as) da atenção primária, para os que estivessem produzindo cuidado em saúde mental. Em maio de 2019 uma nova capacitação foi efetivada, dessa vez sobre matriciamento em saúde mental. Foram formados todos os profissionais de nível superior. Tal capacitação foi feita pelo SENAC. Isso porque nós estávamos de olho nessa nossa prática exitosa que precisava muito desse olho matricial para acontecer.

Em abril de 2019, foi apresentada a prática das visitas compartilhadas entre APS e CAPS em saúde mental no encontro estadual na cidade de Piratuba, a qual ganhou o prêmio, e fomos convocados para ir até Brasília para apresentação em âmbito nacional.

Em junho de 2019, foi realizada a capacitação sobre o manejo da crise em saúde mental para os profissionais da RAPS do município. Houve também capacitação para os(as) ACS, relacionada à dependência química, para que esses profissionais pudessem orientar a família quando necessário. Em julho de 2019, houve uma capacitação para toda a rede sobre Dependência Tecnológica. Participaram também o Conselho Tutelar, a Secretaria de Assistência e os funcionários do Fórum.

Em setembro de 2019, realizou-se o seminário de prevenção ao suicídio, que acontece desde 2015 no município, organizado pelas profissionais Ariane Woel e Débora Popadiuck, em parceria com o restante da rede.

Em dezembro de 2019, houve capacitação sobre a técnica Open Dialogue, uma nova abordagem de saúde mental para atender as crises no domicílio.

Figura 5. Profissionais da RAPS de Mafra com o psiquiatra Marcelo Dias Fontes (nossa homenagem aqui — *in memoriam*)



Fonte: Arquivos da Unidade.

Em 2019, o CAPS iniciou a produção de um Mapa Inteligente, que consistia na representação gráfica das usuárias e dos usuários de acordo com seu grau de risco atual (leve, moderado ou grave) e suas unidades de origem em um mapa do município. Infelizmente, a equipe apresentou dificuldades para manter o mapa, o que inviabilizou sua continuidade.

Ainda em 2019, foi apresentada a experiência da visita compartilhada em nível nacional, ganhado o prêmio de melhor experiência

do estado de Santa Catarina, esse prêmio foi a gravação *Webdoc*, amplamente divulgado no *site* do CONASEMS.

Figura 6. Junto com as autoridades: a ex-secretária de Saúde de Mara Jaqueline Previatti Veiga e a técnica de enfermagem do CAPS Patrícia Wormsbecker recebendo a premiação nacional pela experiência exitosa da visita domiciliar compartilhada



Fonte: Arquivos da Unidade.

Esse *Webdoc* foi gravado nos domicílios dos usuários e das usuárias onde faz-se o cuidado compartilhado com a atenção primária. Visitou-se as ESF, agentes comunitárias e usuários(as). A gravação do *Webdoc* foi um momento de realização pelos profissionais de saúde terem seu trabalho reconhecido.

Em 2020, por conta da pandemia de Covid-19, a prática precisou ser reinventada. Foram feitos protocolos pelo Ministério da Saúde acerca de como e quando as visitas domiciliares deveriam ser feitas.

Como não podiam ser feitos atendimentos em grupo, profissionais que conduzem as oficinas, psicopedagoga, naturóloga, artesão e terapeuta ocupacional começaram a planejar materiais terapêuticos de acordo com a temática daquele mês para serem feitos em casa e também sempre verificando qualquer impossibilidade daquele usuário. São oficinas que não são artesanato por si, mas oficinas que têm significado. Foram embaladas com os devidos cuidados sanitários e entregues uma vez ao mês para todos os 120 usuários que vinham regularmente nas oficinas. Nas primeiras visitas para entrega dos *kits* foram também entregues máscaras aos usuários, confeccionadas pela artesã do CAPS, pois é sabido que os usuários, às vezes, não têm condições de ter máscara, então era necessário oferecer esse cuidado.

O processo da arteterapia é muito rico dentro da saúde mental e oferecê-lo à distância foi uma oportunidade que abriu a cabeça da equipe para novas possibilidades. Durante as entregas foi possível verificar como os usuários estavam e dar os devidos encaminhamentos e, se necessário, outros tipos de intervenção.

Em 2021, iniciou-se a Curadoria em Saúde IdeiaSUS, por meio da qual pode-se perceber que o processo de sistematizar uma prática é excelente para organizar também o processo de trabalho, verificando os avanços ou potencialidades e o que ainda está aparecendo como dificuldades ou fragilidades. Foi necessária uma melhor integração de todos os profissionais envolvidos nessa prática, sendo essa prática do município uma referência em nível nacional para o cuidado em saúde mental.

Em conjunto com a curadora e as capacitações fornecidas pelo Programa IdeiaSUS da FIOCRUZ foi possível pensar em novas abordagens para a compreensão dos profissionais sobre os processos de territorialização e de construção participativa de ações de intervenção e/ou de interação com os atores sociais nos territórios. Nessa perspectiva, a oficina de Cartografia Social, que já era realizada com os(as) usuários(as) pela assistente social do CAPS, ganhou força e

novos sentidos com as vivências e as reflexões feitas pela Curadoria do Programa IdeiaSUS com as equipes das Práticas Premiadas envolvidas. Com objetivo de identificar as relações e as ligações com a família e a comunidade, discutir sobre o suporte familiar e comunitário, a rede de cuidados, fortalecer os vínculos, e também com quem o(a) usuário(a) e a equipe podem contar no momento da crise, as oficinas de Cartografia Social são potencializadoras do protagonismo ativo e participativo.

3. REFLETINDO SOBRE OS CAMINHOS PERCORRIDOS E O IMPACTO DAS VISITAS COMPARTILHADAS

Esta breve retrospectiva histórica realizada coletivamente com a equipe sobre os caminhos percorridos na implementação da prática de Mafra/SC intitulada *A potência da visita compartilhada entre o CAPS e a Atenção Básica em Saúde Mental* evidencia que o maior desejo sempre vem sendo a garantia de que as visitas compartilhadas se consolidem como prática de gestão do cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade, da equidade e da universalidade (Brasil, 1988).

As visitas domiciliares conjuntas entre CAPS e APS como uma Prática de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no município de Mafra, vem produzindo impactos, quais sejam:

- a) Profissionais de Saúde qualificados e capacitados sobre:
Redes de Atenção em Saúde Mental, matriciamento, manejo em situações críticas em saúde mental cuidados com pessoas com dependências química e tecnológica, Open Dialogue, Prevenção ao suicídio, cuidados em saúde aos(às) trabalhadores(as) da saúde, Práticas Integrativas e Complementares no SUS, dentre outras temáticas definidas conjuntamente;
- b) Reorganização dos processos de trabalho na perspectiva da implementação das RAPS com reuniões, encontros, pro-

- cessos formativos, busca ativa, organização de Mapa Inteligente de cada território indicando as situações limites, os usuários, as potencialidades e as fragilidades existentes nesses territórios;
- c) Ampliação do acesso do cuidado em saúde aos usuários através das visitas domiciliares compartilhadas que a cada ano aumentaram. De 57 visitas, passando para 256 em 2020, e 290 visitas em 2021;
 - d) Construção de ações intersetoriais como o Grupo de Saúde Mental e a Patrulha, para busca ativa em prevenção do suicídio; encontros semanais de reflexão e construção das estratégias de cuidado;
 - e) Reinvenção do cuidado em saúde mental aos usuários e seus familiares em que os profissionais do CAPS vão contribuindo no processo de matriciamento em conjunto com os profissionais da atenção primária.
 - f) As oficinas coletivas realizadas por profissionais do CAPS (pedagoga, naturóloga e terapeuta ocupacional) com foco nas necessidades de cuidado das usuárias e dos usuários;
 - g) A (re)estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a organização do fluxograma de funcionamento dessa rede no SUS em articulação interprofissional e intersetorial;
 - h) A qualificação conjunta dos profissionais em estratégias e ferramentas para o trabalho nos territórios como o Genograma e Ecomapa para abordagem individual, familiar e comunitária.

Esta prática transversal tem o compromisso das equipes de profissionais da saúde e da gestão para que ela aconteça e se fortaleça visando o bem-estar das usuárias e dos usuários do SUS.

A construção desta experiência pode ser ancorada naquilo que Freire (1980b) traz como situações-limite que se constituem como

dificuldades existentes e que os atores sociais percebem que têm força e potencialidade para enfrentar e criar iniciativas e possibilidades de superação construindo o inédito viável, o inovador. A experiência de cuidado compartilhado em saúde mental inserido desde a visita domiciliar aos demais pontos da rede de saúde, caso seja necessário, constrói formas de produzir cuidado e saúde a partir de cada pessoa em sua família e em seu território, e ampliando as possibilidades e estratégias para a melhoria das condições de vida e saúde.

Essa experiência ainda tem desafios para a sua continuidade estratégica independentemente de quem esteja na gestão, a necessidade de qualificar os processos de planejamento, discussão dos casos e construção dos Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com as ESFs e o CAPS para as visitas compartilhadas. Por vezes, essas visitas surgem como demandas emergenciais e, por conta disso, acaba existindo pouca discussão sobre os casos. Para resolver essa problemática que emergiu dos encontros com a curadora pretende-se discutir um calendário mais abrangente de encontros com as ESFs. A equipe acaba visitando usuárias e usuários que estão mais graves das Unidades de Saúde ou que as equipes dessas Unidades solicitam, ou visitas recorrentes para demandas do Ministério Público que não estavam programadas. Há necessidade de também conseguir cumprir a lista de usuárias e usuários que precisam fazer o matriciamento e não somente resolver as situações emergenciais.

Outro desafio importante é a necessidade do transporte fixo no CAPS para fazer estas visitas em razão das distâncias existentes no município, tendo em vista que o território de Mafra é muito grande, é preciso despender de um turno inteiro para realizar visitas em algumas localidades.

Outra dificuldade é a articulação da agenda do CAPS com as agendas das equipes de Atenção Primária em Saúde. Os profissionais precisam ter o mesmo período disponível para que a visita possa acontecer de forma conjunta.

É importante continuar sensibilizando as equipes de atenção primária de que o cuidado em saúde mental deve ser compartilhado. Assimilar que cada usuário(a) não é do CAPS ou da Unidade Básica de Saúde, mas de toda a rede do SUS. Mesmo que uma pessoa seja acompanhada pelo CAPS, ela e sua família podem e devem ser acolhidas e cuidadas também pela equipe de atenção primária como parte de pertencimento do território local.

A fim de trazer maior efetividade na resolução dos problemas, antes e depois das visitas domiciliares, é relevante efetuar o estudo do caso clínico e da situação de saúde, assim como, outras orientações relacionadas aos processos de matriciamento em saúde mental como aponta Chiaverini (2011).

Um ponto interessante sobre a reinvenção do cuidado durante a pandemia é que as atividades foram pensadas também para o envolvimento das famílias, de forma que todos(as) pudessem interagir naquela mesma casa. A integração da família na execução de atividades terapêuticas conjuntas entre usuários e familiares dão ótimos resultados e será uma tendência a se qualificar no próximo período.

Há desafios relativos à qualificação das oficinas com as usuárias e os usuários para que possam ser melhor aproveitadas. É um tipo de abordagem que tem peculiaridades e requer que as reflexões e avaliações tenham diferencial capaz de elucidar as potencialidades de vida e saúde presentes em cada usuário(a).

Foi conseguido um bom resultado ao longo de 2021, principalmente em relação a manutenção do vínculo terapêutico com esses usuários, por conta também das visitas para entrega das atividades (oficinas) e não somente por conta das visitas compartilhadas.

Em todo o trabalho busca-se manter o CAPS como uma estrutura de porta aberta para usuárias e usuários, mas é um ponto da Rede Psicossocial fundamental para as outras equipes de atenção à saúde, a fim de que tenham capacidade de manejar os casos de saúde mental na APS com o apoio do CAPS e que cada pessoa que acessa

os serviços de saúde, seja da rede toda podendo circular livremente entre todos os pontos de atenção à saúde no SUS.

Quando o trabalho é em rede flui melhor, e o interessante é que muitas vezes aquilo que a gente não vê o outro percebe. É desejoso olhar melhor o percurso de usuárias e usuários nos diferentes pontos da rede e identificar as dificuldades ou fragilidades no acesso e/ou no atendimento.

Outra potencialidade de gestão e de educação na saúde do município é a existência do Núcleo de Educação Permanente (NEP) com a Secretaria Municipal de Saúde, onde são decididas as temáticas de educação permanente que serão requisitadas à Secretaria, respeitando o Plano Municipal de Saúde vigente. Assim, é importante incluir sempre a temática de educação permanente em saúde mental e trabalho interdisciplinar e multisetorial para fomentar práticas exitosas no SUS.

