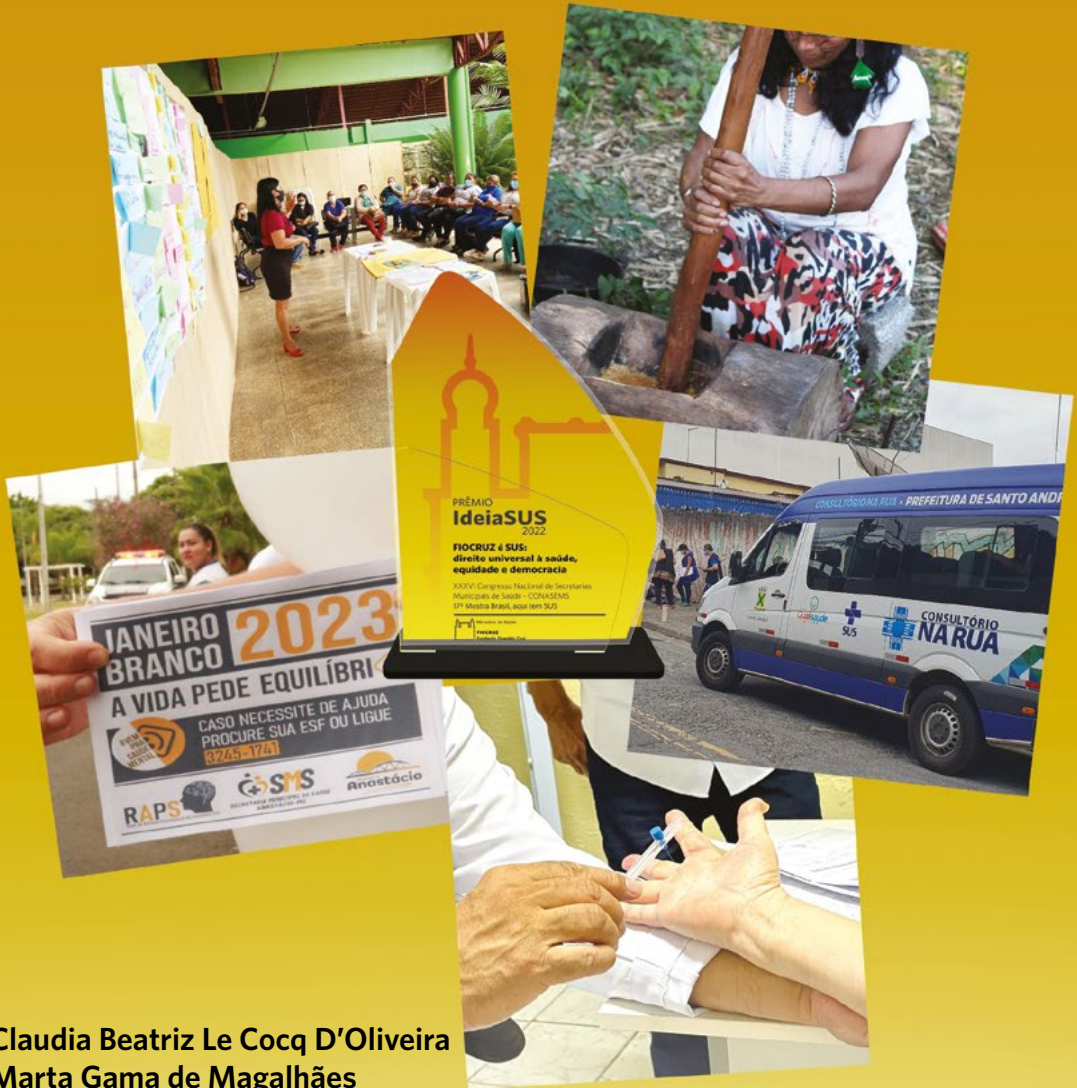


FIOCRUZ É SUS:

RODAS DE SABERES, PRÁTICAS COMPARTILHADAS



Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Marta Gama de Magalhães
Wagner Barbosa de Oliveira
(Org.)

FIOCRUZ É SUS:

**RODAS DE SABERES,
PRÁTICAS COMPARTILHADAS**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)
Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:
Ana Maria Costa
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
Jamilli Silva Santos
Matheus Zuliane Falcão
André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)
Viktória Souza Lima Araújo do Espirito Santo
Iris da Conceição
Suplentes
José Leonidio Madureira de Sousa Santos
Maura Vanessa Silva Sobreira
Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Helene Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Giovanna Bueno Cinacchi
cebes@cebes.org.br

EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet
revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA ASSISTENTE

Carina Munhoz

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

Raquel Helena Cruz Pinto

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Matheus Zuliane Falcão
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha
comunicacao@cebes.org.br

CONSELHO EDITORIAL DO CEBES

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkner@gmail.com
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil <https://orcid.org/0000-0003-0921-0988> – stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – kondilis@qmul.ac.uk
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – hugospinelli09@gmail.com
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br

Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrccarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligia Giovanella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br
Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – maria.salette.jorge@gmail.com
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – marihernandez62@gmail.com
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – roveremarior@gmail.com
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br

IDEIASUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Presidente da FioCruz: Mario Moreira
Coordenador do IdeiaSUS: Wagner Barbosa de Oliveira

CONSELHO EDITORIAL

Wagner Barbosa de Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Claudia Beatriz Le Coq D'Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Marta Gama de Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo (RS), Brasil
Júlio Cesar Schweickardt – Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia, Manaus (AM), Brasil

FIOCRUZ É SUS:

RODAS DE SABERES, PRÁTICAS COMPARTILHADAS

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Marta Gama de Magalhães
Wagner Barbosa de Oliveira
(Org.)

Copyright © 2024 Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marta Gama de Magalhães & Wagner Barbosa de Oliveira

Direitos de publicação reservados por © 2024 Cebes
Avenida Brasil, 4.036 – sala 802 – Manguinhos 21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
<http://cebes.org.br/> – cebes@cebes.org.br

Online: <https://cebes.org.br/publicacoes/livros-digitais/>

Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, da editora.

Coordenação editorial e revisão final: Mariana Chastinet

Normalização: Carina Munhoz

Revisão ortográfica e gramatical: Wanderson Ferreira da Silva

Capa, projeto gráfico e diagramação: Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – www.apoioacultura.com.br

Impressão: Grafitto Gráfica e Editora

A tradução do Capítulo 4 para o Guarani foi de competência e responsabilidade exclusiva da comunidade da Aldeia Taramã e estudantes da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe'e da referida aldeia (com apoio da enfermeira Ivy de Aragão). Reforçamos que algumas palavras não possuem tradução do Guarani para o Português, por não existir na cultura.

D664

D'Oliveira, Claudia Beatriz Le Cocq

Fiocruz é SUS: rodas de saberes, práticas compartilhadas. / Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marta Gama de Magalhães, Wagner Barbosa de Oliveira. (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2024.

4.697 KB ; PDF : il. (52 fotogr.) : color.

DOI: 10.5935/978-65-87037-08-0.B0001

ISBN: 978-65-87037-08-0

1. Curadoria em Saúde 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde 3. Meio Ambiente e Saúde Pública 4. Território Sociocultural 5. Sistema Único de Saúde. I. Magalhães, Marta Gama de. II. Oliveira, Wagner Barbosa de. III. Título.

SUMÁRIO

Prefácio	7
<i>Wagner Barbosa de Oliveira, Valber da Silva Frutuoso, Valcler Rangel Fernandes, Hisham Mohamad Hamida</i>	
Parte I	
IdeiaSUS/Fiocruz: desafios, práticas e curadoria em saúde	11
Capítulo 1	
IdeiaSUS Fiocruz: o processo de Curadoria em Saúde	13
<i>Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marta Gama de Magalhães</i>	
Capítulo 2	
A Curadoria IdeiaSUS: potencialidades e desafios	31
<i>Adriana Moro, Artur Custódio, Carolina Chaccur Abou Jamra, Júlio Cesar Schweickardt, Vanderléia Laodete Pulga</i>	
Parte II	
Práticas e soluções em saúde: o protagonismo dos saberes	47
Capítulo 3 - Região Centro-Oeste	
Implantação da Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio de Anastácio – Mato Grosso do Sul: uma realidade possível	51
<i>Tatiane Marques da Silva, Alexandra Sousa e Silva, Caroline Aparecida Nunes, Endy Wilians de Assis Gomes, Flavia Ribeiro da Trindade, Jéssica Aparecida Alves Simon, Kelly Torresani Moura, Lucas da Silva Florentino, Priscila de Cassia Gomes, Adriana Moro, Ana Laura Piske</i>	
Capítulo 4 - Região Sul	
Equidade no SUS por meio da articulação regional: saúde mental indígena	83
Djo'oramingua ko SUS há'eguy articulação regional: saúde mental m'byakuery regua	122
<i>Eloisa de Lacerda, Patricia Samu Ferreira Batista, Andreia Moreira/Djadjuka Rokadju Poty Mirim, Ana Luiza Pfutzenreuter Nunes, Andreza Carolina Rodrigues Castanho, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Ivy Karla de Aragão Martins Francisco, Liana Melissa Chaves, Lívia de Oliveira Sabioni, Marta Gama de Magalhães, Pedro Eginio Leites de Alexandre, Sérgio Moreira/Kuaray Nhe'e Garai, Vanderléia Laodete Pulga, Wilson Moreira/Karai Nhe'e Garai</i>	

Capítulo 5 - Região Nordeste

Identificação de *clusters* e treinamento em serviço: estratégias para abordagem da hanseníase no município de Pilar, Alagoas 155

Francinny Lima Wanderley da Rocha, Apolonio Nascimento, Clodis Maria Tavares, Eneidyne Lays Albuquerque Santos, Fábio Brasil Fernandes de Araújo, Artur Custodio, Julia da Silva Barreto, Diana Damasceno de Brito

Capítulo 6 - Região Norte

Planejamento participativo na terra das cachoeiras: uma estratégia de educação e promoção de direitos em Presidente Figueiredo, Amazonas 183

Delcicleide Machado da Silva, Camilla Maria Nery Baracho de França, Cibely Machado de Holanda, Marilaine Queiroz de Oliveira, Mariane de Souza Abreu, Júlio Cesar Schweickardt

Capítulo 7 - Região Sudeste

Reduzindo danos e protegendo vidas: relatos de cuidado a gestantes, usuárias de substâncias psicoativas, vivendo na rua em Santo André 211

Antonio Rinaldo Pagni, Andrea Franco Romeiro, Claudemilson José do Nascimento, Carla Leonel Rocato, Daniel Pereira e Silva, José Félix de Oliveira, Leonardo Felipe Rocha, Mábila Rodrigues, Márcio Ferreira Agues, Maria do Carmo do Nascimento Dias, Marinês Santos de Oliveira, Nilzete Aparecida Pereira Borges, Patrícia Tomé Romano

Curadoria: o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas 252

Carolina Chaccour Abou Jamra (curadora), Eduarda Rimes Salgueiro Ferreira (assistente), Layane Franciele de Lima Martins (assistente)

Posfácio

Iniciativas locais: elementos essenciais para a conquista de vida digna e saudável para todas as pessoas 263

Carlos Fidelis Ponte

Sobre os autores 267

PREFÁCIO

A frase “*A Reforma Sanitária é, antes de tudo, um processo civilizatório*”, do sanitarista, professor e pesquisador Sergio Arouca, segue, em 2023, forte, potente e inspiradora para todos os atores que cotidianamente trabalham para consolidar o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela vira ato cada vez que um agente de saúde percorre um território batendo de porta em porta, olho no olho de um usuário do SUS, fazendo promoção da saúde; na equipe que corre contra o tempo para realizar um transplante que reafirma que a vida de cada um vale a pena; na enfermeira ou no médico que estende a mão para um paciente enchendo de acolhimento o ambiente de uma sala de consulta em uma clínica da família em remoto município brasileiro. Toda vez que uma gota de vacina cai na boca de uma criança, o Brasil reafirma seu compromisso com o processo civilizatório.

Os relatos que este livro traz se alinham concretamente à inspiração e à convocação ao trabalho que Sergio Arouca fazia ao conclamar o Brasil para mergulhar de cabeça no estabelecimento do SUS e dos princípios que o norteiam. São evidências fortes de que saúde é direito de todos, dever do Estado. Muitos sanitaristas construíram esse caminho, tais como David Capistrano Filho, Hésio Cordeiro, Antônio Ivo de Carvalho, Eleutério Rodriguez, entre tantos que já se foram. Hoje pessoas e equipes continuam esse processo.

Quando a equipe do Consultório na Rua de Santo André, em São Paulo, lança-se ao território para encontrar pessoas em situação de grande vulnerabilidade, reafirmam-se os princípios do SUS, como equidade e acesso. Quando a população de Presidente Figueiredo, no Amazonas, senta-se para dialogar sobre agenda e definição de metas de saúde do município, sela-se que participação e controle social seguem como essências inalienáveis do SUS. Quando o SUS olha de igual para a saúde da população indígena em Santa Catarina, estamos os chamando, de fato, de irmãos brasileiros. Quando profissionais de Anastácio, em Mato Grosso, seguram forte as mãos de pes-

soas vulneráveis ao suicídio e a questões de saúde mental, escrevem novos e inspiradores capítulos da saúde pública. Há algo mais civilizatório que perseguir metas para controlar e eliminar a hanseníase em Pilar, Alagoas?

É isto que os relatos das próximas páginas trazem: o SUS e seus distintos atores e trabalhadores mergulhando no coração do Brasil para fazer valer seus princípios, metas e diretrizes. Trata-se de experiências, práticas e soluções que precisam ser reproduzidas, adaptadas, conhecidas e reinventadas em outros municípios brasileiros – que revelam, ainda, nuances e desafios do SUS em seu processo de financiamento e consolidação.

De parte da Plataforma IdeiaSUS, contam muito sobre o aperfeiçoamento e o estágio de evolução e maturação a que a chamada ‘curadoria em saúde’ – que, em síntese, traz em seu DNA o compromisso de reunir pessoas e distintos profissionais e saberes para dialogar e pensar em aprimoramento do processo de avaliação em saúde coletiva – chegou neste ano de 2023. Rever processos, estudar nuances de cada território, refletir sobre modos de operação, convocar especialistas para discutir de forma dialógica sobre como se dão métodos e práticas de cada experiência também é revisitar os princípios do SUS.

A Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz completa dez anos em 2023 ciente desta sua tarefa: ser um espaço que concentra diferentes experiências desenvolvidas por unidades e trabalhadores do SUS em todo Brasil. Sua missão é reunir e disponibilizar ações que consolidem, reflitam e aperfeiçoem o SUS. Realiza, ainda, atividades que ampliam reflexões e discussões dentro dessa missão, como as comunidades, as curadorias e as rodas de práticas.

Mais que isso. Produz, também, um acervo próprio sobre o SUS, associado aos seus objetivos, como livros, atividades de educação presencial e a distância, diferentes produtos comunicacionais – como vídeos e *web* séries –, e firma acordos de parcerias voltados a cumprir suas metas institucionais. Gestada no âmbito da cooperação técnica entre Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), amadurece como ‘banco de práticas e soluções em saúde e ambiente’ e se consubstancia com mais um produto e ação concreta como este livro; é um importante indicador do nosso compromisso com quem faz e acessa o SUS no cotidiano.

A parceria com o Conasems a partir do intercâmbio das experiências apresentadas na Mostra Brasil, aqui tem SUS, com sua diversidade, tem possibilitado o compartilhamento das iniciativas municipais e desenha no mapa do Brasil uma série de histórias de inclusão, de comprometimento com a promoção da equidade e integralidade como também superação de dificuldades, e fortalece o sentimento de pertencimento a um coletivo construído por muitas mãos.

Contudo, é preciso mais. A emergência sanitária da Covid-19 revelou o lugar de reafirmação que precisamos direcionar ao SUS, pois foi nele que o Brasil precisou se apoiar para superar boa parte da grande e profunda crise de saúde que ainda vivemos. Foi a vacina do SUS que salvou milhões de pessoas. No entanto, é bom lembrar e mencionar que foram os milhares de unidades e profissionais de saúde espalhados pelo País que estiveram na linha de frente contra a doença: colhendo dados em vigilância em saúde, não parando de se comunicar com famílias e com pessoas vivendo sozinhas para acolhê-las durante o isolamento, dando ar e confortando quem foi hospitalizado, colhendo evidências científicas para definir estratégias de enfrentamento.

Por tudo isso, temos o enorme desafio de ampliar os imaginários sociais sobre o lugar do SUS na vida do brasileiro – de propor soluções e inovações. É preciso ir fundo e mobilizar mentes e corações sobre o papel do sistema público de saúde na vida das pessoas. Na sua qualidade de vida. Em capilarizar em quanto o conceito ampliado de saúde representado pelo SUS significa mirar novas possibilidades de um país mais digno, justo e que protege seus cidadãos, revertendo a desigualdade perpetrada pelo racismo e pela concentração de renda.

Falar de SUS também é falar de emergências climáticas. É apontar que prevenir é melhor que remediar. É demonstrar que investir em atenção primária em saúde é capital para o Brasil ser um lugar digno para sua população. É problematizar que o amplo acesso à água deve virar meta prioritária se queremos ser reconhecidos como um país civilizado e que tem orgulho de garantir saúde a todos, com inclusão das camadas mais pobres e que vivem em territórios vulnerabilizados. Afinal, provamos em outras jornadas que podemos. Basta olhar pelo retrovisor e distinguir que fomos modelo mundial no combate à epidemia de HIV/Aids; nas altas taxas de coberturas vacinais, no sucesso do programa de transplantes, no controle do tabagismo. Sim, caro leitor, isso tudo está associado ao SUS.

Somos um país que já enfrenta enormes desafios em saúde coletiva. A população envelheceu, e, com isso, temos a espinhosa tarefa de lidar com doenças crônico-degenerativas lado a lado à reemergência de doenças parasitárias e infecciosas. Mal saídos do surgimento do Zika vírus, topamos com a Covid-19 – que deixou um legado de sequelas em milhões de brasileiros. O mosquito *Aedes* segue à espreita. Convivemos com a insegurança alimentar e a fome e temos obesos mórbidos em função da baixa qualidade dos alimentos superindustrializados e seus efeitos danosos. Precisamos agir pela saúde das periferias urbanas e rurais, atuando com a sociedade civil e aprendendo com suas potências. Apenas o SUS e somente ele poderá dar uma resposta à altura aos desafios que temos pela frente, aprofundando a atuação intersetorial e construindo políticas públicas contra-hegemônicas.

É importante destacar a complexidade deste cenário para a organização do sistema de saúde pública brasileiro, que funciona com relações, competências e responsabilidades tripartites entre os entes federados, em territórios diversos e singulares do nosso país.

É preciso, portanto, ampliar a consciência pública de que apoiar e financiar o SUS plenamente deve ser agenda prioritária. Fazer dessa forma é ter certeza de que perseguir o tal processo civilizatório, ouvindo e ecoando Arouca, nos colocará em um caminho repleto de boas possibilidades para o Brasil e para cada cidadão. Que este livro e as experiências da Plataforma IdeiaSUS sejam contribuição neste processo educativo-informacional-comunicacional.

Wagner Barbosa de Oliveira.

Coordenador do IdeiaSUS da Fundação Oswaldo Cruz.

Valber da Silva Frutuoso.

Coordenador de Relações Institucionais/Presidência Fiocruz.

Valcler Rangel Fernandes.

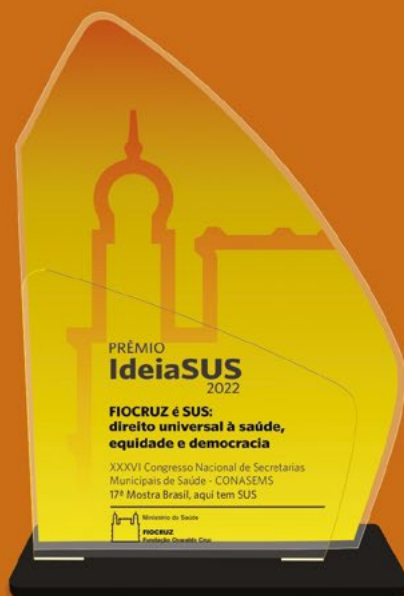
Assessor Especial para Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Ministério da Saúde.

Hisham Mohamad Hamida.

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretário Municipal de Saúde de Pirenópolis/GO.

Parte I

IDEIASUS/FIOCRUZ: DESAFIOS, PRÁTICAS E CURADORIA EM SAÚDE



1

IDEIASUS FIOCRUZ: O PROCESSO DE CURADORIA EM SAÚDE

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

Marta Gama de Magalhães

CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ: UM PROCESSO COLETIVO E PARTICIPATIVO

[...] Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando que se faz o caminho [...]
(‘Enquanto houver sol’. Titãs)

Olhar o caminho percorrido e, calçado nele, seguir avançando com passadas largas, curtas, leves ou pesadas de cada uma das pessoas que, de modo generoso, contribuem para construção e reconstrução da saúde pública nos territórios brasileiros. Especificamente, daquelas que fazem parte das rodas de práticas promovidas no processo de Curadoria em Saúde, compartilhando saberes cotidianos, por meio de suas falas e/ou escritas, visibilizadas com imagens descritas por palavras e/ou lançadas em tela em um esforço de proporcionar reações, reflexões, ponderações das causas, métodos, resultados e desafios.

Faz parte da visão desta singular obra, a busca de soluções para melhoria contínua do estado de saúde das pessoas que circulam pelas diversas unidades de diferentes portes, em diferentes locais, sejam elas usuárias, profissionais, gestores, em uma ousadia esperançosa da vivência em sociedade incluyente, participativa, colaborativa, incentivadas nas parcerias das redes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz é uma atividade permanente do IdeiaSUS, criado em 2013, na Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde. Atualmente vinculado à Assessoria de Relações Institucionais da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma iniciativa da cooperação técnica entre a Fiocruz, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), no âmbito do processo de consolidação da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS.