4. A CURADORIA EM SAÚDE: O DESAFIO DE APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR PRÁTICAS E SOLUÇÕES EM SAÚDE

Quando o Programa IdeiaSUS decide organizar o processo de Curadoria, de construir este acompanhamento das práticas e de sistematização, esse processo torna-se uma estratégia de produção do conhecimento que emerge das experiências e das práticas cotidianas. Então, a experiência de Mafra, além de ser uma prática que está dando certo no que tange a melhoria e a qualificação do cuidado em saúde mental, está se constituindo como uma referência não só no estado, mas no nível nacional. É por tal motivo que estamos recebendo o inestimável apoio da equipe do Programa IdeiaSUS. A sistematização é a base desse processo de produção do conhecimento compartilhado e é o principal motivo para que as pessoas estejam engajadas nas experiências aqui abordadas.

No caso de Mafra, algumas pessoas viveram a experiência desde o seu início, e outras que foram inseridas no meio do caminho. O que

importa é estar na prática, fazer parte desse processo e passar a ser protagonista junto com os demais.

Desde 2017 até o momento atual, a prática de visitas domiciliares conjuntas se mantém e há um grande trajeto que já foi percorrido. Essa prática torna-se fundamental como exemplo de possibilidade de cuidados para outros municípios, e são dessas iniciativas locais que emergem as Políticas Públicas. Ancorados em Giovanella (2009) reconhecemos a importância da participação de atores sociais na formulação, construção, implementação, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas. A Prática Exitosa que aqui se apresenta é parte da implementação do SUS, uma conquista do povo brasileiro na garantia da universalidade, integralidade, equidade da atenção à saúde de forma descentralizada, regionalizada, em rede e com participação e controle social, princípios basilares preconizados na Constituição Federal de 1988 e nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 (Brasil, 1988; 1990).

Essa experiência já está reconhecida nacionalmente com o prêmio que recebeu por se constituir em uma prática inovadora, potente e fundamental. Hoje, com todo esse tempo de construção, essa prática já está se colocando como o SUS que dá certo. Na verdade, não é só da saúde mental que a visita compartilhada é um potente instrumento de cuidado, mas o cuidado com as pessoas em geral, acaba construindo outros vínculos e outras formas de cuidar da família e da comunidade como um todo.

Uma das principais estratégias de ativação dessa prática foram realmente os momentos de formação, de capacitação, de qualificação das equipes, que na verdade se constituem como encontros de educação permanente em saúde com trabalhadores(as) na área de saúde mental e do conjunto de profissionais do SUS.

Foram vários processos que ajudaram a capacitar os diferentes trabalhadores(as) da rede. As categorias profissionais receberam capacitações homogêneas em alguns momentos. Em outros, as atividades formativas se deram de forma misturada, mas o interessan-

te é que, para cada período de capacitação que foi aparecendo, era um **processo de formação, de reflexão** que ajudava a superar, qualificar e implantar na rede de atenção à saúde. Foi realizada primeiramente uma capacitação para implantação da rede de atenção psicossocial, capacitação com agentes comunitários sobre dependência química e outros temas afins da área de saúde mental; com enfermeiros(as) e técnicos(as) sobre acolhimento; com médicos(as) sobre a estratificação de saúde mental e tratamento das depressões leves. Depois com o máximo de profissionais da rede possível, foi realizada uma capacitação para o Mmatriciamento. A educação permanente foi um dos marcos para a sustentabilidade da prática de visitas compartilhadas, pois foi transversal a toda essa experiência.

Os processos de Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2019) colocam o cotidiano dos serviços em reflexão e a produção de conhecimentos que possibilitam a qualificação do agir em saúde, no que se refere à clínica/atenção à saúde, aos processos de trabalho, de gestão, de formação e de participação social.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) em Mafra/SC se materializa por meio do Núcleo de Educação Permanente da SMS e das estratégias educativas e ações realizadas que foram centrais para a efetivação desta prática.

Além disso, a educação popular em saúde vem perpassando este processo, mesmo sem o reconhecimento merecido. Os processos educativos realizados trazem a perspectiva problematizadora da realidade e das relações, o diálogo, a construção compartilhada de saberes e práticas, a aprendizagem que se dá o tempo todo e com o corpo inteiro, o cuidado e a amorosidade como bases dos processos, são alguns dos elementos orientadores que afirmam a presença viva e pulsante do legado de Paulo Freire na Saúde.

Paulo Freire está vivo no processo de implementação desta experiência em Mafra, toda vez que o cuidado é integral e produz mais vida, mais autonomia e mais aprendizados sobre o corpo de cada pessoa que se apresenta em suas singularidades. Se expressa toda

vez que os processos educativos e de cuidado promovem a vida, a autonomia, a participação social, a esperança e a dignidade.

As forças democráticas e populares promoveram a participação social no SUS e conquistaram a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS/SUS) em 2013, conforme segue:

A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013, p. 1).

Ainda, essa Política no SUS é orientada pelos seguintes princípios: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Outro aspecto muito forte é o **engajamento do conjunto dos envolvidos** que estão no serviço. Esse protagonismo de trabalhadores(as) é muito forte no projeto em uma perspectiva e atuação multiprofissional e intersetorial. Durante toda a caminhada da prática foi aparecendo a singularidade de cada profissional, fazendo seu diferencial na construção do trabalho como um todo. Esse elemento passa a ser estratégico, pois quando queremos construir uma experiência, para que ela seja efetiva, ela precisa ter o protagonismo de quem faz acontecer, e, no caso da experiência de Mafra este elemento está muito presente — essa interação entre trabalhadores(as), entre as equipes, e também com a gestão.

Esse engajamento pode ser compreendido como compromisso, a implicação e o afeto de trabalhadores(as) e das equipes no cuidado compartilhado em saúde mental como parte constitutiva da produção do cuidado e de saberes.

Merhy colabora nessa reflexão sobre a implicação

A situação do sujeito implicado com a ação protagonística não promete *a priori* a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência epistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagonística pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Neste tipo de construção a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente autoanalítico. Este processo é inacabado e desejante, ondeem que todos são protagonistas do percurso que vai sendo realidade. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante. Sempre se repondo, como instituído e instituinte. O saber operado e produzido como um misto permanente de conhecimento sobre e conhecimento para (Merhy, 2016, p. 14)

O vínculo também marca essa experiência como potencialidade estratégica para a construção de processos de cuidado integral e equânime. Pode ser percebido nas mensagens e imagens de usuários(as) que falam por si.

Figura 7.



Fonte: Arquivo da Unidade de Saúde.

Na foto Mandala construída pelos usuários(as) nas oficinas de autodesenvolvimento enviadas para serem feitas em domicílio no período da pandemia evidencia o afeto e o vínculo estabelecido. Chama-se Mandala da Reconstrução e foi composta por pequenos pedacinhos de histórias. Todas as histórias são capazes de desenvolver compaixão, é uma questão de desembraçar o nosso olhar do emaranhado de pensamentos que criamos ao longo da vida.

A visita domiciliar compartilhada é uma estratégia de construção do trabalho, mas ela poderia logo se desfazer se não fosse uma construção efetiva, com o cuidado de construir isso como um caminho, uma trilha, a ser implementada pela rede de atenção à saúde.

Outro elemento central é a construção de ferramentas para a qualificação da produção de cuidado nos territórios como: a implementação do Genograma, do Ecomapa e do Mapa Inteligente para a realização dos processos de territorialização e abordagem individual, familiar e comunitária. O desafio de construir cartografias so-

ciais se colocou durante o processo de Curadoria, assim como, de realização de mapa falante e planejamento estratégico situacional e abordagens participativas para a qualificação da prática com a interação com o território e os usuários.

Outra categoria fundamental desse processo é a construção de Projetos Terapêuticos conjuntos para os usuários e seus familiares. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de possibilidades de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário. Se coloca como possibilidade perante situações complexas de cuidado em saúde. No caso da saúde mental, grande parte de usuários se enquadram em casos complexos (Oliveira, 2017).

A Curadoria em Saúde vem se constituindo nesse “entre lugares” como ativadora de motivações, de trazer novas lentes para as equipes olharem para o vivido e seus processos e na perspectiva de que os protagonistas se reconheçam como produtores(as) de cuidado humanizado e transformadores(as) das relações com os usuários e os serviços.

Assim, a Curadoria orientou a organização do registro da prática, nas suas várias possibilidades: desde a atualização da publicação na Plataforma Colaborativa IdeiaSUS FIOCRUZ, passando pela construção de roteiro de vídeo e registro em imagens, realização de Oficina de Imagem com orientação da VideoSaúde FIOCRUZ, Oficina de construção do Capítulo do livro, apoio às diversas formas de registro (escrito, vídeo, áudio, da prática de saúde).

Além disso, a Curadoria estimulou o apoio da gestão municipal de saúde, a participação do controle social no seu território, a educação integral de ensino-serviço e as ações intersetoriais da prática de saúde.

Para o desenvolvimento e sustentabilidade da prática de saúde é um desafio implementar a metodologia da Curadoria dialogando sobre agendas e relações com a gestão pública do município, da SMS e de serviços.

Entre as ações, consideramos essencial estimular a busca de apoio do controle social no seu território e a Câmara Municipal de Vereadores para o desenvolvimento e da sustentabilidade da prática de saúde, assim como o desafio de implementar a metodologia da Curadoria em saúde com a FIOCRUZ. Também, o desenvolvimento de atividades de educação, integração ensino-serviço e educação popular envolvendo todos os atores da prática de saúde foi demanda estratégica da Curadoria.

O estímulo ao desenvolvimento de ações intersetoriais da prática de saúde, com outras secretarias e órgãos municipais, estaduais e nacional, visando a transversalidade das ações de saúde com as demais políticas públicas foi outro desafio assumido. A pactuação do trabalho com a equipe, estimulando o processo coletivo, participativo e de cogestão para o desenvolvimento da prática de saúde, envolvendo a participação de todos os atores envolvidos, profissionais de saúde e usuários é uma aspecto a ser ressaltado. A reflexão e o desenvolvimento da sistematização das práticas de saúde através da troca, da escuta e da fala com base na metodologia de Oscar Jara Holliday (2013).

Esta construção vem ancorada em Paulo Freire quando evidencia a força do humano como sujeito transformador, superando todas as formas de colocar o ser humano como objeto:

[...] uma das bonitezas do anúncio profético está em que não anuncia o que virá necessariamente, mas o que pode vir, ou não. Na real profecia, o futuro não é inexorável, é problemático. Há diferentes possibilidades de futuro [...] contra qualquer tipo de fatalismo, o discurso profético insiste no direito que tem o ser humano de comparecer à História não apenas como seu objeto, mas também como sujeito. O ser humano é, naturalmente, um ser da intervenção no mundo à razão de que faz a História. Nela, por isso mesmo, deve deixar suas marcas de sujeito e não pegadas de puro objeto (Freire, 2000, p. 119).

Além disso, afirma a Esperança como necessidade ontológica do agir humano e vinculada à prática para transformar a realidade e as situações-limites: “Enquanto necessidade ontológica a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica. É por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã” (Freire, 1992, p. 7).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das circunstâncias limitadoras provocadas pela Covid-19, as práticas de saúde passaram por necessárias adequações a fim de evitar infecções de usuários pelo coronavírus. Esse contexto pandêmico exigiu das equipes de saúde a atitude ativa e potente do Esperançar, do agir e do enfrentar as dificuldades que se colocaram.

Percorrer os caminhos do cuidado em saúde mental com profissionais comprometidos com a vida e a saúde da população faz toda a diferença e produz impactos tanto no cuidado, como nos indicadores em saúde.

Neste percurso de analisar a prática das visitas compartilhadas em saúde mental em Mafra, foi possível identificar que se constitui como uma estratégia potente, ativadora de produção de redes inter-setoriais e interprofissionais de cuidado, de educação e de promoção da saúde na lógica da humanização.

Poder gravar um *Webdoc* demonstrando uma prática que é diária na vida profissional e tem tido resultados positivos, logo importantes na vida das pessoas, foi sentida pelos profissionais como muito emocionante e gratificante pelo reconhecimento do trabalho.

As idas e vindas das casas das pessoas de Kombi, na chuva ou no sol, nas localidades mais distantes do município que levam até mais de duas horas, em virtude da grande extensão territorial do município, hoje, são referência para vários municípios do país que já

procuraram Mafra para conhecer melhor o processo de implementação desse tipo de cuidado.

Ao encerrar estas reflexões podemos afirmar a potência da Vida, do valor de todas as vidas, a importância de construir processos de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde capazes de cuidar melhor das pessoas, de produzir caminhos de autonomia, de respeito às necessidades e singularidades dos sujeitos, de afirmar a força e a potência do SUS como fundamental e necessário como Política Pública Universal, Integral, Equânime, Participativa e Descentralizada. Viva o SUS, quem nele trabalha e quem dele precisa!

REFERÊNCIAS

- AMARANTE P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R. & KOERICH, M. H. A. L. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 2015, 19(1), pp. 169-73.
- BRASIL. *Constituição Federal 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 30 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização

- da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 dez. 2017.
- CECILIO, L. C. O. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2001.
- CECCIM, R. B. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sonare*, Sobral, vol. 18, nº 1, pp. 68-80, 2019.
- CHIAVERINI, D. H. et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CONASEMS. <<https://www.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/>>.
- CUNHA, M. S. & SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 17, nº 44, pp. 61-73, jan.-mar. 2013.
- FERIGATO, S. *O processo de Curadoria em saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.
- FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3.^a ed. São Paulo: Moraes, 1980a.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 8.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1980b.
- FREIRE, P. Educação: o sonho possível. In: BRANDÃO, C. R. (org.). *O educador: vida e morte*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, pp. 89-101.