Pode-se afirmar que o ponto inicial para a construção da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz foi a atividade no Abrascão, ocorrida em 24 de julho de 2018 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), durante o Pré-Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Naquele momento, foi realizada uma oficina com apresentação de 12 trabalhos dos municípios do Rio de Janeiro, em uma parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ) e com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

As práticas de diferentes municípios foram exibidas, evidenciando suas realizações inovadoras de melhorias no SUS, seja na organização da gestão dos serviços, no cuidado ao paciente em tratamento, seja na busca de um atendimento mais humanizado, proporcionando frutífero debate e apontando para necessidades, soluções e desdobramentos em seus ambientes de trabalho.

Na oficina, a equipe IdeiaSUS expôs pela primeira vez a metodologia de Sistematização de Experiências, de Oscar Jara Holliday, demonstrando a importância de as experiências serem registradas, abrindo a oportunidade de publicações acontecerem no ambiente do Banco de Práticas da Plataforma IdeiaSUS. Como andamento da conversa colaborativa entre parceiros, foi vislumbrada a possibilidade de um acompanhamento a ser realizado via especialistas, e/ou pesquisadores,

durante um período. Começou, assim, a nascer a ideia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz.

Em 5 de julho de 2019, em Brasília, na 16ª Mostra Brasil aqui tem SUS, durante o XXXV Congresso do Conasems que teve o tema ‘Diálogos no cotidiano do SUS’, foi realizada a 8ª Roda de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS com a participação de experiências das cinco regiões territoriais brasileiras. As equipes de profissionais e gestores responsáveis pela autoria dessas práticas do SUS foram convidadas a participar da primeira Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz.

[...] Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltadas para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais. (Rangel, 2019).



8ª Roda de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS Fiocruz (acervo IdeiaSUS Fiocruz).

O reconhecimento e o resultado da parceria institucional entre a Fiocruz e o Conasems possibilitaram que a iniciativa da Curadoria em Saúde IdeiaSUS se configurasse como uma proposta articulada à Mostra Brasil aqui tem SUS e às Mostras Estaduais, nos estados que possuem cooperação técnica com o IdeiaSUS.

A Curadoria em Saúde passou, de fato, a ser desenvolvida pelo IdeiaSUS Fiocruz com as instituições parceiras, tendo o Conasems como pioneiro, seguido pelo Cosems RJ e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (Cosems-PB) em conjunto com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A construção coletiva e colaborativa conta com a participação de profissionais, pesquisadores, gestores, professores e estudantes de diversas instituições que possuem como ponto em comum a defesa da democracia, da saúde e da educação pública.

[...] se concordamos com a ideia de que existem diferentes tipos de saberes além do científico, de que a ciência não é homogênea (ainda que haja práticas científicas dominantes) e de que o reconhecimento e o diálogo entre saberes podem nos enriquecer, fica mais fácil nos abirmos para outros modos de conhecimento. (Melo, 2020, p. 97).



Mostra Estadual de Práticas de Saúde do Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz do V Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro – 2019 (acervo IdeiaSUS Fiocruz).

Os encontros presenciais promovidos pela atividade de Curadoria em Saúde IdeiaSUS são formatados para acontecerem de modo circular, ou seja, em roda. A roda propicia aproximação de falas, de olhares, da

visualização de todas as pessoas que estão dentro do círculo, criando um ambiente de proximidade e atenção. As rodas da Curadoria em Saúde são espaços participativos. Toda roda é mediada, tem abertura, apresentação de experiências, tem comentaristas, pode ser uma roda temática ou multitemática, tem debate de ideias.

As rodas acontecem para somar saberes. O praticado em uma região pode ser inovador para outra região ou trazer um novo método a ser aplicado – assim como uma experiência que não deu certo serve de aprendizado. O conhecimento das políticas, das ações e dos serviços realizados no SUS é compartilhado e segue adiante agregando valores aos territórios. São as rodas de práticas acontecendo no SUS.



Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz/Cosems-PB/UFPB, 2020 (acervo Curadoria IdeiaSUS Fiocruz).

Hoje, a Curadoria em Saúde IdeiaSUS é reconhecida como um processo formativo e informativo de práticas do SUS – neste caso, exitosas –, tendo como objetivos compartilhar, somar, contribuir para a reflexão, a sistematização e o fomento da discussão para sua sustentabilidade, percorrendo uma sólida estrada de implementação nos diversos territórios dos quais as práticas fazem parte.

É válido lembrar que a aplicabilidade da Curadoria em Saúde, com o exercício de sua atuação, traz aprimoramentos circunstanciais

ou permanentes. Ela é fruto das contribuições dadas no intercâmbio de saberes durante o conhecimento e o reconhecimento das experiências em seus territórios, bem como nas proposições extraídas pelo corpo de curadores, de observações e sugestões acrescentadas conforme a necessidade apresentada para melhor desenvolvimento das práticas.

Para desenvolvimento da Curadoria, realizamos uma consolidação das principais metodologias utilizadas, que estão disponibilizadas na publicação ‘Guia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz’, do Projeto Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde, selecionado no edital Inova Gestão do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação em outubro de 2020, podendo ser acessado na Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz (www.ideiasus.fiocruz.br). Assim como os livros e os vídeos publicados desde 2020, constam do acervo de publicações IdeiaSUS Fiocruz. Citamos os livros sobre a temática da Curadoria em Saúde disponibilizados gratuitamente e de fácil acesso.

- ‘IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde’;
- ‘Caminhos da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz: práticas de saúde fortalecendo o SUS na Paraíba’;
- ‘Guia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz’;
- ‘IdeiaSUS curadoria em saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções em saúde’.

[...] O mundo da cultura que se alonga em mundo da história é um mundo de liberdade, de opção, de decisão, mundo de possibilidade em que a decência pode ser negada, a liberdade ofendida e recusada. Por isso mesmo a capacitação de mulheres e homens em torno de saberes instrumentais jamais pode prescindir de sua formação ética. (Freire, 2002, p. 62).

Destaca-se que a Curadoria em Saúde se desenvolve em total consonância com as diretrizes institucionais da Fiocruz de promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania. De forma similar, de acordo com o objetivo do IdeiaSUS de compartilhar práticas mapeadas do plano local, regional e nacional, divulgando soluções inovadoras do SUS e para

o SUS. Outrossim em conformidade com os objetivos da Mostra Brasil aqui tem SUS do Conasems de:

- propiciar o intercâmbio de experiências municipais e distritais bem-sucedidas no SUS; estimular, fortalecer e divulgar as ações de municípios e do Distrito Federal que inovam nas soluções visando à garantia do direito à saúde; dar visibilidade às práticas de saúde na abrangência da gestão municipal e distrital segundo a realidade dos territórios; promover um espaço para a troca de experiências e reflexões sobre a gestão e organização de serviços de saúde; estimular, fortalecer e divulgar as ações dos Cosems e da estratégia de apoio à gestão municipal, com vistas ao fortalecimento do SUS.

Dando prosseguimento à consolidação da relevante cooperação entre Fiocruz e Conasems, apresentamos o Prêmio IdeiaSUS Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia. Elaborado em 2022, teve criação artística de Airton Santos, com a supervisão de Elisa Andreis, na época Coordenadora da Comunicação Social da Fiocruz, expressando as premissas do trabalho desenvolvido pela Curadoria IdeiaSUS.



Prêmio IdeiaSUS 2022 Fiocruz é SUS (acervo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz).

Fiocruz é SUS expressa a imensurável ligação da instituição com o sistema de saúde brasileiro. Fiocruz é SUS, expressão citada nas suas teses, inspirou o prêmio da Mostra Nacional aqui tem SUS do Conasems. A grande Mostra que é uma ‘amostra’ da grandeza do SUS, nas suas várias faces, possibilidades e construções.

A salutar parceria entre o Conasems e a Fiocruz proporciona na Mostra Brasil aqui tem SUS o ‘Prêmio IdeiaSUS – Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia’, marco da defesa do SUS e seu indissociável compromisso com a dignidade humana, a justiça social, a democracia e a preservação do ambiente como centro das preocupações do desenvolvimento do País. Além disso, premiou, em 2022, práticas de saúde das cinco regiões de saúde brasileiras (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul), aquelas que se ‘amostram’ sob o olhar da produção do conhecimento no cotidiano do cuidado e da gestão.

Entendendo as práticas de saúde na sua dimensão estruturante, citamos Carvalho e Luz (2009, p. 324),

[...] É a partir de seu caráter estruturante que as práticas de saúde se constituem em solo propício para transformações culturais e sociais. As possibilidades de transformação que se estabelecem com a construção de novos sentidos e significados, calcados nas ações concretas dos praticantes, podem produzir estratégias organizadas de enfrentamento da crise sanitária, numa dimensão de microcosmos, de mudanças construídas como ‘respiradouros’; numa realidade sufocante de desigualdades sociais.

São práticas de saúde que, no seu processo pedagógico de aprender e ensinar, constroem ações geradoras de movimentos da vida e do humano no Brasil e no mundo, dando sentido para ideias singulares na rede colaborativa de intercâmbio da Plataforma IdeiaSUS.

Dessa forma, precisamos dar luz às práticas de saúde premiadas de 2022, que contam seus percursos e histórias nos capítulos deste livro. Momentos de virtudes, dificuldades e desafios, com ‘jeito’ de trabalhadoras(es) da saúde e coletividades. Relatos corajosos de um ‘fazer’ cotidiano, criativo e comprometido. Relatos que se apropriam da diversidade dos territórios para descrever seus caminhos possíveis, sua produção de conhecimento, que nos alimenta de possibilidades reais de como pensar, sonhar, fazer. São elas:

- ‘Implantação da Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio de Anastácio/MS: uma realidade possível’, do município de Anastácio – MS;
- ‘Equidade no SUS por meio da Articulação Regional: Saúde Mental Indígena’, do município de Balneário Barra do Sul – SC;
- ‘Identificação de *Clusters* e Treinamento em Serviço: estratégias para abordagem da hanseníase’, do município de Pilar – AL;
- ‘Conferências Locais de Saúde: estratégias de Educação Permanente para o Plano Municipal de Saúde’, do município de Presidente Figueiredo – AM;
- ‘Reduzindo Danos e Protegendo Vidas – Cuidado às Gestantes em Situação de Rua, usuárias de SPA’, do município de Santo André – SP.

Nesse um ano de Curadoria, trocamos, aprendemos, refletimos, construímos, desconstruímos! Tudo isso refletindo um novo olhar e uma nova escuta que se soma às existentes:

- Como manter os projetos vivos e ativos, com múltiplas demandas nos campos de atuação?
- As equipes demonstram capacidade de evoluir e de se adaptar nos momentos de potencialidades e adversidades?
- 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, para fortalecer uma rede colaborativa?
- Quais as melhores formas de comunicar as práticas nos territórios e para além deles?

Assim, trilhamos os caminhos possíveis da Curadoria em Saúde IdeiaSUS, no seu propósito de trabalhar a sustentabilidade, a capacidade de comunicação e o fortalecimento dos coletivos das práticas de saúde. Fomos desafiados a acompanhar e a apoiar como estratégia para premiar, na nossa missão de escuta e de ativação de processos reflexivos para produção de conhecimento e transformações no sistema de saúde.

Ademais, no compromisso de formar para o SUS, recebemos os discentes de graduação das várias áreas da saúde para vivências de campo – e foram muitas emoções, na convivência com a alegria do conhecimento e a capacidade de criação. Para tanto, utilizamos como referencial teórico a sistematização de experiências do educador popular Oscar Jara que citamos a seguir.



Encontro com Oscar Jara, Universidade Federal Fronteira do Sul, Sistematização de Experiências, 2019 (acervo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz).

Não basta só intercambiar descrições ou narrativas sobre nossas experiências, talvez seja mais importante descobrir quais são as principais aprendizagens que podemos tirar dessas nossas práticas. Nossas práticas estão cheias de aprendizagens! Então, refletir criticamente sobre elas, produzir aprendizagens, intercambiar e trocar essas aprendizagens, compartilhar, é tarefa muito importante. Não só porque as aprendizagens nos permitem ir além das descrições, nossas aprendizagens nos permitem também descobrir possibilidades novas, imaginar novas condições e potencialidades que estão presentes nas nossas práticas. [Depoimento de Oscar Jaraⁱ para Fernandes *et al.*, 2022].

i Sociólogo, educador popular e presidente do Conselho de Educação da América Latina e Caribe – Ceaal, para o vídeo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS – Programa Inova Gestão – Fiocruz, 2022.

Esse referencial teórico baliza a missão da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz de compartilhar, apoiar, gerar reflexão, ação e transformação, nas diversas partilhas de territórios distintos que alavancam novos desafios. Por conseguinte, baliza o exercício do trabalho de profissionais que se colocam à disposição como Curadoras (es), para estimular nas equipes das práticas o interesse em pensar e repensar na efetividade da atuação em um sistemático ciclo de melhoria contínua. Para isso, como se aprende com Oscar Jara, é preciso

compreender mais profundamente as experiências e assim melhorá-las, compartilhar os aprendizados (e não só narrações) com outras experiências semelhantes, contribuir para a reflexão teórica com conhecimentos surgidos diretamente das experiências, e incidir em políticas a partir de aprendizados concretos delas. (Oliveira-Costa, 2022).

No desenvolvimento da Curadoria, foram realizadas atividades de atualização do registro das práticas de saúde na Plataforma IdeiaSUS e integração delas à Comunidade de Práticas Saúde e Ambiente. Como atividades virtuais, foram realizadas *Web* Reuniões de acompanhamento para planejamento e nivelamento de conhecimento com as práticas de saúde e uma intensa agenda de reuniões de gestão entre equipe IdeiaSUS, envolvendo parceiros institucionais internos da Fiocruz, como a VídeoSaúde e o Canal de Saúde, este último responsável por desenvolver um dos produtos da premiação, os vídeos de cada prática de saúde, que integrarão a programação do Programa Saúde na Estrada.

Outro importante momento da Curadoria foi à realização das *Web* Rodas Temáticas, construídas a partir de temas de interesse das práticas de saúde e contando com a participação de convidados com *expertise* no conteúdo abordado tratado, que redundaram em três atividades:

– *Web* Roda ‘Para além do Setembro Amarelo: o impacto na saúde de quem cuida de pessoas com comportamento suicida’, com Tatiane Marques, autora da prática de saúde de Anastácio – MS; Marinês Santos de Oliveira, Coordenadora de Saúde Mental de Santo André – SP; Adriana Moro, Curadora IdeiaSUS Fiocruz, com Pós-doutorado em Saúde Pública e Coordenadora do Caps Azul de Mafra – SC; e Claudio Luiz Gastal, psiquiatra e fundador da Associação Esperança Casa Azul.

– *Web Roda* ‘Direito a Saúde da Mulher’, com as autoras das práticas de saúde Mangaratiba – RJ, João Pessoa – PB, Queimadas – PB; Leila Adesse, médica sanitária, Doutora em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); Corina Mendes, professora e pesquisadora do IFF/Fiocruz e Curadora do IdeiaSUS; Viviane Cesário, Assessora da Secretaria Executiva do Ministério das Mulheres.

– *Web Roda* ‘O desejo da maternidade de mulheres em situação de rua’, com a participação de Antônio Rinaldo Pagni, autor da prática de Santo André – SP; Junia Quiroga, representante auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas no Brasil; Maria Ribeiro, professora no Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; Marcelo Pedra, pesquisador do Núcleo de Populações em Situações de Vulnerabilidade e Saúde Mental na Atenção Básica (NuPop) da Fiocruz Brasília; e Giancarlo Silkunas Vay, defensor público do estado de São Paulo e professor de Direito da Criança e do Adolescente, Criminologia e Direito Penal.

No ano de 2023, conseguimos resgatar as atividades presenciais da Curadoria, paralisadas pelo advento da pandemia da Covid-19. Realizamos a Oficina da Curadoria em Saúde e as visitas aos municípios premiados. As visitas foram realizadas com a presença das gestoras da curadoria, Claudia Le Cocq e Marta Magalhães, além da Curadora ou Curador e assistentes de cada prática de saúde. Esse momento foi precedido de intensa agenda de organização da programação da visita, áreas de interesse a visitar, reunião com gestores locais, visita aos parceiros comunitários e institucionais da prática, visita à rede de saúde, especialmente nas unidades de saúde que fazem interface com o trabalho realizado, roda de conversa e oficinas com as equipes de saúde.

É importante registrar esse momento de reconhecimento da vivência concreta de prática e toda a sua dimensão cotidiana, dando ênfase ao conhecimento do processo de trabalho e de todos os atores envolvidos com a prática. Correr os cinco cantos do País possibilitou confirmar a riqueza e a diversidade das práticas e de seus territórios, com singularidades como o território indígena do Sul, o território das águas do Norte, o território urbano do Sudeste, o território de pequeno município do Nordeste e o território

do pantanal no Centro-Oeste. No entanto, a riqueza maior foi o registro do SUS vivo e pungente nesses vários territórios, todos com imensos desafios de sustentabilidade, mas fortalecidos pelo reconhecimento do seu trabalho.

A Oficina da Curadoria realizou-se em março de 2023, com a presença dos atores envolvidos com o processo, autores das práticas, curadores, assistentes e convidados da premiação nacional, além das práticas premiadas do Rio de Janeiro e da Paraíba, seus autores e parceiros como a UFPB, conforme a programação abaixo:

Figura 1. Programação Oficina Curadoria em Saúde – 2023

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz</p>	 <p>IdeiaSUS Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente</p>
OFICINA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ	
Data: 13 e 14 de março de 2023	Horário: 9h às 16h
Local: Campus Maré FIOCRUZ – Prédio FIOTEC - Av. Brasil 4036 – Manginhos/RJ	
PROGRAMAÇÃO	
Dia: 13/03/2022	
Manhã = 9h às 12h	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentações e Expectativas (trazer palavra/símbolo expressando sua prática) – Claudia Beatriz Le Cocq 2. FIOCRUZ e o IdeiaSUS – Valcley Rangel Fernandes 3. Caminhos da Curadoria em Saúde IdeiaSUS FIOCRUZ – Marta Gama Magalhães 4. Conhecendo a Sistematização das Práticas e Orientações Atividade em Grupo - Vanderléia Pulga 	
ALMOÇO – 12h às 13:30'h	
Tarde – 13:30h às 16h	
<ol style="list-style-type: none"> 5. Refletindo sobre as Práticas de Saúde (atividade em grupo – 15') <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Apresentação de cada prática e debate 5.2. Síntese do debate, comentários, problematização – Vanderléia Pulga - UFFS 6. Encerramento. 7. Visita ao Castelo Mourisco – Campus Fiocruz 	
Dia: 14/03/2023	
Manhã – 9h às 12h	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escrita Participativa e Colaborativa – Júlio Cesar Schweickardt - FIOCRUZ Amazonas 	
ALMOÇO – 12h às 13:30h	
Tarde - 14h às 16h	
<ol style="list-style-type: none"> 2. Captando Imagens com Celular – Marcia Corrêa e Castro - Canal Saúde FIOCRUZ 3. Encerramento Propositivo. 	

Fonte: acervo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz.

A sistematização é um processo de produção de conhecimento que se dá a partir da vivência dos atores envolvidos e, portanto, configura-se como um processo participativo. Por sua vez, a participação implica um mergulho no interior da prática de saúde, com um olhar reflexivo, capaz de aprofundar a lógica do processo vivido, dos fatores essenciais que intervieram no mesmo, como eles se relacionam e o porquê de sua trajetória. (D'Oliveira *et al.*, 2021, p. 60).



Oficina da Curadoria em Saúde IdeiaSUS – 2023 (acervo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz).

Foram momentos de importante intercâmbio e produção de conhecimento. Registrem-se o compromisso e o desafio assumidos pelos gestores e pelas equipes das práticas de saúde dos cinco municípios premiados, que nos brindaram durante o processo da Curadoria, com reflexões no campo dos cuidados em saúde mental, saúde indígena, cuidado às gestantes em situação de rua, hanseníase, e participação e controle social.

Destaca-se, no processo da Curadoria em Saúde IdeiaSUS, a fundamental atuação das(os) Curadoras(es) e suas assistentes, todas discentes em formação para o SUS. Trabalhadoras (es) da saúde, docentes, pesquisadoras(es), defensoras(es) do SUS, nas suas várias agendas de atuação, que produziram momentos políticos-pedagógicos de transformação

nas práticas de saúde, efetivando o que chamamos de apoiar para somar. Citamos aqui Adriana Moro e Ana Laura Piske (prática de Anastácio – MS), Vanderléia Pulga e Livia de Oliveira Sabioni (prática de Balneário Barra do Sul – SC), Artur Custódio, Julia Barreto e Diana Damasceno (prática de Pilar – AL), Júlio Cesar Schweickardt e Marilaine Queiroz (prática de Presidente Figueiredo – AM) e Carolina Chacur, Eduarda Rimes e Layane Franciele de Lima (prática de Santo André – SP).

A Curadoria em saúde é um processo que se apresenta ao território com abertura para conhecer e apoiar. Em uma perspectiva de atuação solidária e construtiva, técnica e política, estabelecendo com o território e os atores locais o compromisso de atuar na produção de encontros e produção coletiva e democrática de conhecimento que advém da prática de saúde. Ressalta-se, entretanto, que cada trajetória estabelecida pela Curadoria em Saúde é única, não há um padrão a ser seguido, e sim de apontar (Magalhães; D'Oliveira; Gonçalves, 2021).

caminhos possíveis que, pautados em diretrizes e princípios, fortaleçam o desenvolvimento do SUS e estimulem nos espaços micropolíticos a construção de arranjos em saúde capaz de atender às necessidades da população. (Magalhães; D'Oliveira; Gonçalves, 2021, p. 80).

Em tempos de resgate das Políticas Nacionais de Educação Popular em Saúde e Educação Permanente em Saúde, políticas estruturantes do SUS, registramos que a Curadoria tem se inspirado nos seus princípios e eixos estratégicos. Princípios que apontam para o protagonismo de mulheres e homens, trabalhadores da saúde, na produção de conhecimento a partir da problematização das ações em serviço e da fundamental articulação deles com a atuação nos territórios, por intermédio e a partir da centralização nos direitos dos usuários e da participação popular, para defesa de modos de vida saudáveis, singulares, democráticos e populares.

Art. 2º 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).

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva; Art. 1º Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Brasil, 2004).



Fechamento Oficina Curadoria IdeiaSUS Fiocruz – 2023 (*acervo Curadoria em Saúde IdeiaSUS*).