- FREIRE, P. FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 6.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- JARA, O. [Holliday]. Para sistematizar experiências: uma proposta teórica y práctica. *Revista Tarea*. Lima, 1994.
- JARA, O. [Holliday]. Para sistematizar experiências. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2.^a ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. IV Mostra Nacional de experiências em atenção básica/saúde da família (2016). Brasília, 2016. *E-book* (110 p.). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/memorial_IVMostra>.
- OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. Mestrado. Campinas, 2007.
- REIS, S. B. J. *Projeto terapêutico singular: ferramenta de sinergia interdisciplinar na atenção básica*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2014.
- SANTOS, A. & RIGOTTO, R. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde*, 2010.
- SANTOS, M. & SILVEIRA, M. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 6.^a ed. Editora Record, 2004.

CURADORIA EM SAÚDE E OFICINA DA POESIA DO CAPS I – SANTA LUZIA/PB: JUNTOS PELO FORTALECIMENTO DO SUS

Natálio de Medeiros Júnior
Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero
Natali da Nóbrega Gambarra
Frank Gonçalves de Almeida
Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior
Adriana Moro

1. INTRODUÇÃO

Em Santa Luzia/PB, as instituições que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenham suas atividades buscando ir ao encontro das melhores práticas de saúde, pensando no melhor para a população e seguindo os seus princípios de universalização, equidade e integralidade. Nesse intuito, a intersetorialidade com as demais políticas públicas, órgãos governamentais e sociedade civil é fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Para além do seu território, a Secretaria Municipal de Saúde mantém articulações e parcerias com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), COSEMS-PB, com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), através dos Programas IdeiaSUS e Curadoria

em Saúde, com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) — instituição de ensino responsável pelo acompanhamento da Prática “Palavras que acalentam a mente”, dentre outras parcerias.

Os resultados desse apoio institucional, disponibilizados por essas parcerias ao município de Santa Luzia, se confirmam nas ações dos profissionais de saúde ao assumirem desafios na construção de novas propostas de assistência terapêutica; quando buscam superar as dificuldades do cotidiano, ressignificando práticas e saberes, quando compartilham suas vivências com a certeza de que estão sendo multiplicadores com suas ações participativas e colaborativas.

É com esta perspectiva que, historicamente, os gestores da saúde de Santa Luzia têm contribuído com a materialização do SUS, estando atentos às oportunidades de melhorias na prestação da assistência à saúde da população.

2. CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIOSANTA LUZIA/PB, VENEZA PARAIBANA



Fônte: <paraibácriativa.com.br>.

Localizada no sertão paraibano, a aproximadamente 260 quilômetros da capital João Pessoa, na região do Sabugi, em plena caatinga do semiárido brasileiro, Santa Luzia apresenta uma área ter-

ritorial de 442 km² e uma população estimada de 15 mil habitantes (IBGE, 2020).

Cercada por três açudes (Freiras, José Américo e Padre Ibiapina), a cidade é conhecida como a “Veneza Paraibana”, recebendo o nome de “Cidade Ilha” pelos santa-luizenses e historiadores; sendo, muitas vezes, homenageada como um lugar encantador, uma terra abençoada e um chão no qual brotam talentos e belas paisagens que enchem os olhos de todos que a visitam.

É também a “terra do forró”, do “melhor arrasta-pé do Brasil” e a “cidade que ensinou o Brasil a dançar forró”; representando o forró tradicional, moldado na valorização da família e incentivo ao surgimento e desenvolvimento de novos talentos locais.

Outras festividades que também são marcas presentes e enraizadas na cultura santa-luizense são a Festa de Nossa Senhora do Rosário dos Pretos, a Festa da Padroeira Santa Luzia e o carnaval, um dos mais antigos da região.

A Festa de Nossa Senhora do Rosário dos Pretos, celebrada desde 1871, resgata valores culturais e históricos da cidade, refletidos nas apresentações das bandas cabaçais e na realização da cavalgada do “Tope do Juiz” por vaqueiros da região, os quais unem-se em procissão com destino à Igreja do Rosário para receber as bênçãos da Santa e agradecer suas graças concedidas.

A festa de Santa Luzia, padroeira da cidade, cuja devoção remonta ao ano de 1756, constitui uma importante referência religiosa e cultural na Paraíba; a procissão de Santa Luzia congrega milhares de fiéis e devotos todos os anos.

Ademais, em Santa Luzia tem os eventos de esportes radicais como a realização de trilhas de caminhada (*trecking*) na região, rapéis no Pico do Yayu e circuitos de ciclismo em trilhas na zona rural. Em especial, o Pedal do Quilombo do Talhado, com percurso de aproximadamente 48 km; o Eco Pedal Expedição Yayu, com percursos de 30 a 50 km; e o Pedal Yayu Ecológico, com possibilidade de percursos com 35 Km de pedaladas ou 3 km de trilhas.

No cinema, dois documentários retratam a luta e capacidade de sobrevivência do povo santa-luziense: “Aruanda” e “Rita Preta da Paraíba”. O primeiro, dirigido pelo cineasta Linduarte Noronha durante a década de 1960, expõe a história econômica do Nordeste canavieiro e as batalhas travadas entre ex-escravos e colonizadores no quilombo Olho d’Água da Serra do Talhado, território presente no município de Santa Luzia (ABRACCINE, 2020); o segundo, dirigido pelo jornalista paraibano Diovane Filho em parceria com o Programa Semear Internacional,⁶ retrata a história de um grupo de mulheres do quilombo Olho d’Água da Serra do Talhado, lideradas pela louceira Rita Preta na busca por melhores condições de vida através da produção tradicional de artesanato de louças em barro.

Assim, dentro desta caracterização territorial, destacamos que o poder público deste município, historicamente, tem tentado resgatar e preservar suas tradições, religiosas e culturais, assim como também incentivar a prática de diversas modalidades esportivas presentes na região. Santa Luzia reforça o entendimento da importância do equilíbrio entre o corpo, mente e espírito para o desenvolvimento saudável de crianças, adolescentes, jovens e adultos; assim como, envelhecimento sadio de sua população local.

Contudo, em março de 2020, em função dos riscos vinculados à expansão do coronavírus na Paraíba, as festividades locais foram adaptadas para celebrações virtuais e os eventos desportivos foram suspensos temporariamente, incentivando o isolamento social defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e colaborando com as estratégias municipais e estaduais para o combate ao vírus.

No segundo semestre de 2021, algumas atividades, tais como a festa de Nossa Senhora do Rosário dos Pretos e da padroeira Santa Luzia/PB aconteceram de maneira mista — presencial e virtualmente — seguindo todos os protocolos sanitários.

6 Programa desenvolvido pelo Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA), agência associada à Organização das Nações Unidas (ONU).

2.1. O SETOR SAÚDE E O CAPS I EM SANTA LUZIA/PB

Fruto deste comprometimento com o bem-estar da população, Santa Luzia/PB tem hoje uma Atenção Primária à Saúde consolidada e fortalecida através de seis equipes da Estratégia Saúde da Família, seis equipes de Saúde Bucal modalidade II e uma equipe multidisciplinar de apoio, anteriormente conhecida como equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Contribuindo com o processo educacional, suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são também espaços de formação para graduandos de diversos cursos da área de saúde, bem como, para os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade; de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde e de Residência Médica em Psiquiatria.

O serviço de média complexidade ambulatorial de referência é a Policlínica Municipal Dr. Kival Gorgônio, onde funciona um complexo assistencial com atendimento em especialidades médicas e diversas, o centro de curativos e feridas grau II, o laboratório de análises clínicas, o centro de reabilitação da pessoa com deficiência física e o centro de especialidades odontológicas.

No que trata ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, a base descentralizada da regional Patos/PB, habilitada em dezembro de 2011, emprega 31 profissionais e abrange a totalidade da cobertura das áreas urbanas e rurais dos municípios do Vale do Sabugi, garantindo suporte às urgências clínicas e traumáticas de um contingente populacional de 35.624 mil habitantes (IBGE, Censo 2010).

A cidade também dispõe de uma Farmácia Básica Municipal, na qual os medicamentos da assistência farmacêutica são dispensados através do Sistema Hórus. De modo que, a gestão tem o cuidado de anualmente revisar a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) ampliando o acesso à população ao maior número de fármacos.

As equipes de Vigilância em Saúde e Sanitária trabalham integradas aos estabelecimentos de Saúde, sejam eles de atenção primária

ria ou de média complexidade, prevenindo os agravos e promovendo ações individuais e coletivas de saúde, com destaque para o combate às arboviroses e o controle da leishmaniose visceral (calazar).

Atento à realidade atual, neste cenário de pandemia, foi implantado o Centro de Atendimento ao Enfrentamento ao Covid-19, em junho de 2020, oferecendo serviços de atendimento médico, enfermagem e testagem de exames para detecção do coronavírus, monitorando e rastreando o surgimento de novos casos no município.

Destacamos também que, durante todo o período de pandemia, as instituições públicas de saúde se mantiveram abertas e funcionando de acordo com os protocolos sanitários, adequando as rotinas de trabalho e utilizando as ferramentas disponíveis para o atendimento à população.

No que refere à assistência em saúde mental, em maio de 2012, o município de Santa Luzia foi contemplado com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), homologado pela Portaria n.º 454. De acordo com as normativas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esse serviço atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. As ações são realizadas de forma individual, em grupos, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios.

O Centro de Atenção Psicossocial Dr. Fernando Antônio de Araújo une em sua dinâmica de atendimento a interlocução da saúde com a cultura, priorizando a promoção à saúde. Com o passar dos anos, a equipe do CAPS vem desenvolvendo diversas atividades e projetos nos quais os usuários podem falar, se expressar e trabalhar diversas temáticas, incentivando a discussão de pautas cotidianas e facilitando o processo de ressocialização dos pacientes a partir do combate e desmistificação de preconceitos e estigmas relacionados à saúde mental.

A promoção dos diálogos entre os campos da saúde mental, das artes, do esporte e do lazer são uma característica presente e atuante nos projetos desenvolvidos pelo CAPS, sendo a mesma constantemente identificada em suas oficinas e trabalhos, pautados na construção de um ambiente acolhedor e estimulante para seus participantes e familiares.

Figura 2.



Fonte: Arquivos do CAPS I Santa Luzia/PB.

Entre os principais projetos desenvolvidos pelo CAPS, quatro oficinas adquirem destaque pelos seus serviços na sociedade santaluziense, são eles: a “Arte no CAPS, saúde na vida”, projeto de pintura de quadros em mosaico de cerâmicas, iniciado em 2016; “Palavras que acalentam a mente”, projeto de literatura e poesia criado em 2017; “The Voice CAPS”, projeto de canto, iniciado em 2018; e a “Rádio CAPS”, na qual os protagonistas são os usuários e eles decidem quais músicas desejam ouvir.

A estrutura física atual do estabelecimento é composta por espaços comuns como o terraço, refeitório e sala, onde são realizadas oficinas terapêuticas e atendimentos em grupos; um conjunto de

consultórios onde são realizados os atendimentos médico, do serviço social, de enfermagem, da psicologia, da terapia ocupacional, dentre outras especialidades, e uma sala para estrutura administrativa. A instituição conta ainda com um espaço para recepção e uma área de apoio com cozinha e lavanderia.

O CAPS ainda não dispõe de uma estrutura física própria, sendo o prédio alugado e com características de residência, porém, já está sendo projetada a construção de uma sede, planejada exclusivamente para este serviço.

3. RECONSTRUÇÃO DO PROCESSO VIVIDO PELA PRÁTICA “PALAVRAS QUE ACALENTAM A MENTE”

Em 2017, depois do exitoso projeto “Arte no CAPS, Saúde na vida”, o CAPS I de Santa Luzia desenvolveu mais um relevante projeto: “Palavras que acalentam a mente”. Este, originou-se a partir do “Arte no CAPS, Saúde na vida”, ambos idealizados pelo Serviço Social da instituição e premiados nacionalmente. Foi pensando a partir da premissa de que é necessário desenvolver saúde mental no sentido de construir um espaço onde as pessoas possam expressarem suas falas e sensações além da doença vivida. Assim ele tem os seguintes objetivos:

1. Oportunizar espaço para expressão e externalização da subjetividade e do “eu” dos usuários em sofrimento psíquico através da poesia;
2. Estimular a criatividade dos beneficiados através da construção de poemas, poesias e cordéis;
3. Fortalecer as relações intra e interpessoais pautadas nas interações dos grupos;
4. Dar visibilidade e momentos de fala e expressões artísticas para os pacientes do CAPS;

5. Proporcionar a realização de saraus como estratégia para o cuidado e promoção da saúde.

Destaca-se que o presente projeto vai ao encontro da legislação da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216/2001), a qual prevê a criação de serviços substitutivos e de um novo desenho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mudando o modelo manicomial de tratamento, o favorecimento, a criação e o aprimoramento de novos espaços de cuidado através do incentivo a participação ativa dos usuários no debate de temas políticos e sociais, focando no fortalecendo o protagonismo dos sujeitos e não somente no controle da sintomatologia da suas doenças (BRASIL, 2001).

De acordo com o assistente social Natálio de Medeiros Junior, autor das práticas, ambos os projetos tiveram como inspiração o trabalho “imagens do inconsciente”, da psiquiatra brasileira Nise da Silveira, na qual a médica apresenta empiricamente à confirmação do conceito minoritário de que o mundo interno do esquizofrênico encerra insuspeitas riquezas e as conserva mesmo depois de muitos anos de doença; de modo que, ao incentivar a prática de atividades artísticas, como a pintura e a modelagem, especialmente, os profissionais de saúde poderiam facilitar o acesso ao inconsciente do paciente, permitindo a externalização do processo psicótico e auxiliar no direcionamento do tratamento da patologia.

Assim, percebendo a necessidade de adequar o trabalho ofertado pela Instituição com as melhores práticas de saúde mental reconhecidas pela ciência brasileira e internacional e considerando a forte tradição cultural do município de Santa Luzia/PB, a equipe de profissionais do CAPS I tem permanecido, desde 2016, após assumir seus cargos efetivos, comprometida com a saúde dos seus usuários e com o SUS, construindo progressivamente novos projetos para a implementação da assistência no município.

Dessa forma, com base na realização de trabalhos manuais e oficinas — a construção de quadros em tela; a criação de mosaicos

de cerâmicas; a confecção de utensílios de decoração e de artesanato — os usuários do CAPS I puderam “expor suas ideias e sentimentos” para além de seus medos e transtornos psicológicos, transformando a instituição em um dos poucos espaços nos quais suas necessidades e preocupações poderiam ser ouvidas e atendidas.

Seguindo esta percepção, a equipe multiprofissional do CAPS tem proporcionado momentos para a fala e expressão de seus beneficiados, buscando trabalhar temas capazes de ampliar as possibilidades de conversações e, simultaneamente, construir mais oportunidades para que as vozes dos usuários fossem ouvidas pelas suas famílias e sociedade.

Para o assistente social Natálio Júnior, a construção da prática “Palavras que acalentam a mente”:

[...] nos deu a possibilidade de trabalhar muitos temas que seriam difíceis de serem trazidos para uma roda de conversas por serem considerados temas tabus: loucura, preconceito, conflitos familiares, política, religião etc. Assim, a poesia torna-se uma ferramenta leve e uma estratégia que nos oferece a possibilidade de se propor todas essas temáticas. Os usuários se identificaram logo com essa oficina terapêutica. Os encontros semanais são muito aguardados não apenas por eles, mas pelos profissionais também”.⁷

3.1. ADAPTAÇÕES DA PRÁTICA DE SANTA LUZIA/PB EM TEMPOS DE PANDEMIA

De 2017 até o início de 2020, ou seja, antes da pandemia do Covid-19, as oficinas da poesia eram promovidas semanalmente às quartas-feiras pela manhã, sendo realizadas na própria sede do

7 Fala do assistente social Natálio Júnior, na 2.^a Web Oficina do IdeiaSUS FIOCRUZ, Santa Luzia/PB, em 13 de julho de 2020.

CAPS ou fora da instituição. A duração dos encontros que é de aproximadamente uma hora e meia, vinha contando em média com 20 usuários participantes por grupo.

Logo que começaram a ser noticiados os primeiros casos do Covid-19 no Brasil, a equipe técnica do CAPS repensou todo o serviço, inclusive as oficinas terapêuticas, de maneira que não interrompesse o tratamento e seguindo todos os protocolos sanitários. A equipe entendeu que o não interrompimento das ações seria essencial, já que neste processo de distanciamento social os usuários de saúde mental seriam os mais afetados, tendo em vista o contexto histórico e social das pessoas, sobretudo aquelas cujos transtornos são graves e persistentes, que de um isolamento social histórico passariam a viver no “isolamento do isolamento”.

Dessa forma, os profissionais do CAPS, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, organizaram pastas com material que normalmente os usuários já utilizavam nas atividades presenciais e entregaram a eles por meio de visitas domiciliares. Nestes atendimentos a domicílio, os profissionais do serviço social realizavam orientações no sentido de a própria família auxiliá-los nas pinturas, confecções de utensílios e na escrita dos poemas e cordéis, ou mesmos textos que descrevesse o sentimento do dia. O arte-educador também passou a dar um suporte de forma remota aos familiares no sentido de capacitá-los para desenvolverem determinadas atividades lúdicas no ambiente doméstico. Nas pastas entregues constavam resmas de papéis, canetas, borrachas, tintas, poesias, cordéis, material para confeccionar chaveiros, pincéis, panos para pinturas em telas etc.

No segundo semestre de 2021, com os profissionais e usuários já vacinados contra a Covid-19 e com o maior controle da situação sanitária, as atividades das oficinas presenciais puderam ir gradativamente retornando. Contudo, os desafios estão para além da crise sanitária.

Assim, a oficina “Palavras que acalentam a mente” continuou a acontecer às quartas-feiras, porém agora em dois turnos (manhã e tarde), e, em média, dez usuários participam do grupo matutino e

dez do turno vespertino, de maneira a comportar a totalidade dos grupos que vinham participando anteriormente.

Destaca-se que esses participantes não são necessariamente fixos na oficina da poesia. O serviço oferta outras atividades lúdicas, cabendo ao usuário decidir de qual deseja participar.

Figura 3. Poesia construída coletivamente pelos usuários do CAPS

A saúde que buscamos, precisamos encontrar estar com o corpo e a mente bem todos merecemos estar O CAPS e seus profissionais com a saúde vão nos ajudar, e fazendo a nossa parte, com força e fé em Deus iremos sempre nos recuperar.	Conhecer melhor o nosso «eu» é libertador e um processo divino nos faz ter saúde mental e construir nosso destino. Devemos a cada dia, para frente caminhar, aprender com nosso passado ver o mundo diferente pois ser Feliz é maior nosso projeto e nossa mente vamos curar.
A união é importante, juntos, no CAPS e nos postinhos, encontraremos ombros amigos dispostos a nos ajudar.	(Poesia escrita pelos usuários do CAPS, em 13 de junho de 2019).
Com saúde iremos sempre o nosso bem-estar encontrar. Não tratar a mente doente é deixar o preconceito nos dominar.	

Fonte: Elaboração CAPS I Santa Luzia/PB.

Normalmente, a oficina terapêutica “Palavras que acalentam a mente”, trabalha por encontro um tema selecionado e lido coletivamente com o grupo, podendo ser uma poesia ou cordel de um artista específico. No início de cada leitura, os autores da obra selecionada são apresentados e, após uma breve discussão, dois grupos são formados com os participantes e um desafio é proposto.

Nesse desafio, cada grupo deverá construir no mínimo duas estrofes inéditas de um poema ou cordel que estejam relacionados ao tema abordado; sendo, posteriormente, criado um novo poema ou cordel através da união dessas estrofes.

As atividades realizadas durante os encontros são conduzidas pelo assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e arte-educador da Instituição, e eventualmente recebe apoio de outros profissionais presentes em diversos momentos das atividades propostas. No entanto, torna-se importante salientar que, além das oficinas de poesia, outras modalidades de oficinas são ofertadas aos usuários do CAPS, deixando que eles escolham participar daquelas que mais se identificarem, tal como as de artesanato, esporte, pintura etc.

Como relata a psicóloga da equipe do CAPS, Waléria Frazão:

Considero que unir saúde mental e poesia é uma iniciativa inovadora e potente! Ajuda os usuários a compreender melhor o que sentem de maneira leve e dinâmica. As oficinas possibilitam esse reconhecimento de sentimentos e desenvolvimento da inteligência emocional, ao mesmo tempo que favorecem a socialização e o empoderamento de um sujeito que frequentemente é marginalizado e desacreditado. E por isso podemos dizer que a arte salva, a arte liberta e a arte realiza milagres! E nós fazemos arte com palavras que acalentam a mente.

Dessa maneira, o projeto “Palavras que acalentam a mente” apresenta-se como uma proposta terapêutica que utiliza da poesia como uma ferramenta para a externalização do “eu” do paciente em sofrimento psíquico, buscando direcioná-lo à organização psíquica e proporcionando um espaço em que ele consiga se expressar por meio do estímulo à sua criatividade; reforçando sua identidade de cidadão santa-luziense e amenizando suas dores e risco de mutilações, físicas ou psíquicas, decorrentes de suas patologias ou ambiente social.

A presente proposta terapêutica colabora com a ideia de Reforma Psiquiátrica, configurada como um processo social que engloba mudanças significativas nas formas de cuidado à saúde mental e ao tecido sociocultural, sinalizando que o CAPS de Santa Luzia reconhece a importância em garantir o acesso, o acolhimento e a promoção de

novas formas de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico via prática de estratégias de participação ativa e criativa de seus usuários.

Nas interações grupais, ao ar livre ou fora da sede do CAPS, os usuários são estimulados a apreciar as paisagens da natureza local como forma de estimular sua criatividade e lazer, incentivando a manutenção de um espaço de descontração e alegria pelo grupo, tal como relatado por alguns dos usuários:

“Depois que eu comecei a escrever poesias, a minha solidão foi embora. Quando eu quero conversar e não tenho com quem, eu sento para escrever. O papel sempre me escuta”, disse M.⁸

“Eu não sabia que aquelas palavras que eu nunca conseguia colocar para fora poderia se transformar em arte”, disse N.

“Depois das oficinas da poesia, eu vi que eu poderia voltar a estudar. Quando eu era criança, nunca tive como ir à escola e, cresci achando que seria impossível recuperar esse tempo perdido”, disse V.

Estas experiências apontam para a importância da continuidade do trabalho e de fortalecimento do SUS e dos CAPS, assim como, da manutenção do apoio dado pela Secretaria de Saúde do Município e de nossos parceiros, ao exemplo do COSEMS-PB, da FIOCRUZ e da UFPB.

Por meio desta proposta exitosa, o CAPS tem alcançado resultados positivos nas ações e na elaboração de novas estratégias de cuidado em liberdade, colaborando com os preceitos de valorização da vida e da saúde mental.

O ponto alto do projeto com a sociedade de Santa Luzia ocorre no encerramento da campanha Setembro Amarelo, a partir da realização de um Sarau, organizado pela equipe do CAPS e a Secretaria

8 Os nomes foram substituídos por letras para assegurar o anonimato dos usuários do serviço.

de Saúde, no qual os usuários podem apresentar seus poemas produzidos nas reuniões do CAPS.

Figura 4. Sarau poético e profissionais do CAPS I



Fonte: Arquivos do CAPS I Santa Luzi/PB.

Esse evento mobiliza não só a equipe do CAPS e da Secretaria de Saúde, mas também das Instituições da Assistência Social, Cultura e Educação, sendo um esforço conjunto em prol da prevenção ao suicídio, na qual cada instituição torna-se um colaborador da campanha, incentivando a promoção de expressões artísticas no evento.

O Sarau conta com quatro edições: duas presenciais, sendo uma em 2018 e outra em 2019, ambas realizadas em praça pública; e duas virtuais: em 2020 e 2021.

É importante destacar que, a princípio, o sarau foi pensado para ser realizado presencialmente, sobretudo dando protagonismo à saúde mental e rompendo com certos estereótipos que fazem com que muita gente deixe de procurar ajuda quando necessário, contudo, pela expansão da pandemia e pela necessidade da intensificação do isolamento social na cidade, a terceira e a quarta edição, conforme já mencionado, foram adaptadas ao modelo de apresentação virtual.

3.2. SUSTENTABILIDADE DA PRÁTICA

Apesar dos desafios enfrentados, o projeto tem se tornado sustentável. O sarau, mesmo com as adaptações, é um exemplo, pois continuou atingindo seu objetivo que é de trazer visibilidade à saúde mental na região.

Também, as oficinas semanais continuam ofertando o espaço onde os usuários são acolhidos, onde têm seu lugar de fala garantido, um canal de expressão, de mostrar a criatividade e de ampliar as possibilidades de conversações.

4. PROCESSO DE CURADORIA

Em 2017, o projeto terapêutico “Palavras que acalentam a mente” participou da 1.^a Mostra Paraíba Aqui tem SUS, organizada pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB), na cidade de João Pessoa/PB. Na ocasião, mais de 80 trabalhos foram apresentados e, o presente projeto foi um dos vencedores. Da mostra local, fomos selecionados para a 16.^a Mostra Brasil aqui tem SUS, e também para a 10.^a Roda de Práticas do IdeiaSUS, durante o IV Congresso de Secretarias Municipais de Saúde, no contexto de comemoração dos 30 anos do COSEMS-PB e do SUS. Após a nossa apresentação neste Congresso, fomos contemplados com uma Curadoria em Saúde oferecida pelo IdeiaSUS.

O IdeiaSUS é uma iniciativa da cooperação técnica entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS.