Aceite o nosso convite de percorrer as páginas deste livro para conhecer um modo de pesquisa-ação inovadora, includente e participativa. Inspire-se com a força do SUS!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como

estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 nov. 2013.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, n. 29, p. 313-26, abr-jun. 2009.

D'OLIVEIRA, C. B. L. C. et al. IdeiaSUS/Fiocruz, UFPB e Cosems-PB: construindo a curadoria em saúde para o fortalecimento do SUS na Paraíba. In: D'OLIVEIRA, C. B. L. C. et al. (org.). *Caminhos da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz: práticas de saúde fortalecendo o SUS na Paraíba*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2021. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/12/RET-LIVRO_WEB_CAMINHOS_DA_CURADORIA_EM_SAUDE-2-1.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

FERNANDES, V. R. et al., (org.). *Curadoria em Saúde: caminhos possíveis*. Rio de Janeiro, 3 set. 2022. YouTube: @VIDEOSAUDEFIO. [12 min 57 s]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=h60mMqA5Tno>. Acesso em: 27 dez. 2023.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

MAGALHÃES, M. G.; D'OLIVEIRA, C. B. L. C.; GONÇALVES, J. G. Curadores em Saúde: o Papel de Ativar Encontros, Reflexões e Transformações. In: FERNANDES, V. R. et al. (org.). *Guia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. (Coleção Saúde em Debate 334). Disponível em: https://ideiasus.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/08/ideiasus_fiocruz_livro_guia_da_curadoria-em-saude_ideiasus_fiocruz_1a-edicao-1.pdf. Acesso em: 28 dez. 2023.

MELO, E. A. Notas sobre 'Curadoria' numa Rede de Atenção à Saúde: o encontro com Quissamã (RJ). *In*: FERNANDES, V. R. *et al.* (org.). *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2020.

OLIVEIRA-COSTA, M. *Método de sistematização de experiências encerra a I Mostra da Escola de Governo Fiocruz – Brasília*. 22 mar. 2022. Portal Fiocruz Brasília. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.com.br/metodo-de-sistematizacao-de-experiencias-encerra-a-i-mostra-da-escola-de-governo-fiocruz-brasil/](https://www.fiocruzbrasil.com.br/metodo-de-sistematizacao-de-experiencias-encerra-a-i-mostra-da-escola-de-governo-fiocruz-brasil). Acesso em: 28 dez. 2023.

RANGEL, V. 8ª Roda de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. *In*: Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 35., 2019, Brasília. *Anais [...]*. Brasília, DF: Conasems.

2

A CURADORIA IDEIASUS: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Adriana Moro

Artur Custódio

Carolina Chaccour Abou Jamra

Júlio Cesar Schweickardt

Vanderléia Laodete Pulga

INTRODUÇÃO

A curadoria é um processo que se apresenta como o ato de apoiar e acompanhar práticas de saúde por meio dos seus gestores e equipes envolvidas, convidando-os a aderir a um processo de reflexão crítica sobre o seu trabalho no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios do município. A etimologia da palavra curadoria nos remete para o significado de ‘curar’, ‘cuidar’ e ‘dar atenção’. Sendo assim, a curadoria tem a preocupação de acompanhar e ‘cuidar’ daquelas experiências que se tornaram relevantes exatamente pelo ato de cuidado realizado nos locais.

O processo da curadoria é baseado em metodologias dialógicas de produção compartilhada de saberes, práticas e de aprendizagem como a de Paulo Freire e Oscar Jara Holliday, esse referindo a sistematização de uma determinada experiência como um desafio político-pedagógico pautado na relação dialógica e na busca da interpretação crítica dos processos vividos (Holliday, 2006). Assim, a curadoria é um exercício de aprendizagem que se faz nas relações e nos intercâmbios de ideias, saberes e conhecimentos.

A equipe de curadoria, durante o ano de 2023, acompanhou cinco práticas: Anastácio-MS, Balneário Barra do Sul-SC, Pilar-AL, Presidente Figueiredo-AM e Santo André-SP. As experiências foram premiadas durante a 17ª edição da Mostra ‘Brasil, aqui tem SUS’ – versão 2022, com o prêmio ‘Fiocruz é SUS – IdeiaSUS’, realizada no Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. A mostra reuniu 343 experiências exitosas dos municípios brasileiros.

O Prêmio IdeiaSUS – ‘Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia’ – contemplou as cinco experiências de maior destaque em cada região geográfica do País. O prêmio consiste no acompanhamento das práticas no decorrer de um ano, tendo como produto a publicação de um livro e a produção, pelo Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de um vídeo.

Os cinco municípios contemplados com o prêmio ‘IdeiaSUS’ passaram a ser acompanhados pelo processo de curadoria, que se deu de forma on-line e presencial, com visitas da equipe de curadores e coordenação do IdeiaSUS aos municípios. Em março de 2023, foi realizado um encontro na Fiocruz, no Rio de Janeiro, com representantes dos municípios, equipe de curadoria e coordenação, quando houve um intercâmbio das experiências e um processo formativo.

Na perspectiva de Ferigato (2014), as curadorias articulam, valorizam as práticas e experiências com seus protagonistas e vão construindo processos de ressignificação dessas práticas que estão envolvidos pelo ‘olhar-curador’, ou seja, uma “[...] proposição ativa e transformadora dos modos hegemônicos de produção e meios de socialização do conhecimento em saúde [...]” (Ferigato, 2014, p. 1).

Nesse ponto de vista, parte-se do princípio colaborativo que orienta a Plataforma do IdeiaSUS: o olhar-curador de práticas e experiências articula a prática existente (que já é relevante e referência premiada no SUS) com os processos de reflexão para contribuir para a sua qualificação e ressignificação. É um processo de produção social do conhecimento que se dá de forma coletiva.

Assim, as Curadoras e Curadores são profissionais de saúde, pesquisadores, docentes e lideranças de movimentos sociais que foram

selecionados por critérios de aderência ao tema da prática e pela proximidade geográfica da localidade da experiência, que tiveram o compromisso em contribuir para a sistematização e acompanhamento da Prática Premiada, tendo como produtos a escrita de um capítulo desta obra, assim como a articulação dessa prática para sua participação em um documentário do Canal Saúde da Fiocruz.

O PROCESSO DE CURADORIA DAS PRÁTICAS NOS TERRITÓRIOS

Prática de Anastácio, Mato Grosso do Sul

A prática de Anastácio-MS foi premiada pelo trabalho desenvolvido pela Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio (Rede). Ao refazer a linha do tempo da prática de Anastácio, foi verificado que popularmente a cidade era conhecida, segundo relatos dos moradores, como capital do suicídio devido aos altos índices de tentativas. Tal problemática trouxe à tona a importância de elaborar uma ferramenta de auxílio e amparo nessa área para a população.

Durante todo o processo de curadoria, foram realizados encontros virtuais com o objetivo de conhecer os profissionais que fazem a prática acontecer diariamente, bem como os pontos positivos e os pontos que precisavam ser qualificados para o aperfeiçoamento da prática.

Esses encontros foram baseados na metodologia de Paulo Freire, mediante discussão das experiências vividas pelos trabalhadores de saúde na Rede, utilizando de metodologias ativas, por exemplo, a chuva de ideias para decodificar os sentimentos e as realidades vividas e dando significado para elas. Assim, como os princípios de Holliday (2006) para sistematizar a experiência, buscamos sempre a interpretação crítica dos processos vividos.

Durante os encontros, os profissionais relataram a dificuldade para abordar o tema com a própria gestão e a equipe de saúde do município, bem como com a população geral. Outra dificuldade apontada foi o acesso à escola indígena presente no território. O Programa Saúde na Escola (PSE) foi apontado como de grande potencial para a realização de trabalho de educação permanente na temática da saúde mental e a prevenção ao suicídio.

A Curadora teve o apoio da coordenação do IdeiaSUS, possibilitando construir caminhos para que os temas pudessem ser tratados com mais leveza, buscando soluções possíveis e viáveis.

O primeiro grande desafio para a Curadoria da prática de Anastácio-MS foi a mudança de gestão e de secretário de saúde, necessitando que a prática pudesse se manter firme para a realização da sua sistematização.

No primeiro encontro, a Curadora propôs o desafio de desenhar a linha do tempo da prática. As mudanças da gestão e do secretário de saúde foram analisadas como elementos que afetaram o desenvolvimento da prática. Ainda foi proposto que os profissionais da prática identificassem pontos com necessidade de serem desenvolvidos em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de saúde e no PSE.

No segundo encontro, foi proposto aos profissionais da prática que organizassem todo o material relacionado com a prática, como fotos, leis, *folders*. A ideia foi reunir tudo o que pudesse ajudar a contar a história da prática já vivida até o momento da premiação e a Curadoria IdeiaSUS. Foi sugerido também que descrevessem o grupo de luto, o perfil dos pacientes atendidos, buscando apoio na Vigilância Epidemiológica do município.

O terceiro encontro foi realizado presencialmente no Rio de Janeiro durante a Oficina de Sistematização das Práticas, o intercâmbio das experiências e as orientações para o processo de curadoria.

No quarto encontro, foram abordadas as expectativas para a visita presencial da curadoria. A prática de Anastácio-MS informou à Curadora que estudos de caso entre os profissionais envolvidos no cuidado de alguns usuários tiveram início, o que foi de um grande ganho para o processo. Foi discutida também a importância de relacionar saúde mental com nutrição, sendo um tema a ser abordado em grupos de ansiedade na Atenção Primária à Saúde (APS). O conteúdo foi trabalhado por meio de um boletim informativo a ser abordado nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde, com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No quinto encontro, fomos informados, mais uma vez, de algumas mudanças na equipe, o que trouxe grande preocupação para a Curadoria, mas foi logo superado. Nessa mesma oportunidade, uma das profissionais da prática de Anastácio-MS apresentou um comparativo dos dados sobre tentativas de suicídio antes e depois da implementação da Rede.

Durante o processo de curadoria, foram observados os seguintes pontos com necessidade de serem desenvolvidos: dificuldade de fazer pausas durante o expediente para falar sobre o assunto, assim como de falar sobre as dificuldades pessoais que cada profissional estava enfrentando no trabalho com as vítimas de suicídio. Outro contratempo foi a insuficiência de informações nos encaminhamentos recebidos assim como dificuldades de receber contrarreferência de outros serviços. Além disso, foram observadas *in loco*, quando realizada a visita da Curadoria ao município de Anastácio, a alta rotatividade de profissionais contratados via processo seletivo simples, sem concurso público, e a falta de transporte público para acesso aos serviços da Rede.

Foram identificadas as seguintes potencialidades da prática durante o processo de curadoria: cooperatividade da Rede, acolhimento dos usuários, acessibilidade e humanização.