Foram quase dois anos de Curadoria, com o objetivo de melhor sistematizar a prática, assim como fortalecê-la e guiá-la para caminhos sustentáveis. Ao final do primeiro ano de Curadoria, o IdeiaSUS publicou o e-book *Caminhos da Curadoria em Saúde Ideia*

SUS FIOCRUZ: práticas de saúde fortalecendo o SUS na Paraíba, no qual a prática de Santa Luzia ganhou um capítulo.

Em função da pandemia, as atividades de sistematização do projeto durante o segundo ano foram retomadas virtualmente, em 15 de junho de 2020, na 1.^a Web Oficina da Curadoria em Saúde.

Em 13 de julho de 2020, com a retomada das discussões sobre o acompanhamento da prática e seu processo de sistematização na 2.^a Web Oficina da Curadoria em Saúde IdeiaSUS FIOCRUZ, UFPB e COSEMS-PB, a prática “Palavras que acalentam a mente” foi relatada, sendo enfatizado seu contínuo desenvolvimento.

Esta preocupação do CAPS com o contínuo desenvolvimento do projeto pode ser observada no relato de Frank Gonçalves, arte educador da equipe:

Conversando com os usuários do CAPS, sempre ouvimos deles relatos do estigma e dos preconceitos que a sociedade ainda tem sobre a capacidade cognitiva e funcional das pessoas que são acometidas com transtorno mental, (e isso é agravado pela falta de espaços de fala), e o projeto foi literalmente uma ferramenta eficaz no dia-a-dia do nosso serviço. Foi notável, principalmente, a melhora na participação dos mesmos em outras atividades. Esse projeto não só pode, como deve ser adotado por outras instituições.

Assim como, de Natálio de Medeiros, assistente social da equipe do CAPS:

Estamos voltados para o fortalecimento da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquicos, proporcionando a sua inserção social e uma melhor interação com o meio em que vivem”. Nossa proposta visa ser uma porta social de (re)entrada desses sujeitos como cidadãos capazes de conviver com outras pessoas que, pela disseminação das ideias da nova visão psiquiátrica, os conceberão como usuários do SUS, tal como qualquer outro afetado com alguma enfermidade física.

Foi observado, por meio do processo de Curadoria, que a consolidação de parcerias com outras instituições e o compartilhamento de experiências e conhecimentos na área da saúde mental torna-se algo essencial no processo de adaptação e sistematização das práticas.

Destaca-se que a prática, tendo recebido dois anos de Curadoria, já se encontra em um processo muito adiantado para seu processo de sistematização.

O passo a passo para a melhoria da prática, sugerido e acompanhado pela Curadoria foi importante no sentido de enriquecer a ideia inicial. Mostrou-se importante para permitir a fluidez dos debates e a articulação das atividades propostas pela equipe, garantindo a sustentabilidade e a eficiência da prática proposta, e a segurança de todos diante da atual crise sanitária.

De modo semelhante, a construção de objetivos claros para as atividades propostas e a manutenção de um acervo com a produção construída, sugeridas pela Curadoria, fizeram despertar o comprometimento com a preservação da história do projeto desenvolvido ao longo dos seus quase cinco anos de existência, ensina e inspira Santa Luzia no processo de promoção à saúde, reforçando a expansão de ações coletivas entre profissionais de saúde e usuários.

O processo de curatela tem se tornado um potente exemplo para outros municípios.

A curadora do projeto, a enfermeira e professora Adriana Moro salienta:

A prática de Santa Luzia reforça os ideais da Reforma Psiquiátrica em torno do diálogo e da participação. Ser curadora dessa prática me fez repensar a minha própria prática profissional em saúde mental e, tentado auxiliá-los a sistematizar as suas ações, fui aprendendo como sistematizar as próprias vivências do serviço onde atuo. Eu aprendi muito no caminho com Santa Luzia.

5. CONCLUSÃO

Em março de 2020, quando se iniciaram os primeiros casos positivos do Covid-19 no Brasil, as atividades presenciais e oficinas promovidas pelo CAPS foram suspensas, seguindo as recomendações dos órgãos sanitários oficiais e os Decretos Municipais, obedecendo, dentre outras medidas, o distanciamento social.

Contudo, os atendimentos individuais aos usuários foram mantidos, sendo promovidas ações para a continuidade dos tratamentos terapêuticos ofertados, ao exemplo da distribuição de *kits* de materiais para leitura e escrita de poesias e cordéis, pintura e confecção de trabalhos manuais.

Durante todo este período, os profissionais mantiveram contato com os usuários, através de agendamentos para atendimentos individuais, visitas domiciliares e por meio de atendimentos remotos. Foi estimulada a participação dos familiares para o incentivo dos usuários nos trabalhos lúdicos e terapêuticos em casa, visando a criação de espaços de diálogo e bem-estar entres os envolvidos.

Evidenciamos também que a equipe técnica do CAPS buscou se manter informada sobre o cenário pandêmico, sobre as práticas preventivas, se adaptando à nova realidade diante do Covid-19, pensando sempre no bem-estar e segurança das pessoas atendidas e dos profissionais responsáveis pelo processo de assistência.

Torna-se essencial mencionar as contribuições de profissionais e estudantes vinculados às instituições anteriormente mencionadas, com o projeto “Palavras que acalentam a mente”, durante esse processo de Curadoria.

Da Universidade Federal da Paraíba, destacamos os professores André Luís Bonifácio de Carvalho e Gabriella Barreto, e os estudantes de medicina Matheus Freire e Edvan Alves. Do COSEMS-PB, destacamos a presidente Soraya Galdino de Araújo Lucena e a consultora técnica Mércia Gomes Oliveira de Carvalho. Da FIOCRUZ, destacamos as profissionais Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira,

Marta Gama de Magalhães, Adriana Moro (curadora) e Vanderléia Laodete Pulga. Dentre outros que contribuíram, direta ou indiretamente, com a nossa prática como a coordenadora do CAPS, a psicóloga Natali da Nóbrega Gambarra, a Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia e a enfermeira Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero.

A partir desse trabalho de sistematização da prática na Curadoria IdeiaSUS, os profissionais do CAPS foram aprofundando o conhecimento sobre obras de Nise da Silveira; Paulo Amarante; Idonésia Collodel Benetti, dentre outros autores, ampliando seus referenciais teóricos para a prática.

Através dos desafios lançados pelos profissionais do IdeiaSUS, a equipe passou a trabalhar mais a divulgação do serviço nas redes sociais e a organizar o acervo de expressões de artistas criados nas oficinas terapêuticas de maneira mais sistematizada, sendo, o próximo passo, a publicação de um livro de poesias confeccionado com o material das oficinas.

Destacamos, no entanto, que o sucesso e a sustentabilidade da prática não dependem apenas dos trabalhadores envolvidos, pois estes enfrentam determinantes e circunstâncias sociais objetivas os quais influenciam diretamente o fazer profissional, tais como a falta de investimento público na política de saúde mental, a perda de direitos trabalhistas, a fragilidade dos vínculos empregatícios, a estrutura física do serviço etc.

A defesa do SUS sem atentar-se a essas questões anteriormente mencionadas não é defesa do SUS. Como diz o conterrâneo Ariano Suassuna, o otimista é um tolo. O pessimista, um chato. Bom mesmo é ser um realista esperançoso. Somos esperançosos, esperamos por circunstâncias melhores para continuarmos fortalecendo o SUS e dando protagonismo à saúde mental, mas somos realistas, essas melhorias só virão se unimos forças para tornamos a administração do nosso tão importante Sistema Único de Saúde mais democrática.

Portanto, é preciso unir esforços para a continuidade das articulações e mobilizações do projeto, bem como, da difusão da importância do resgate do verbo “esperançar”, tal como proposto por Paulo Freire (2001), como uma forma de inspirar e incentivar a mudança por meio da união com o próximo.

REFERÊNCIAS

- ABRACCINE. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CRÍTICOS DE CINEMA. *Triste é a semana em que morre Linduarte Noronha*. Disponível em: <<https://abraccine.org/2012/02/01/triste-e-a-semana-em-que-morre-linduarte-noronha/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.
- BRASIL. Lei n.º 10216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 9 de abril de 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 7 de janeiro de 2022.
- FREIRE, P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora Unesp, 2001.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA. *Cidade e Estados: Santa Luzia*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/santa-luzia.html>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.
- IDEIASUS. *Banco de práticas e soluções em saúde e ambiente*. Disponível em: <<http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.
- JARA, O. [Holliday]. *Para sistematizar experiências*. Brasília: MMA, 2006.
- PARAIBA. *Diário Oficial n.º 16.659 de 13 de julho de 2018*. Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/07/Diario-Oficial-13-07-2018.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2022.
- SANTA LUZIA. Prefeitura Municipal. *História*. Disponível em: <http://santaluzia.pb.gov.br/a_cidade/historia>. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

CURADORIA EM SAÚDE E QUALIFICAÇÃO DO PROJETO VIDA SAUDÁVEL DE SÃO SALVADOR DO TOCANTINS

Elysanya Tavares Bezerra
Daniel Miele Amado
Denize Soares Mota
Joseane Carvalho Costa
Lairton Bueno Martins
Nelino Correa de Souza
Pamira Reis Bento Barbosa

1. APRESENTAÇÃO

O presente capítulo relata o processo de construção do trabalho de Curadoria **Projeto Vida Saudável**, desenvolvido no município de São Salvador do Tocantins, realizado com o apoio do projeto **IdeiaSUS: Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, multiplicar, qualificar práticas**, cuja finalidade é apoiar, acompanhar e auxiliar na qualificação das práticas em saúde nos territórios, desde os gestores até os profissionais de saúde vinculados à plataforma IdeiaSUS.

Ao longo do ano de 2021 e início de 2022, uma série de diálogos/conversas entre curadores do IdeiaSUS e os profissionais de saúde envolvidos no Projeto Vida Saudável foram realizados virtualmente, em decorrência da pandemia, com o intuito de “(re)conhecer” o va-

lor das práticas e experiências desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses diálogos foram analisados na tentativa de compreender as dinâmicas que determinam a estruturação dos vínculos estabelecidos entre profissionais de saúde e usuárias(os) e que são matéria prima da construção do cuidado e, também, apontar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na organização da Atenção Básica para qualificar a oferta dos serviços para os usuários no território.

2. INTRODUÇÃO

São Salvador do Tocantins é uma cidade com 3.094 habitantes, localizada no sul do estado do Tocantins, na região da Ilha do Bananal. Fica a aproximadamente 400 km de distância de Palmas, capital do estado, e a 250 km de Gurupi, que é a cidade de referência em questões de saúde no nosso território. A cidade está localizada às margens do Rio Tocantins e a economia da cidade é baseada na agricultura, com forte tendência ao crescimento do turismo na região. O município tem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma localizada dentro da cidade, a Rubens Tavares Ferreira e a outra no nosso distrito, Povoado Retiro Terezino Bernardo Silva, localizado a 24 km de São Salvador do Tocantins. O projeto Vida Saudável é desenvolvido tanto na cidade de São Salvador quanto no povoado Retiro, e foi iniciado em 2016, contando com profissionais de Educação Física, Fisioterapia e Nutrição. No ano de 2021 foi inserido o Psicólogo, considerando as demandas de usuários do projeto que apresentavam quadros de depressão e ansiedade.

O projeto chegou a ter 50 usuários acompanhados. Muitos obtiveram significativos resultados de redução de sobrepeso sem intervenções medicamentosas.

O Projeto foi reconhecido em 2018 no Congresso do CONASEMS em Belém, tendo sido premiado pelos resultados e pela inovação dos métodos considerados acessíveis e eficientes.

3. (RE) CONSTRUINDO A HISTÓRIA DA PRÁTICA DO PROJETO VIDA SAUDÁVEL

3.1. O PROJETO VIDA SAUDÁVEL: O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS E A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

O Projeto foi concebido a partir de uma **demanda identificada por agentes de saúde locais** referente à necessidade de acompanhamento sistematizado de casos de obesidade em usuários assistidos.

Com base na observação e na escuta qualificada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no estabelecimento de vínculos entre a UBS e a comunidade, as equipes de saúde elaboraram uma ação voltada ao enfrentamento da obesidade no território. Assim nasceu o Projeto Vida Saudável.

A proposição inicial colocava em cena o educador físico que se responsabilizou por desenvolver planos de atividades físicas com os usuários identificados. Assim, foi elaborada uma programação de atividades para a comunidade, desenvolvidas na academia da saúde e danças, com o acompanhamento de um educador físico do programa academia de saúde. Eram ofertadas atividades como exercícios, duas a três vezes por semana, com duração de 50 minutos à 1h20.

Na medida em que o Projeto Vida Saudável passava a fazer parte do cotidiano dos usuários, os laços e relações de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade iam se fortalecendo. Essas relações foram importantes para compreender que, por trás da obesi-

dade, outras questões também se desdobravam na vida dos usuários, em especial das mulheres participantes do projeto. Neste contexto, um grupo de mulheres com obesidade relataram que além da obesidade apresentavam quadros de ansiedade e depressão.