Um diferencial do processo de curadoria nesta edição de 2022/2023 foi a inclusão de alunos bolsistas que puderam acompanhar os encontros entre a curadoria e a prática de forma dinâmica, podendo ser citado como um diferencial na formação acadêmica dentro do SUS conforme relato da assistente de pesquisa da Curadoria de Anastácio:

Fazer parte da Curadoria em Saúde Fiocruz é SUS como assistente de pesquisa, sendo estudante de enfermagem, foi uma experiência rica e muito potente para meu crescimento profissional na área da saúde. A oportunidade de conhecer as diversas práticas que foram desenvolvidas por profissionais do Sistema Único de Saúde de todas as regiões do Brasil, e que tiveram um resultado exitoso, faz com que seja possível perceber a grande importância de se ter profissionais qualificados e empenhados em levar cuidado, saúde e cidadania para a população. Todo o esforço e organização de uma equipe são imprescindíveis para que um SUS universal seja uma realidade diária. Ver de perto todas as práticas mostrou o quão possível e necessário é ofertar um cuidado humanizado para as pessoas, e infelizmente, por muitas vezes, não é possível aprender isso dentro da universidade. Ana Laura Piske.

Ainda houve outros quatro encontros que tiveram como objetivo a escrita do capítulo do livro, que refaz o caminho percorrido pela prática desde seu início até o momento do prêmio e seus desdobramentos. O capítulo tem por objetivo ser um importante instrumento de divulgação para outros municípios, inspirando demandas similares em outros territórios.

Mais uma vez, pode-se observar que o processo de curadoria pode ser um agente potencializador do SUS que dá certo por meio da sistematização de práticas exitosas pelo Brasil.

Prática de Pilar, Alagoas

Desenvolver pela primeira vez um processo de curadoria foi um desafio e uma excelente oportunidade de aprendizado. Poder realizar isso com duas jovens assistentes, que se mostraram brilhantes e comprometidas com o SUS, representa um desdobramento de extrema importância que nos motiva a continuar no caminho do SUS, sabendo que novos e competentes quadros estão se envolvendo nas ações.

A oportunidade de proporcionar a curadoria de uma prática de saúde em um município como Pilar, em um momento delicado da saúde pública mundial devido à Covid-19 e com uma doença negligenciada como a hanseníase, é, na verdade, uma possibilidade de acumular aprendizados de todos os atores envolvidos. É compreender que o território é vivo, que ele se expressa, indica os caminhos, e que a prática desenvolvida, muitas vezes, reflete a relação de escuta entre profissionais e usuários, bem como sua interação com o território.

Uma parte da tarefa de curadoria ocorre durante a criação de vínculos de aprendizado e afeto entre o Curador e a equipe da prática premiada, em uma cumplicidade de buscar os caminhos que levaram à premiação da prática. Nesse momento, é possível reconhecer potencialidades e avanços que passaram despercebidos, compreendendo o papel dos líderes da prática, as especificidades do local e, finalmente, o eixo central que pode ser reproduzido e adaptado para alcançar o mesmo sucesso em outras populações e/ou locais.

O próprio Curador não pode se limitar apenas à escolha de seus saberes; ele precisa ir além, adotando uma abordagem holística e considerando fatores sociais, culturais e econômicos que influenciam a saúde

da comunidade e o sucesso da prática. Em um dado momento da relação da curadoria com os atores principais da prática, as trajetórias pessoais de cada envolvido podem vir à tona, trazendo questões fundamentais relativas à acessibilidade e ao acesso, bem como à participação da sociedade civil, que deve se apropriar dela para que continue existindo e se aprimorando. É quase como a continuidade por meio de monitoramento e avaliação feitos por aqueles que devem ser o alvo das práticas e da política.

A prática de Pilar antecipou um momento político atual de fortalecimento da relação entre a APS e a vigilância em saúde. Antecipou-se ao ter um profissional de hansenologia no matriciamento das equipes de atenção primária e diferenciou-se do País ao conseguir manter a atenção às pessoas afetadas pela hanseníase, reduzindo o abandono de tratamento e aumentando a descoberta de casos na contramão do que aconteceu no Brasil no mesmo momento.

Prática de Presidente Figueiredo, Amazonas

O município de Presidente Figueiredo está localizado nas proximidades de Manaus, capital do estado do Amazonas, que tem acesso por estrada, algo atípico no estado, que tem seus municípios com acesso quase exclusivo pelos rios. O município tem uma população bem diversa, como indígenas do povo Waimiri Atroari, ribeirinhos e população rural. O lugar foi muito afetado por projetos de desenvolvimento direcionados à Amazônia, tal como a construção da BR 174, a hidrelétrica de Balbina e a Mineradora Taboca, que atingiram profundamente a população tradicional.

A experiência premiada foi a realização de um planejamento participativo para a construção do Plano Municipal de Saúde, que iniciou em 2021. A iniciativa teve o apoio do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia (LAHPSA), da Fiocruz Amazônia, em um projeto intitulado 'Implantação da Política de Educação Permanente em Saúde na Amazônia', que estava sendo aplicado em outros municípios do Amazonas e em Altamira, no estado do Pará. A proposta foi de pensar no planejamento como um processo de educação permanente, utilizando dos princípios da participação e da emancipação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) tem como enfoque o desenvolvimento do trabalho no SUS, que

promove alianças entre educação, trabalho, participação e gestão, mais conhecido como quadrilátero da EPS (Ceccim; Feuerwerker, 2004). A Política considera a complexidade do trabalho em saúde, especialmente quando é realizado nos territórios de vida e trabalho das pessoas e coletividades. O trabalho complexo exige reflexão sobre as ações de saúde, requerendo a aprendizagem ativa e estruturante do trabalho.

A EPS entende que o conhecimento é significativo, envolvendo equipes, gestores, controle social e usuários no processo de aprendizagem. A política mobiliza a aprendizagem conectada com os territórios e fazeres locais, permitindo a abertura para o ‘inédito viável’ freiriano. Esse deslocamento abre uma agenda para as questões locais e, principalmente, em territórios muito singulares como a Amazônia, materializando possibilidades inéditas de produção de tecnologias para a integralidade do cuidado em saúde.

A proposta foi aplicar os princípios da educação permanente no planejamento da saúde, por meio de uma proposta participativa a partir da escuta das comunidades. A estratégia foi realizar conferências locais em cada unidade de saúde e gestão, utilizando uma ferramenta de planejamento popular denominada Zopp, uma sigla em alemão para dizer ‘planejamento orientado por objetivos’. O desenho da proposta é iniciar com os problemas, construir objetivos para orientar as ações. Todo o processo é feito com uma técnica de visualização por meio de cartões, escritos pelas pessoas que participam do encontro. Assim, todas as pessoas têm voz e vez, trazendo os problemas de saúde da sua comunidade. O planejamento em saúde passa a ser efetivamente ascendente e participativo.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo recebeu uma formação na metodologia pelo LAHPSA/Fiocruz Amazônia, que acompanhou todo o processo. A equipe local, formada por trabalhadores e coordenadores, teve autonomia na condução das atividades e gerou a produção de um conhecimento pertinente e aplicado à realidade local. A premiação foi uma consequência desse compromisso dos trabalhadores e gestores na condução de uma estratégia participativa e dialógica, algo que faz falta nos espaços da participação e do controle social do SUS.

A curadoria, portanto, foi uma oportunidade de acompanhar um processo iniciado no município, buscando refletir sobre a experiência e os seus desdobramentos no trabalho e na gestão em saúde. Os encontros da curadoria foram presenciais, os quais tiveram a preocupação de refletir sobre o realizado para pensar em novas estratégias de participação dos usuários e trabalhadores nas ações da gestão. É importante registrar que houve uma mudança na equipe inicial da prática, mas algumas pessoas permaneceram, o que foi importante para manter viva a memória da experiência. A rotatividade de profissionais sempre é um problema para qualquer atividade de saúde no território e na gestão, especialmente quando se trata de Amazônia (Dolzane; Schweickardt, 2022). Assim, nossos encontros sempre foram movimentos de educação permanente e de produção de novos conhecimentos.

Um momento importante foi a participação da Mostra Municipal Aqui Tem SUS, em 2023, quando foram apresentadas experiências desenvolvidas pelos trabalhadores nas Unidades de Saúde, como no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) com a utilização de Práticas Integrativas Complementares em Saúde (Pics), saúde bucal, assistência farmacêutica, educação em saúde, vigilância nos territórios. A equipe da prática entendeu que a participação dos trabalhadores na Mostra foi uma consequência da experiência premiada, ou seja, o processo participativo e de escuta mobilizou gestão e trabalhadores na apresentação de outras experiências desenvolvidas no município.

A escrita e o vídeo do Canal Saúde foram momentos importantes de reviver a experiência, que apoiou a reflexão sobre o processo de participação no Conselho Municipal de Saúde, nas coordenações e nas equipes de saúde nos territórios. Podemos dizer que estivemos sempre em um processo de educação permanente, desde a realização da experiência até a escrita e de fala dos atores da experiência. A curadoria, portanto, é educação permanente em ato, colocando em prática a ideia central da política que é colocar o trabalho e a gestão em saúde como espaço de formação e educação. Assim, o SUS é o lugar privilegiado da formação e aprendizado permanente.

Por fim, a participação na curadoria significou colocar em movimento as ideias e os princípios do SUS, como a participação, a equidade,

a aprendizagem, a produção do conhecimento. Desse modo, podemos dizer que uma ou cinco experiências são muito pequenas diante dos mais de 5 mil municípios do País. No entanto, em Presidente Figueiredo, conseguimos enxergar a Amazônia, o Brasil e a universidade do SUS na sua prática. Viva o SUS!

Prática de Balneário Barra do Sul, Santa Catarina

O município de Balneário Barra do Sul, localizado na região nordeste de Santa Catarina, foi premiado na Mostra Aqui tem SUS com o trabalho ‘Equidade no SUS por meio da Articulação Regional: Saúde Mental Indígena’, realizado pela Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial (CT-Raps) com lideranças indígenas e, em particular, com a Aldeia Tarumã BR por meio de um processo de articulação e diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos nessa rede e as maternidades da região.

Trata-se de uma experiência inovadora que, em diálogo e interação, possibilitou a compreensão e a incorporação da dimensão da interculturalidade no cuidado em saúde mental dos povos indígenas. Esse processo desencadeou transformações importantes nas maternidades dos hospitais da região que atendem pelo SUS com a inclusão de um cardápio alimentar específico para as gestantes e parturientes indígenas.

O processo de Curadoria IdeiaSUS nessa prática se deu por intermédio da coordenação da realização de nove *Web* Encontros por meio da Plataforma Zoom, da assessoria e participação na Oficina Presencial de Sistematização de Experiências com todas as práticas premiadas e que foi realizada na Fiocruz no Rio de Janeiro, assim como na condução de dois momentos presenciais no município e na Aldeia Tarumã BR liderada por uma cacica que também é parteira.

Nos *Web* Encontros, foi possível construir o planejamento do processo da Curadoria IdeiaSUS, assim como da sistematização da Prática com o conjunto dos atores sociais envolvidos nesta rede ampla de cuidado à saúde mental e as comunidades indígenas.

A Oficina presencial na Fiocruz-RS foi um momento marcante para o intercâmbio das experiências e para apropriação de conceitos e ferramentas para realizar a sistematização, a produção da escrita para o livro e da organização do vídeo com o Canal Saúde em cada uma das Práticas Laureadas.

Os momentos de vivência presencial em Balneário Barra do Sul entre a equipe de coordenação do Programa IdeiaSUS, a curadoria e a assistente com a CT-Raps, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), a Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), as lideranças indígenas, os gestores do SUS, os nutricionistas das maternidades hospitalares, escolas indígenas e toda a comunidade da Aldeia Tarumã BR e entidades apoiadoras foram espaços estratégicos e inesquecíveis pelas potencialidades evidenciadas dessa Rede no cuidado à saúde mental às populações indígenas.

O processo privilegiou a recuperação do vivido pelo conjunto de atores engajados e na perspectiva da educação popular em saúde em diálogo com Freire, para quem escrever sobre o vivido é uma tarefa política. Em suas palavras: “Não escrevo somente porque me dá prazer escrever, mas também porque me sinto politicamente comprometido, porque gostaria de convencer outras pessoas, sem a elas mentir, de que o sonho ou os sonhos de que falo, sobre que escrevo e porque luto, valem a pena ser tentados” (Freire, 1994, p. 15-16).

Os inéditos viáveis que Paulo Freire nos ensinou são a força mobilizadora que potencializa as transformações possíveis nos territórios para produção de mais cuidado, saúde e vida.

Cada momento se constituiu em ‘encontro’ de pessoas, de redes, de afetos e de produção de intersubjetividades, interculturalidades e interprofissionalidades, ou seja, de produção de novos sentidos ao viver, às formas de produzir cuidado e vida.

O processo de curadoria foi sendo realizado pela singularidade de cada encontro, pela valorização da experiência do outro, pelo acolhimento e valorização e reconhecimento do ser de cada um(a). Abriu possibilidades para trazer as narrativas, a trajetória e o que esse processo representou para os diversos sujeitos envolvidos na experiência. Foi desafiador, pois exigiu a abertura para a interculturalidade e a interação entre os saberes científicos, técnicos, populares e da ancestralidade dos povos originários.

A curadoria produziu aprendizados inesquecíveis na vida de todas as pessoas que se envolveram na experiência em si e no processo de sistematização, de acompanhamento, de cartografia social, de escrita coletiva do manuscrito para o livro e da tradução em língua guarani,

assim como da produção das imagens e dos depoimentos para o vídeo do Canal Saúde.

Aprendemos que os territórios da vida são mais amplos do que a capacidade de traduzir em palavras tudo o que acontece, mas é no cotidiano da vida que os processos de saúde-adoecimento-cuidado acontecem nos desafiando ao cuidado integral e intercultural.

A retomada dessa Prática Dialógica e de Interações que produziu um Cardápio Alimentar adaptado às mulheres indígenas nas maternidades hospitalares do SUS evidenciou a força da alteridade, da promoção da equidade e dos direitos humanos na saúde. Outrossim, expressou os desafios colocados para o cuidado em saúde nas aldeias indígenas que tem como determinação social seus processos de saúde-adoecimento, como as desigualdades sociais, a fome, a falta de demarcação de seus territórios, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de sobrevivência.

Possibilitou, ainda, adentrar no universo simbólico e cultural dos povos indígenas para valorizar, reconhecer e acolher nos processos de cuidado, de gestão, de formação, de participação e controle social do SUS.

Por fim, pode-se afirmar que a Curadoria IdeiaSUS, com os processos vivenciados, transformou as pessoas envolvidas, e estas vêm produzindo transformações e inovações nos diversos espaços em que estão atuando.

Prática de Santo André, São Paulo

A prática de Santo André foi premiada com o trabalho: ‘Reduzindo Danos e Protegendo Vidas – Cuidado às Gestantes em Situação de Rua usuárias de substâncias psicoativas’. Trata-se de um relato de experiência em que dois casos de cuidado a mulheres gestantes em situação de rua são apresentados como exemplos de uma prática que se mostra exitosa por poder colocar em suspenso o olhar técnico clínico focalizado na dimensão orgânica do adoecimento e associado à produção de inúmeros procedimentos em um pré-natal de risco, para focar a subjetividade de suas pacientes, o desejo à maternagem, a tentativa de garantia desse direito, o respeito a suas dinâmicas na vida, a redução de danos; e, a partir desse ponto, organizar sua prática produzindo aquilo que se compreende como uma clínica ampliada.

O primeiro encontro da curadoria contou com grande receptividade do prefeito e do secretário de saúde, além de visitas ao território incluindo equipamentos de saúde como algumas unidades básicas, Caps álcool e drogas e uma primeira reunião com a equipe. Chama a atenção, nesse município, a permanência da vinculação da equipe de Consultório na Rua à gestão da saúde mental apesar de já terem superado o antigo modelo do consultório de rua incorporando o cuidado integral como objetivo do trabalho. Esse distanciamento da atenção básica esteve presente durante todo o processo de curadoria, mas, infelizmente, devido ao tempo limitado, não foi possível trabalhar esse aspecto.

Os demais encontros no município estiveram sempre pautados no desafio da curadoria em apoiar, qualificar e multiplicar a prática.

Em relação ao apoio, assim como exposto no capítulo específico da prática e que pode ser acompanhado em sua leitura, foi necessário escuta da equipe, acolhimento e problematização de seu sofrimento. Essa é uma realidade muito comum entre as equipes de Consultório na Rua diante da frustração gerada pelos limites impostos socialmente ao cuidado e à tentativa de dar dignidade, reconhecimento e retirar essas pessoas de invisibilidade. Passamos por grande rotatividade de trabalhadores, como aconteceu em outras práticas, o que pode estar associado à exigência do trabalho, além de ampliação da equipe com novos profissionais se integrando ao longo do processo. Apesar de a maior parte não ter participado da experiência que gerou o prêmio, esteve sempre presente e participativa, demonstrando grande interesse pelo processo de curadoria.

A qualificação deu-se com a construção de um planejamento de ações a serem implantadas a partir da análise do processo de trabalho e discussão em equipe (disponível no capítulo específico da prática). Algumas ações puderam ser implantadas ainda na presença da curadoria. Outras foram articuladas inicialmente, como reunião intersetorial com a defensoria pública, entretanto, não foi possível acompanhar a implantação de comitê específico para discussão de mulheres gestantes em situação de rua intersetorial, envolvendo universidades e comunidade conforme sua formulação. Devido ao tempo limitado do projeto e à troca de curadoria no meio do processo, não foi possível avançarmos no monitoramento e na avaliação das ações propostas, mas algumas delas

podem gerar grande impacto na qualificação do cuidado a gestantes em situação de rua no município.

Vale ressaltar que a participação das assistentes Eduarda Rimes Salgueiro Ferreira e Layane Franciele de Lima Martins foi determinante para a garantia da continuidade do processo de curadoria apesar da troca de curadores.

Realizamos a *Web* roda, que teve como objetivo discutir o tema das populações em situações de rua com profissionais e especialistas para nos apoiar na reflexão. Assim, contamos com a participação de Junia Quiroga, representante auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil; professora Maria Ribeiro, do Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Direitos e outras Legitimidades na Universidade de São Paulo (USP); professor e pesquisador Marcelo Pedra da Universidade de Brasília (UnB) e da Fiocruz, Membro do Núcleo de Pesquisa de População de Rua da Fiocruz Brasília; Giancarlo Silkunas Vay, Defensor Público no município de Santo André-SP. O encontro está disponível no YouTube no canal do IdeiaSUS.

Quanto à multiplicação da prática, investimos em um relato da experiência que pudesse ser uma ferramenta para aproximação do leitor à complexidade do cuidado e à realidade das pessoas em situação de rua por meio do relato detalhado de um caso. Esse foi um trabalho longo e exaustivo, uma escolha que pretendeu trazer a dimensão curadora presente na arte para contar essa história e que envolveu um grande esforço de memória, mobilização de afetos e escrita da equipe.

Ainda como estratégia de multiplicação da experiência, a equipe pôde se envolver na construção do roteiro e na participação do vídeo do Canal Saúde que apoiará esta divulgação.

Compor a experiência da curadoria foi um privilégio para mim. Agradeço a toda a equipe pelo acolhimento e disponibilidade para o trabalho, ao secretário municipal de saúde, à coordenação em saúde mental e sua assessoria pela seriedade e compromisso da gestão com o projeto, assim como à equipe do IdeiaSus/Fiocruz pela confiança e às assistentes do projeto pela parceria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas acompanhadas pelo processo de Curadoria IdeiaSUS são diversas, não somente por sua localização geográfica, mas também temática e metodológica. Essa diversidade mostra a riqueza do SUS naquilo que pode produzir de vida e de inclusão das pessoas que convivem com uma doença, que sofrem, que são discriminadas por sua condição de vida, etnia e raça. As práticas mostram que todas as pessoas necessitam de cuidado, de tecnologias leves, de amorosidade e de políticas públicas e serviços acolhedores.

As práticas nos ensinam que é no encontro e na escuta que podemos nos aproximar do território de vida das pessoas, seja ele ribeirinho, rural, na aldeia indígena, na cidade, na rua, na comunidade. Nesses lugares, encontramos pessoas que sofrem, mas que também têm expectativas de vida, projetos, ideias e vozes para falar das suas necessidades e esperanças.

Mostrar ou se amostrar é uma estratégia de visibilidade e de dizibilidade fundamentais em momentos de tantas invisibilidades, silenciamentos e de negação das diferenças, portanto, os encontros, as escritas e os vídeos são atos políticos, de dizer que essas vidas importam, cada uma delas importa para o SUS. A curadoria criou essas possibilidades para que possamos ver e escutar juntas e juntos sobre as relações locais que se fazem universais, pois é a experiência local que nos traz a dimensão do concreto e do vivido. Assim, saímos mais esperançosos e felizes de ver no encontro a possibilidade de sonhar e realizar espaços e serviços mais acolhedores.

Por fim, terminamos com as palavras da grande liderança quilombola que este ano encantou, Antônio Bispo dos Santos: “Esse mundo está chegando ao fim. Não é à toa que estamos vivendo esse desespero, essa grande confusão. Mas, por incrível que pareça, estamos vivendo também uma nova confluência” (Santos, 2022, p. 7).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 jan. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação e Saúde*, [s. l.], v. 18, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.tes.epsv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/777>. Acesso em: 19 dez. 2023.

FERIGATO, S. *O processo de curadoria em saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf. Acesso em: 23 dez. 2023.

FREIRE, P. *Cartas à Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. 2. ed. Tradução Maria Viana V. Resende. Brasília, DF: MMA, 2006

SANTOS, A. B. *Quatro Cantos*. São Paulo: N-1 Edições e Roça de Quilombo, 2022.