Em uma sociedade heteronormativa, machista e patriarcal, cujos padrões inatingíveis de beleza estabelecidos objetificam a mulher, corpos obesos são passivos de preconceitos e rejeições, gerando um profundo sofrimento mental. Este novo cenário, revelado pelos laços estabelecidos, levaram a equipe de profissionais do Projeto Vida Saudável a ampliar a oferta de serviços. Assim, foram inseridos o acompanhamento nutricional e a auriculoterapia como estratégia de enfrentamento dos quadros de ansiedade e compulsão alimentar, uma vez que comprometem a perda de peso em um grupo de mulheres.

A profissional de Educação Física passou a realizar o acompanhamento nutricional utilizando a bioimpedância. Este método permite monitorar com maior qualidade os casos de obesidade, trata-se de uma tecnologia estratégica para o monitoramento e acompanhamento da obesidade, pois, ao levar em conta a especificidade de cada caso, possibilita uma espécie de “customização” ajustada às necessidades de cada usuário, qualificando, assim, a oferta dos serviços.

A avaliação de bioimpedância é um exame destinado à avaliação da composição corporal, estimando a massa magra, gordura corporal, água corporal total, gordura visceral e massa óssea. Esse exame era realizado uma vez por mês pela profissional de Educação Física. A auriculoterapia, por sua vez, é uma técnica/prática sem contraindicações, que pode ser utilizada como complemento ao tratamento tradicional da obesidade e/ou para perda de peso, além de ajudar nas dores agudas e crônicas, transtornos emocionais, como ansiedade, depressão e insônia. Essa técnica passou a ser realizada uma vez por semana nas participantes. A partir desses pressupostos, a equipe do projeto inseriu a auriculoterapia para o tratamento e o cuidado da compulsão alimentar e da ansiedade identificados, uma

vez que esses quadros comprometem o processo de emagrecimento em um grupo de mulheres participantes do projeto.

Desde o início do projeto, os participantes sempre relataram muitas queixas relacionadas à insônia e à ansiedade, que interferem no processo de emagrecimento. Em 2017, iniciou-se a aplicação da auriculoterapia. A utilização do método foi um importante marco do projeto, visto o ineditismo de seu uso na cidade e no SUS. A auriculoterapia veio agregar ainda mais resultados ao projeto. Além disso, por ser uma técnica não invasiva, foi bem aceita pelos participantes. Nos dias de aplicação, era realizada uma reunião prévia para orientações sobre o método — benefícios e aplicação. Na semana seguinte era feita uma escuta dos usuários que, muitas vezes, relatavam, já na segunda aplicação, aumento do controle da ansiedade e melhora do sono.

O comprometimento trazido por esses quadros impedia o pleno alcance dos resultados esperados, de que as usuárias alcançassem um equilíbrio entre atividade física e emagrecimento. Com tais recursos, a equipe passou a compreender as questões que eram comuns aos participantes e identificar particularidades que mereciam atenção especial e planos individualizados. Desta forma, eram definidos acompanhamentos/tratamentos com pouco uso de medicação e que estimulavam os usuários a encontrarem estratégias de autocuidado que se adequassem à sua rotina, buscando melhoria de qualidade de vida e, conseqüentemente, emagrecimento.

Muitos participantes aderiram, como mudança de hábito, rotina de alimentação saudável e exercícios, não necessitando mais do acompanhamento sistemático da equipe de saúde. Além disso, verificou-se, também, que o incentivo e acompanhamento das atividades físicas, da auriculoterapia e do acompanhamento nutricional auxiliaram na redução da morbidade da população de São Salvador. Adicionalmente à aquisição de hábitos de vida mais saudáveis, o projeto beneficiou, indiretamente, um conjunto de pessoas que conviviam com os participantes do projeto e que também aderiram às

mudanças sugeridas no estilo de alimentação e adesão aos exercícios regulares, estruturando, assim, uma rede de cuidado no território.

Ações desta natureza geram uma capacidade de organização da rotina diária dos usuários ao incorporar tais práticas no seu cotidiano, demonstrando uma efetividade do projeto na melhoria da saúde e da qualidade de vida da comunidade. Além dos benefícios diretos aos participantes do projeto, uma rede de cuidado foi estruturada na comunidade, pois os usuários levariam algumas práticas para suas famílias. Assim, as ações da unidade de saúde acabaram sendo acessadas por mais pessoas do território, mesmo que indiretamente.

Os encontros realizados entre os curadores do projeto IdeiaSUS e os coordenadores do Projeto Vida Saudável, durante todo o ano de 2021, foram oportunos e permitiram que as dificuldades do contexto pandêmico pudessem ser dialogadas e transformadas em novas ideias e ações. A partir do Projeto IdeiaSUS e de seus curadores, foi possível contribuir na qualificação da escuta dos profissionais do projeto Vida Saudável, em especial no que tange à importância dos vínculos como organizadores do Sistema de Saúde e das redes de atenção.

3.2. NO MEIO DA CAMINHADA TINHA UMA PANDEMIA. TINHA UMA PANDEMIA NO MEIO DA CAMINHADA

O contexto com o qual a prática foi iniciada se transformou por completo, considerando os desafios trazidos pela pandemia, que poderiam impactar negativamente nos resultados obtidos pelo projeto até aquele momento. Assim, a equipe do projeto precisou (re)adequar suas atividades para atender às normas sanitárias estabelecidas pela OMS. Assim, foram adotadas estratégias como: redução do número de usuários acompanhados no projeto e realização de encontros virtuais.

Os desafios encontrados na fase inicial da pandemia foram aos poucos sendo superados, dando lugar a novas oportunidades. Para superar a barreira do isolamento, a equipe desenvolveu uma estratégia de comunicação criando um grupo de Whatsapp, por meio do qual eram feitas todas as orientações e trocas de informações. Dentre os relatos do grupo foram registrados: ganho de peso, insônia e outros problemas de saúde. A mobilização e acompanhamento da equipe do projeto por meio do Whatsapp levou a um aumento na adesão dos usuários ao programa.

Neste período, a equipe do projeto lançou o desafio aos participantes do grupo: caminhar ou correr 200 km e diminuir a porcentagem de gordura corporal ao longo de um mês. No início e no final do desafio cada participante realizou a avaliação de bioimpedância com a profissional de Educação Física para comparar os resultados.

O registro da quilometragem era realizado através dos aplicativos de treinos e compartilhada, ao final da atividade faziam-se os relatos pelo WhatsApp sobre os avanços e conquistas. Pelo grupo também eram realizados o acompanhamento e monitoramento das questões nutricionais. No final do desafio foram realizadas as premiações para os participantes que alcançaram maior resultado, como forma de incentivo. O desafio levou ao aumento na adesão das atividades do projeto, colaborando para a manutenção da saúde das pessoas do território durante a pandemia.

É diferente essa dimensão que a gente tira da vida privada e passa a compartilhar no coletivo, é como se fosse, inclusive, uma motivação a mais para eles apresentarem a superação dos seus desafios em um coletivo de pessoas. Então, eu fico pensando: se a gente poderia pensar, inclusive, em uma bonificação para cada vez que se atingir a meta, pensar em algo mais lúdico como um *gamer*. Entendendo que essa adesão que vocês trazem é muito interessante e promissora porque traz uma pedagogia e uma possibilidade de promover saúde em

um ambiente virtual. Mas entendendo, também, que isso não é uma competição, e sim uma socialização de vivências e experiências que podem ser trocadas, não pelo simples fato de aquele indivíduo ganhar a corrida, mas sim porque ele superou os desafios do cotidiano. Estou pensando aqui no nível de estratégias posteriores, tá bom? É muito bacana isso que vocês estão fazendo, porque estão conseguindo associar tecnologia à saúde. Temos estas duas variáveis aí e, também, um dispositivo que possibilita a promoção da saúde. Então como que a gente, daqui para frente, em um cenário de Pandemia, que está longe de acabar, pode ampliar ainda mais essas estratégias (fala do curador).

Muitos participantes realizavam as atividades físicas sozinhos, mas, hoje em dia, aderiram ao grupo e estão inserindo novos participantes.

As orientações nutricionais eram realizadas considerando o perfil dos usuários. Desta forma, alguns têm orientações gerais pelo aplicativo, outros demandam atenção individualizada por não se sentirem confortáveis em expor suas dúvidas coletivamente ou, ainda, porque possuem comorbidades que exigem atenção especial.

Atualmente, o projeto conta com mais de 40 participantes, tendo a participação de homens aumentado significativamente. São pessoas de todas as faixas etárias, de crianças a idosos. A proposta é que realizem atividades diárias.

3.3. A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA COM A CURADORIA: MARCOS x AÇÕES

A construção da prática aconteceu por iniciativa dos trabalhadores da equipe de saúde do município; foram elencados os pontos estratégicos a serem desenvolvidos, como elementos relacionados às doenças crônicas (diabetes e hipertensão). A partir daí, foi possível desenhar um projeto de enfrentamento dessas doenças crônicas por

meio de exercícios físicos, acompanhamento e orientações nutricionais. Esses elementos, por sua vez, foram objetos de reflexão da Curadoria, uma vez que ações dessa natureza são estratégicas para a qualificação do cuidado no SUS. O projeto tem 6 homens ativos, dos quais 3 são hipertensos e 34 mulheres, das quais 10 são hipertensas. Eles começaram a participar do grupo pelas informações repassadas pelos agentes comunitários de saúde e as orientações do profissional de educação física, onde relatavam melhora na qualidade de vida.

Recebemos diversas mensagens em que os participantes relataram a melhoria ao longo desse processo.

Hoje eu consigo me olhar mais no espelho, consigo tirar mais fotos, estou feliz com os resultados, obrigada por não desistir de mim (fala de uma participante).

O processo de participação da Curadoria em Saúde buscou também ressaltar os pontos fortes da prática, criando momentos de celebração pelas realizações, conquistas e aprimoramento das atividades.

Ter acesso a um nutricionista ou a uma comida de qualidade é muito difícil. Então é louvável esse projeto pela questão da oferta de outros serviços à população e que através dele a população possa ser bem orientada sobre cuidados para viver melhor, com qualidade e podendo ajudar outras pessoas da comunidade que ainda não têm esse acesso. A gente sabe o poder que tem os resultados obtidos por uma pessoa e o quanto isso pode ajudar outras a passar pelo mesmo processo de ajuda, autonomia e desenvolvimento (fala do curador).

As oficinas de Curadoria confirmam como é possível dialogar na perspectiva da gestão das expectativas e da construção de um olhar mais ampliado sobre a vida humana. Neste lugar, os curadores puderam contribuir no reconhecimento do percurso que cada trabalhador trilhou para compor a equipe, (re)conhecendo e valorizando sua história dentro do SUS, (des)envolvendo a empatia e o

olhar para o outro. No processo é fundamental estabelecer, “sentir” relações de confiança, respeito e, estabelecer vínculos que permitam “ir mais fundo”. Crescer e se aprimorar, ambas as partes, curadores e equipe de saúde. Com isso, as oficinas geraram oportunidades de construção de ferramentas para a sistematização da prática, entendendo que boas práticas precisam ser contadas para que se possa saber o que é realizado no SUS e difundir essas boas ações. Assim, outras equipes podem se inspirar e inovar no seu território, como fizeram os trabalhadores de São Salvador no Tocantins.

E a outra coisa que pensamos em construir junto com vocês é um itinerário: como estas pessoas chegaram até a unidade? Como eles conheceram essa prática? O que fez eles tomarem essa decisão? E contar esta história. Colocar estes personagens para conversarem, aparecer e contar sobre suas vidas, suas vivências, quais os desafios cotidianos e como que o SUS chega para fazer essa ação de melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde a partir desta experiência de vocês (fala da curadora).

Outro marco no processo de Curadoria foi a Oficina de *Design Thinking* promovida pelos próprios curadores. Com utilização de diversas ferramentas visuais, os curadores trouxeram para a equipe uma reflexão sobre o valor da prática e seu impacto real na vida da população e na melhoria da qualidade de saúde local.

Estamos dentro de um projeto que tem que ver com a experiência do serviço, estamos oferecendo um serviço para o usuário e esse serviço está dentro de um campo de política pública que resulta em uma experiência de serviço e, muitas vezes, eles não são coerentes com o que o cidadão precisa. Então, isso que vocês estão fazendo funciona porque tem uma coerência, tem uma liga com o cidadão, embora que alguns vão e voltam, vocês construíram uma referência para muitas pessoas (fala da curadora).

A Curadoria em Saúde ofereceu metodologias inovadoras no campo da saúde, proporcionando a qualificação do SUS e melhor estruturação da prática. Os curadores trouxeram um olhar ampliado sobre o projeto e investigaram como construir um campo seguro, em que a equipe pode trabalhar com confiança na inteligência coletiva do grupo.

A partir do momento que passamos a ter as reuniões com vocês, o projeto foi se estruturando até chegar na base que temos hoje. Temos ainda algumas coisas para reajustar, mas temos 80% do que é o projeto e eu comparo muito a nossa primeira reunião com a de hoje, na primeira não sabíamos nem o que falar e agora o tempo passa rápido. Quando a gente vem para reunião, a gente vai anotando tudo que vocês falam e já vamos colocando em prática e o pessoal vai se adaptando. Acho que vocês não podem parar com as reuniões porque vamos sentir falta (profissional da equipe de saúde).

Curadores foram facilitadores de conversas significativas:

Isso que a gente vem falando aqui é justamente o nosso papel, que é sistematizar estas novas ideias e fazer a equipe de vocês perceber isso como um projeto, como um serviço que foi construído a partir de problemas que foram detectados em relação à melhora da qualidade de vida, à questão nutricional, à perda de peso e à questão da autoestima. Porque quando você está fora dos padrões impostos pela sociedade, isso afeta sua subjetividade e como você se sente diante do outro (fala da curadora).

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados (Massé, 1995).

3.4. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO: DO BOCA A BOCA À AÇÃO.

A estratégia de comunicação e divulgação da prática é facilitada por conta do número pequeno de moradores no município. O “boca a boca” permite que outros usuários tenham acesso à prática e conheçam seus benefícios. Além da ação dos ACS, que são a ponte da unidade com o território, e o grupo de Whatsapp que facilita e agiliza as divulgações, o tamanho do município amplia sua capacidade de formação de redes de atenção nos territórios. É preciso, contudo, lembrar o importante papel dos Agentes de Saúde, sempre ativos e atentos às demandas da população. Merece, ainda, destaque a capacidade de escuta do profissional de educação física que transformou a percepção do problema trazido pelos agentes de saúde em projeto de intervenção no território.

A participação dos curadores em 2021, na sistematização e qualificação da prática, despertou na equipe a percepção da necessidade de aprimorar os instrumentos e garantir a sustentabilidade da prática. A comunicação da prática para replicação em outros territórios também se mostrou como uma estratégia de fortalecimento do SUS.

Ao delinear conjuntamente (equipe e curadores) os pontos fortes da prática de São Salvador, percebeu-se a proximidade com a comunidade, o papel da educadora e do grupo de WhatsApp como diferenciais, pois além de facilitar a comunicação, propiciaram o aumento do público para a realização das atividades. Esses diferenciais possibilitaram, mesmo em um contexto de pandemia, avanços na qualidade de vida da comunidade. Nesse contexto, a prática desenvolvida no município pelos profissionais de saúde precisa ser compartilhada, pois no Brasil há 5.570 municípios, a maioria de pequeno porte, assim como São Salvador, e muitas ações acabam não acontecendo em decorrência da necessidade de exemplos que demonstrem

ser possível realizar ações simples, de baixo custo e que impactam positivamente na saúde dos usuários do SUS.

O projeto de São Salvador constitui uma vitrine para que profissionais de outros territórios possam ter como inspiração, motivando-os e demonstrando que é possível realizar ações custo-efetivas em municípios de pequeno porte, construindo uma cultura inovadora e permeada de sentidos para os territórios. Por isso, a importância dessa ação que precisa ser compartilhada e servir de modelo a outros municípios que enfrentam situações semelhantes. No próprio município de São Salvador, o poder público parabenizou as ações da equipe em sessão na câmara de vereadores, como reconhecimento do valor de experiências dessa natureza.

3.5. REFLETINDO SOBRE OUTROS CAMINHOS PERCORRIDOS

Para ilustrar a capacidade adaptativa das práticas de saúde nos territórios e a potência na promoção da novos hábitos de vida, apresentamos uma breve experiência local que obteve resultados surpreendentes.

Em outubro de 2021, a equipe do Projeto Vida Saudável lançou como desafio um jogo, com duração de 20 dias, nos quais seriam pontuados: quilômetros percorridos, perda de percentual de gordura, incremento dos exercícios executados. Ficou definido:

Aderiram ao desafio 36 pessoas. Oito pessoas desistiram na primeira semana e outras oito desistiram na segunda semana. Vinte pessoas permaneceram no desafio, e três conseguiram concluir todas as etapas e obter pontuação máxima. A orientação ocorreu diariamente, via Whatsapp, com a equipe do projeto. Ao fim do desafio, foi realizada uma série de atividades, em parceria com os profissionais do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os enfermeiros e com o médico da UBS: um ciclo de palestras sobre o câncer de colo de útero, orientação com a nutricionista, orientação de saúde mental com psicólogo, “aulão” de exercícios e, por fim, um lanche saudável.

4. AQUI CHEGAMOS: NOVAS CONQUISTAS, NOVOS DESAFIOS

As reflexões compartilhadas em reunião de Curadoria e equipes acabaram virando elementos para aprimorar ainda mais as ações e dar *feedback* para a equipe, como é visto na fala do curador:

Esse diagnóstico é importante. Eu acho que um ponto fundamental que vocês trazem é claro que todo um programa público que a gente está fazendo na área de redução dos dados (peso corporal) é algo que confirma se o projeto está dando certo. Mas, um lado tão importante quanto, ou às vezes até mais, é justamente a questão da qualidade de vida e da aceitação da pessoa. Porque muitas vezes ela nem perdeu tanto peso, mas ela está bem com ela mesma e isso impacta nas relações com o companheiro ou a companheira e com outras pessoas que ela se relaciona e encontra nos lugares (fala do curador). As reflexões sobre os casos levantados pela equipe foram de fundamental importância para aprofundar o olhar e trazer novos elementos para o projeto:

A não aceitação por não estar bem consigo mesmo ela tem um impacto muito grande na vida da pessoa e chega um determinado momento em que se ela não faz uso de medicamentos para tratamento da saúde mental, pode ser que daqui a alguns anos faça. Porque pode acontecer da pessoa desenvolver uma depressão profunda causada pelo isolamento social. E isso começa a ter vários impactos na vida da pessoa, o sobrepeso e a obesidade são problemas que a longo prazo pode ser a causa do desenvolvimento de diversas doenças, mas às vezes uma depressão por exemplo, pode ter um impacto muito mais rápido porque a pessoa pode ter que fazer uso de medicação e pode ter ideiação suicida. Então, o impacto, às vezes, dessa não aceitação de si mesmo pode ser muito grande e para algumas pessoas os riscos podem ser até maiores do que ter obesidade. O que vocês estão fazendo está tendo resultados nas duas questões, tanto à pessoa está reduzindo o

peso — que é importante esse controle global — e estão praticando atividade física que já melhora várias questões fisiológicas, além de impactar na saúde mental. Então isso é muito legal para vocês trazerem (fala do curador).

Para mensurar os resultados do Projeto, foram utilizados, além das reflexões entre equipe e da equipe com os curadores, questionários e técnicas para avaliação dos efeitos do projeto na saúde da população assistida. Destacamos:

1. Questionário de bioimpedância — estimando a massa magra, gordura corporal, água corporal total, gordura visceral e massa óssea Registro fotográfico para identificação dos efeitos corporais da mudança de hábitos;
2. Questionário investigativo para autoavaliação dos usuários sobre o efeito das atividades do projeto na sua qualidade de vida.

Relatos de melhorias:

- Redução da tensão pré-menstrual (TPM);
- Melhoria no convívio familiar;
- Aumento da autoestima; Redução da ansiedade; Redução da tensão muscular;
- Melhoria no sono.

É gratificante ver os resultados no processo de autonomia em cuidar de si e se sentir bem.

[...] eles não queriam parar a aula. Então dá para perceber que eles estão gostando, estão felizes consigo mesmo, postando fotos nas redes sociais, falam comigo no privado para tirar dúvidas — às vezes até à noite —, elas também falaram que os sintomas da TPM melhora, o sono e a disposição (fala do profissional de Educação Física).

A Curadoria, por sua vez, traz as reflexões necessárias para o projeto:

Vocês estão trabalhando com reeducação alimentar e com o estímulo à atividade física, vocês transformaram essa dinâmica em um jogo em que você ganha pontos e essa é a forma de motivar as pessoas, porque tem gente que se motiva pelo exercício mesmo — porque se sente bem — e tem gente que se motiva pelo jogo, pelos pontos. Essa é uma forma de estimular a pessoa a não sair e cumprir as metas e vocês fizeram metas bem ousadas, 100 Km é bastante! O pessoal está empenhado (fala do curador).

4.1. TRANSFORMAÇÕES REAIS NA VIDA DOS PARTICIPANTES DA PRÁTICA

O interessante — que foi algo que também se pontuou no encerramento — é que as meninas que ganharam em primeiro e em segundo lugar começaram a fazer atividade física do zero, elas eram sedentárias e preguiçosas em relação à atividade física, não gostavam e falavam que não conseguiriam. Mas, começaram nesse desafio, se adaptaram e hoje elas acordam de manhã cedo para caminhar e também vão à tarde. Depois que elas participaram do desafio, tiveram uma grande evolução porque elas não pararam e tiveram uma mudança de vida mesmo. Tem outras meninas que estão na ativa no projeto e depois do encerramento na hora do lanche elas falaram que iam ter as que venceram esse último desafio como exemplo a ser seguido. Elas acabaram virando motivação para as demais que não estavam tendo tanto foco (fala do profissional da equipe).

Com os resultados positivos das atividades físicas e do uso da auriculoterapia, outras estratégias de incremento têm sido estudadas para inclusão no Projeto. Merece destaque o uso de plantas

medicinais. A proposta é que, através de uma degustação de chás e oferta de palestras, os usuários sejam incentivados a fazer uso dos fitoterápicos. Outra estratégia é a promoção de palestras e orientações sobre a prevenção ao uso do tabaco e demais questões associadas aos hábitos da população do território.

4.2. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA PRÁTICA SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA CURADORIA EM SAÚDE

Ao refletirmos sobre como a Curadoria impactou a prática, o que ela trouxe para a equipe, o que fizeram de novo, o que mudou, não só na experiência, mas no olhar da equipe a partir da Curadoria, nos remetemos às seguintes ponderações:

Toda vez que a gente fala com vocês já sai com mais propostas, então vocês nos auxiliam demais, porque se está acontecendo alguma coisa vocês falam e sempre temos novas ideias. É muito bom falar com vocês, está sendo muito produtivo (fala do profissional da equipe).

A nossa ideia agora é trabalhar com os servidores públicos, tanto os municipais quanto os estaduais. A gente está focado muito na população e percebemos que os funcionários não aderem tanto ao projeto, então vamos lançar no projeto um desafio com servidores de toda a cidade (fala do profissional da equipe).

Isso que a gente vem falando aqui é justamente o nosso papel, que é sistematizar essas novas ideias e fazer a equipe de vocês perceber isso como um projeto, como um serviço que foi construído a partir de problemas que foram detectados em relação à melhora da qualidade de vida, à questão nutricional, à perda de peso e à questão da autoestima. Porque quando você está fora dos padrões impostos pela sociedade isso afeta sua subjetividade e como você se sente diante do outro (fala da curadora).

Além de cuidar da experiência da equipe diretamente envolvida, a Curadoria também se preocupou em como organizar este caminho para que outras ações como essa possam se replicadas ao longo dos serviços do SUS:

Então, acaba que vocês fizeram a primeira versão de uma coisa e depois essa coisa foi se tornando outra, depois outra e isso a gente precisa sistematizar como uma metodologia para que vocês sejam multiplicadores e para que os serviços que vocês estão ofertando esteja dentro da Unidade Básica de Saúde, mas que ele seja um processo para outros e por isso a ideia precisa estar sistematizada para que esse projeto vire um método que possa ser reaplicado em outros espaços (fala da curadora).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Vida Saudável, como projeto de intervenção em saúde, atua no mundo prático e mobiliza saberes diversos em sua prática de trabalho, construindo conhecimentos e sistematizando efeitos e resultados de suas ações. Ter o projeto iluminado pelos olhos dos curadores, trouxe ao território a possibilidade de transitar por outras dimensões que não apenas aquelas da intervenção imediata nos modos de vida de sua população.

A partir do momento que passamos a ter as reuniões com vocês, o projeto foi se estruturando até chegar na base que temos hoje. Temos ainda algumas coisas para reajustar, mas temos 80% do que é o projeto e eu comparo muito a nossa primeira reunião com a de hoje, na primeira não sabíamos nem o que falar e agora o tempo passa rápido. Quando a gente vem para reunião, a gente vai anotando tudo que vocês falam e já vamos colocando em prática e o pessoal vai se adaptando. Acho que vocês não podem parar com as reuniões porque vamos sentir falta (fala da profissional da equipe).

Figura 1. Práticas corporais da academia de saúde



Fonte: Arquivo dos autores.

Figuras 2 e 3. aplicação de Auriculoterapia



Figura 4. Encerramento do desafio ciclismo terapia



Fonte: Arquivo dos autores.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção à Saúde*, Brasília, DF, 2006, 60 p. . Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 20 dezembro de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília, DF, 2006, 92 p. . Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf>. Acesso em: 23 dezembro de 2021.

- CANULT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, vol. 41, n.º 115, pp. 1.177-86, 2017.
- CORRÊA, M. M. *Promoção e intervenção sobre aspectos da (hiper) medicalização em usuários de uma Unidade Básica de Saúde*. Monografia de Especialização. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2016.
- FERIGATO, S. *O processo de Curadoria em saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. . Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2022.

Islândia Maria Carvalho de Sousa

CURADORIA

No sentido estrito, os termos curador e curadoria evocam diferentes sentidos e significados a depender do contexto no qual são empregados, como por exemplo quando o termo curador é utilizado no sistema jurídico implicando na realização da tutela, ou quando curadoria exprime o sentido de montagem de exposições no campo das artes. Tal diversidade de sentidos para uma só palavra acedem a necessidade de nomear na prática o sentido da palavra. Como diz Morin (2005) “As palavras são ao mesmo tempo indicadores, que designam as coisas, e evocadores, que suscitam a representação da coisa nomeada... o nome tem uma potencialidade simbólica imediata: nomeando a coisa, faz surgir o seu espectro e, se o poder de evocação é forte, ressuscita, ainda que esteja ausente, a sua presença concreta” (p. 24).

Deste modo, ao buscar sistematizar a discussão dos sentidos e significados da curadoria a partir da prática por meio do projeto intitulado “Curadoria em Saúde: o desafio de apoiar, qualificar e

multiplicar práticas e soluções em saúde” colocam como etapa da pesquisa problematizar o próprio sentido da curadoria, quais seus espectros e significados e, inicialmente, se apoiam na perspectiva de Oscar Jara Holliday (2006). A escolha conceitual e metodológica sugerida por Jara mantém sinergia com o pragmatismo exigido para o campo da saúde. Assim, a sistematização sustenta sinonímia com curadoria para responder problemas de saúde, para promover soluções práticas e replicáveis. Neste sentido, tal escolha se propõem a realizar uma apropriação crítica da realidade pelas pessoas que estão construindo tal realidade. Esta característica lembra a perspectiva da reflexividade em Giddens (2002), a reflexividade da vida individual ou institucional a partir de novos conhecimentos possibilitam guiar novos rumos para guiar o cotidiano.

O arcabouço teórico, de fato, é coeso com a missão da Plataforma IdeiaSUS, que foi criada com a missão de ser ambiente para partilhar, colaborar, gerar reflexão e ação. E ao tecerem a Curadoria a partir da Missão do IdeiaSUS, novas abordagens teóricas foram sendo costuradas para fazer sentido às diversas partilhas de territórios distintos que alavancam novos desafios.

Assim, as quatro experiências utilizadas como meio e fim para o desenvolvimento da Curadoria suscitaram desde a discussão da cartografia como ferramenta analítica à discussão da gestão, dos saberes populares e do desenvolvimento sustentável como elementos do contexto. O misto de diálogos, modos e meios de sistematizar de cada experiência (Mafra/SC; São Salvador/TO; Santa Luzia/PB e Quissamã/RJ) de início parecem realizados a partir de diferentes costuras que não dialogam, todavia, ao realizar uma aproximação mais detalhada, exprime os pontos de convergência da sistematização que tornaram o processo de sistematização exitoso.

Pode se dizer que as práticas elencadas possibilitam o transpor da objetivação dos sujeitos e suas experiências como ocorreu nos municípios de Santa Luzia e Mafra, haja vista o campo da saúde mental exigir uma sistematização crítica que mantenha o respeito

à subjetivação do sujeito. Isto é, se torna evidente em Santa Luzia quando a poesia é utilizada como prática de cuidado em saúde. Assim, ao sistematizar de forma crítica as experiências, os autores elencam uma base teórica que sustenta uma reflexividade crítica além da proposta de Jara, como o mecanismo analítico da cartografia em saúde, suscitando um novo modo de refletir e qualificar a prática à medida que o mecanismo analítico era realizado.

O mesmo movimento ocorreu em Quissamã, no qual o processo de sistematização provocou os autores a analisarem a história da atenção primária em saúde, identificando os percalços e suas causas. No decorrer da sistematização, os autores conseguem alcançar maior consciência do seu contexto e identificam que, de fato, são as pessoas que fazem a diferença quando mantêm sua capacidade criativa e reflexiva. Tal sistemática traz à lembrança a famosa assertiva de Marx (1969) “Os homens fazem sua própria história mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado. A tradição de todas as gerações mortas oprime como um pesadelo o cérebro dos vivos”.

Todavia, ao promover práticas que desviam do cotidiano e buscam modificar o rumo da história ou o estabelecido, como ocorreu em São Salvador em Tocantins, vimos que apesar do legado passado, as circunstâncias desafiadoras, a tese de Marx (1969), não correspondem a todas as realidades, visto que há territórios vivos modificando histórias e construindo novas possibilidades e a autocritica e reflexão são potentes para isso, especialmente quando realizado em rede de parilhas.

Em suma, a potência do processo de Curadoria realizada no projeto se apresentou quando, ao realizar a sistematização local, as experiências também se abriam para partilhar. Assim, a reflexão partilhada com grupos maiores ou pessoas externas geraram novos *insights* para a prática no território, uma vez que, a partir do contato e discussão com outras experiências práticas foi possível despertar

para questões a serem revistas na experiência local. Foram elementos que mudaram também o olhar dos coordenadores do projeto sobre o fazer da Curadoria e curadores evocando novos sentidos para qualificar a prática não apenas do território, mas da própria Curadoria, enriquecendo o IdeiaSUS com novas experiências e possibilidades.

REFERÊNCIAS

- GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- JARA, O. [Holliday]. *Para sistematizar experiências*. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2.^a ed. revista. Brasília, DF: MMA, 2006, 128 p.
- MARX, K. *O 18 Brumário de Luiz Bonaparte*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1969.
- MORIN, E. *O método 3- o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina; 2005.

SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES) E AS(OS) ORGANIZADORAS(ES)

Adriana Moro

Coordenadora do CAPS I Casa Azul de Mafra/SC, enfermeira, especialista em Enfermagem em Psiquiatria, Saúde Mental e Acupuntura. Doutora em Políticas Públicas e pós-doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. adri.moro@gmail.com.

Alberto Roberge Júnior

Médico. Psiquiatra. Atuação nas áreas de Saúde Mental, Urgência/Urgência e Medicina de Família e Comunidade.

Amanda Müller

Artesã CAPS I Casa Azul. Licenciada em Artes Visuais e pós-graduada em Metodologias de Ensino em Artes Visuais.

André Luís Bonifácio de Carvalho

Docente do Departamento de Promoção da Saúde/CCM/UFPB, pesquisador vinculado ao Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, fisioterapeuta, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UNB). andrelbc4@gmail.com.

Camille Francine Assumpção

Pedagoga. Atuou no CAPS I Casa Azul. Especialista em Psicopedagogia e Arteterapia.

Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero

Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, Educação Profissional na Área de Saúde, Gestão Pública Municipal, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, atual Secretária Municipal de Saúde de Santa Luzia – Paraíba. cecilianachumacero@gmail.com.

Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira (organizadora)

FIOCRUZ/Presidência – IdeiaSUS, analista sênior, economista, especialista em Ouvidoria do SUS pela UNB e UFPB. lecocqclaudia@gmail.com e claudia.oliveira@fiocruz.br.

Daniel Miele Amado

Graduado em Educação Física pela UFPB. Gestor de Políticas e Projetos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Consultor do Ministério da Saúde por 10 anos. Ex-Coordenador da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC.

Delba Machado Barros

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Psicóloga, especialista em Saúde Mental pela UFRJ; em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS) pela ENSP/FIOCRUZ/RJ; em Educação em Saúde Pública pela UFF, mestra e doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ/RJ; em formação avançada na Escola de Psicanálise do Corpo Freudiano. E-mail: delbabarrosrj@gmail.com.

Denize Soares Mota

Nutricionista. Autora do Projeto Vida Saudável.

Elysanya Tavares Bezerra

Fisioterapeuta, Mestranda em Promoção em Saúde, desenvolvimento humano e sociedade. Gestora em Saúde. Autora do Projeto Vida Saudável.

Frank Gonçalves de Almeida

Técnico de informática, arte educador. frankalmeidadesigner@live.com.

Gabriel Lachowicz

Acadêmico de enfermagem da Universidade do Contestado – *Campus* Mafra. Voluntário do projeto.

Helen Jéssica Silva

Naturolôga do CAPS I Casa Azul. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Contestado.

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Enfermeira, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora titular e docente de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ Pernambuco. Líder do Grupo de pesquisas Saberes e Práticas em Saúde – FIOCRUZ-PE e vice líder do Grupo de pesquisa em Economia Política da Saúde – UFPE. Coordenadora Executiva do Observatório Nacional de Saberes Tradicionais e Práticas Integrativas e Complementares.

Jéssica Sartori Ribeiro

Psicóloga do CAPS I Casa Azul. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP. Especializando em Intervenções em Situações de Luto.

Joseane Carvalho Costa

Doutora em Neurociências. Coordenadora Técnica de programas e projetos na área de saúde, biodiversidade e práticas Integrativas e completares junto à Fundação Oswaldo Cruz.

Juliana Garcia Gonçalves (organizadora)

Analista em Ciência & Tecnologia com ênfase em Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde, atualmente lotada na FIOCRUZ. Psicóloga, especialista em Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar e MBA em Gestão de Projetos pela COPPEAD – UFRJ, mestra e doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da UFRJ. julianag.garcia@fiocruz.br e juligg@uol.com.br.

Lairton Bueno Martins

Enfermeiro especialista em educação e saúde mental. Gestor de práticas integrativas e complementares em saúde. Consultor e terapeuta integrativo.

Luciano Pinheiro da Nóbrega Júnior

Enfermeiro, pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e do Trabalho, Emergência do Hospital Nossa Senhora de Neves – João Pessoa/PB, Setor de Obstetrícia da Maternidade Frei Damião – João Pessoa/PB. pjluciano23@gmail.com.

Maria Aparecida Drapalski

Assistente social do CAPS I Casa Azul. Especialista em Saúde Mental e Atenção Biopsicossocial.

Maria Elena da Silva

Secretaria Municipal de Saúde. Agente Comunitário de Saúde na função desde 1-7-1994. Fez curso de auxiliar de enfermagem. E-mail: silvamariaelee-na886@gmail.com.

Marta Gama de Magalhães (organizadora)

FIOCRUZ/Presidência – IdeiaSUS, Colaboradora do Projeto Apoiadores/Rede Colaborativa do COSEMS-RJ, psicóloga, especialista em Gestão Hospitalar, mestra e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. marta.magalhães@fiocruz.br e martamagalhaes47@gmail.com.

Milena da Paixão Gonçalves Viana

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pelo Institutos Superiores de Ensino do Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora (ISECENSA), em Saúde da Família pela UERJ, em Saúde do Trabalhador pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). E-mail: milenaviana85@yahoo.com.br.

Natali da Nóbrega Gambarra

Psicóloga, Coordenadora do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Santa Luzia. nataligambarra@yahoo.com.

Natálio de Medeiros Júnior

Assistente social e historiador, especialista em Saúde Mental pela UNIFIP – Faculdade Integradas de Patos/PB, assistente social do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Santa Luzia/PB e da Equipe multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental de Várzea/PB. nataliojunior@hotmail.com.

Nelino Correa de Souza

Psicólogo Especialista em Saúde mental e Atenção Psicossocial. Autor do Projeto Vida Saudável.

Pamira Reis Bento Barbosa

Profissional de Educação Física. Autora do Projeto Vida Saudável.

Patrícia Wormsbecker

Técnica de Enfermagem do CAPS I Casa Azul. Especialista em Atendimentos Emergenciais (PHTLS). Bombeira Profissional Civil e Comunitária. Socorrista-Resgatista. Terapeuta Reikiana.

Roberto Nascimento Lopes Filho

Secretaria Municipal de Saúde. Médico. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública do México. E-mail: roberto-lo-pes@gmail.com.

Ruth Méia Nunes

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Especialista em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS) pela FI-OCRUZ /RJ; Aperfeiçoamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS - EpiSUS-Fundamental pelo Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde e em Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde pelo EAD/FIOCRUZ. E-mail: ruthmeianunes@gmail.com.

Saulo Silva Vieira

Terapeuta Ocupacional do CAPS I Casa Azul.

Sheila Maria dos Santos Batista

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, especialista em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS) pela FIOCRUZ/RJ; em Gestão em Saúde Materno-Infantil pelo IFF/ ENSP/FIOCRUZ/RJ; em Gerontologia e Geriatria pela UFF/Faculdade de Medicina de Campos e mestrado em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF/Campos/RJ). E-mail: sheilasbatista@gmail.com.

Tiago Feller

Psicólogo do CAPS I Casa Azul. Especialista em Psicologia Clínica.

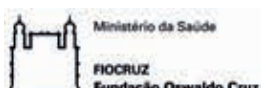
Valcler Rangel Fernandes (organizador)

Assessor de Relações Institucionais da Presidência da FIOCRUZ e Coordenador do Programa IdeiaSUS, médico sanitарista, especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo CESTEh/ENSP/FIOCRUZ. E-mail: valcler.rangel@fiocruz.br e valcler123@gmail.com.

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa. Educadora Popular. Especialista em Docência na Saúde e em Preceptorial no SUS. Mestra e doutora em Educação com ênfase na Saúde. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul. Curadora da Prática de Mafra no Pro-grama IdeiaSUS/FIOCRUZ. E-mail: vanderleia.pulga@uffs.edu.br.





huciteceditora.com.br