Parte II

PRÁTICAS E SOLUÇÕES EM SAÚDE: O PROTAGONISMO DOS SABERES



*Região Centro-Oeste
Anastácio, Mato Grosso do Sul*



**IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO
AO SUICÍDIO DE ANASTÁCIO – MATO GROSSO DO
SUL: UMA REALIDADE POSSÍVEL**

IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DE ANASTÁCIO – MATO GROSSO DO SUL: UMA REALIDADE POSSÍVEL

Tatiane Marques da Silva

Alexandra Sousa e Silva

Caroline Aparecida Nunes

Endy Wilians de Assis Gomes

Flavia Ribeiro da Trindade

Jéssica Aparecida Alves Simon

Kelly Torresani Moura

Lucas da Silva Florentino

Priscila de Cassia Gomes

Adriana Moro

Ana Laura Piske

INTRODUÇÃO

Em Anastácio, Mato Grosso do Sul (MS), as instituições que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenham suas atividades fomentando uma rede de saúde organizada e estruturada em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas e uma rural, um Centro Estadual de Apoio Multidisciplinar Educacional ao Estudante com Transtorno do Espectro Autista (Ceame-TEA), um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) que atende as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), principalmente HIV; sífilis; e hepatites virais, bem como algumas do-

enças infectocontagiosas, como tuberculose e hanseníase; um hospital municipal – Associação Beneficente Ruralista (Abramastacio) –, um laboratório municipal e uma central de regulação de vagas, atendendo o município de Anastácio e região. Nesse contexto, a prática da Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio de Anastácio-MS (Rede) foi desenvolvida em parceria com as instituições locais, com o objetivo de oferecer suporte psicológico e prevenir casos de suicídio na região.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e traz como princípio sistematizar o fluxo de atendimento a pessoas com transtornos mentais no território; sendo muito importante por ser uma área com um aumento de demanda nas últimas décadas. Assim, traz como finalidade ampliar o acesso da população com transtornos mentais ou com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas aos serviços de atenção psicossocial (Silva; Eugênio; Santos, 2022), refletindo em nosso município nas ações de saúde mental e no protocolo da Rede que foi escrito em 2021 e 2022.

A estruturação da Raps em Anastácio-MS teve início em 2017 com a reorganização em triagens, acolhimentos e encaminhamentos de saúde mental, e acarretou a necessidade de investir em mais profissionais e capacitações nessa área. Por meio dos resultados que tivemos com a diminuição notória nos casos de suicídio e a importância do cuidado com saúde, foi implantada uma política pública, a Lei nº 1.172, de 15 de outubro de 2019, que institui o Programa da Rede, para que possa atender às necessidades da nossa população, sendo assim, tornou-se um serviço obrigatório da Rede (Anastácio, 2019).

Para além do seu território, a Secretaria Municipal de Saúde mantém articulações e parcerias com instituições públicas e privadas, sendo elas: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde; Conselho Tutelar; Conselho Municipal de Saúde; Assistência Social; Educação; Segurança Pública e Sistema Prisional; Instituições Religiosas; Organizações Não Governamentais; Empresas do município.

Com os resultados que obtivemos a partir dessa articulação entre os diversos serviços que integram a Raps, pode ser constatado que

as ações das equipes de saúde estão no caminho certo, enfrentando as dificuldades e chegando a todos os pontos nos quais há munícipes, levando informação e cuidado compartilhado (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO

O município de Anastácio-MS, é a primeira cidade do Portal do Pantanal, situado no médio curso da Bacia do Rio Miranda e banhado pelos rios Aquidauana (rio estreito em tupi-guarani) e Taquarussu (taquara grande ou bambu grande em tupi-guarani), que abastece a cidade – com uma área de 2.910,728 km², sua nascente é na Serra de Maracaju, nos municípios de Nioaque e Anastácio (Silva; Marques; Marini, 2012). A cidade faz divisa com os municípios sul-mato-grossenses de Aquidauana, Miranda, Nioaque, Bonito, Dois Irmãos do Buriti e Maracaju. Possui 24.107 habitantes e, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), tem uma grande população na faixa etária de 10 a 19 anos, tendo forte tendência para o desenvolvimento agropecuário e turístico. Está localizado a 127 km distante da capital do estado – Campo Grande.

A cidade de Anastácio-MS possui um potencial turístico cuja estruturação, e atividade econômica estão sendo levantadas e planejadas. Diversas áreas de conservação foram implantadas, aproveitando sua forte tendência ao turismo científico-cultural, ao ecoturismo e ao turismo histórico e de aventura. É um município rico em natureza rústica e exuberante de fortes apelos culturais.

O município, que no dia 8 de maio de 2023 completou 58 anos de emancipação política e administrativa, conta com 11 escolas municipais, em que 4 são escolas rurais, e 6 estaduais, sendo estas 1 cívico-militar e 1 indígena da etnia terena (IBGE, 2022). Os principais campos de serviço que nosso município oferece são nas indústrias (frigoríficos), comércio e agropecuária. Segundo o IBGE (2022), o salário médio mensal é de 1,8 salários-mínimos. Os meios de transporte são por motoristas de aplicativo, veículos próprios, mototáxi e bicicletas. Ressalta-se que não há oferta de transporte público no município até o momento.

Os povos nordestinos, sendo grande maioria do Pernambuco, vieram para Anastácio-MS, onde têm uma presença significativa na história e cultura local. Sua migração para a região começou por volta de 1930 em busca de terras férteis para o cultivo da mandioca e outras atividades agrícolas. Ao longo dos anos, eles contribuíram para o desenvolvimento socioeconômico e cultural, mantendo suas tradições e as influências gastronômicas nordestinas vivas. A Colônia Pulador é um exemplo importante dessa história migratória, e ainda hoje os agricultores familiares são apoiados por programas de extensão rural para manter suas produções tradicionais. Além da agricultura, trouxeram consigo suas tradições, e costumes culturais. Também se envolveram em outras atividades econômicas, como a pesca e a criação de gado (Silva; Marques; Marini, 2012).

A feira que acontece na cidade era um ponto de encontro para comercializar os produtos cultivados, como mandioca, maxixe, batata-doce, feijão e quiabo. A famosa farinha de mandioca do Pulador se tornou uma tradição local e é apreciada até hoje. A presença dos povos nordestinos em Anastácio-MS é fundamental para a diversidade cultural e o crescimento da região, pois mostra como a agricultura e a culinária podem ser mantidas e até mesmo fortalecidas em um novo ambiente (Silva; Marques; Marini, 2012).

A Festa da Farinha, que teve início em 2006 e realizou sua décima edição em 2023, é um evento de grande importância da cultura nordestina no município. Ela destaca a relevância da mandioca na culinária e na cultura local, celebrando não apenas o alimento em si, mas também o aniversário da cidade no mês de maio, tornando-se um marco na comunidade, tanto por destacar a importância desse elemento na cultura regional, quanto por impulsionar o desenvolvimento local, atraindo turistas e visitantes, aquecendo a economia, e criando empregos temporários. É uma celebração cultural que vai além da gastronomia, fortalecendo os laços da comunidade e a identidade regional.



Cidade de Anastácio-MS (Prefeitura de Anastácio-MS).

O setor saúde e a prática de Anastácio-MS

Fruto do comprometimento com o bem-estar da população, Anastácio-MS tem hoje uma Atenção Primária à Saúde (APS) viabilizada e fortalecida por meio de uma equipe consolidada composta por:

- enfermagem assistencial;
- técnico de enfermagem e técnico de enfermagem para a sala de vacina;
- médico;
- dentista;
- recepção;
- digitação;
- Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- higienização;
- limpeza.

Essa equipe oferece os seguintes serviços aos munícipes:

- acolhimento;
- ações e programas (saúde do idoso, criança, gestante, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, tabagismo, Bolsa Família e Programa Saúde na Escola – PSE);
- atendimento em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics);

- consulta de enfermagem;
- consulta médica;
- consulta odontológica;
- consulta de equipe multiprofissional (fisioterapia, psicologia, nutricionista, assistente social, profissional de educação física);
- dispensação de preservativos e contraceptivos;
- educação em saúde;
- exame preventivo de câncer do colo do útero e mama;
- imunização;
- nebulização;
- planejamento familiar;
- pré-natal;
- puericultura;
- procedimentos (curativos, medicações, coleta de exames, verificação de pressão arterial, glicemia, retirada de ponto);
- visita domiciliar;
- visita acompanhamento e periódica pelo ACS.

A equipe multidisciplinar realiza:

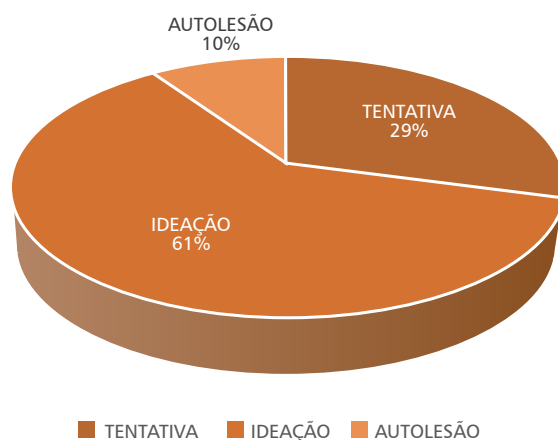
- apoio matricial;
- reuniões;
- reuniões de equipe;
- visitas domiciliares em equipe por meio da Equipe Multiprofissional de Atenção Primária à Saúde (Emaps);
- atendimento domiciliares;
- consultas;
- atendimentos compartilhados;
- Pics;
- grupos terapêuticos;
- atividade educativa e orientação;
- prática corporal e atividade física;
- Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- PSE;
- promoção e prevenção em saúde mental;
- Pedidos de Órteses, Prótese e Materiais Especiais (OPME).

A cidade também dispõe de uma Farmácia Básica Municipal que está vinculada à coordenação da APS, integrando a gestão do cuidado, começo, meio e fim, realizando o matriciamento das unidades de saúde, vinculando a prescrição dos medicamentos à lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como organizando os estoques com a realidade da lista Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume). Está organizada de forma centralizada, em 2019, teve início na zona rural a dispensação da medicação com o deslocamento de um farmacêutico com a equipe.

Na nossa Raps, temos (três) níveis de atenção definidos:

1. Nosso atendimento está na APS, por meio da equipe de Saúde da Família (eSF) e da Equipe Multiprofissional da APS, que nos últimos cinco anos atendeu pacientes;
2. Na Atenção Psicossocial Especializada, atendimentos da Rede, que no momento está instalada no Centro de Especialidades Médicas (CEM);
3. O Centro de Atendimento Psicossocial II (Caps-II), referência da microrregião de Aquidauana-MS.

Gráfico 1. Demandas referenciadas para a Rede entre 2018 e 2022



Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal de Anastácio-MS.

O serviço de média complexidade ambulatorial de referência é o CEM, no qual funciona um complexo assistencial com atendimento em especialidades, como:

- oftalmologistas;
- cardiologistas;
- ginecologista;
- obstetrícia de alto risco;
- neurologista
- psiquiatra;
- ortopedista;
- pediatra;
- fonoaudióloga para teste da orelhinha;
- nutricionista;
- fisioterapia;
- dentista;
- psicólogos;
- assistente social.

No que se refere ao Serviço de Atendimento de Urgência, contamos com plantões psicológicos, os quais podem ser acionados 24 horas, inclusive nos fins de semana e feriados, para o atendimento dos casos específicos de autolesão, ideação, tentativa e/ou suicídio. O plantão é acionado para que o paciente que deu entrada em algum serviço da rede de saúde possa ser acolhido e encaminhado ao profissional de referência. Dessa forma, o paciente já entra, imediatamente, na Rede (neste caso, na atenção especializada), dando prosseguimento ao seu atendimento.

As equipes de Vigilância em Saúde e Sanitária trabalham integradas tanto ao encaminhar pacientes, como ao acompanhar as notificações de violência interpessoal (em que notificamos, caso suspeito ou confirmado de violência doméstica intrafamiliar, sexual, autoprovocada, dentre outras). A autolesão é definida por lesões provocadas no corpo propositalmente, sendo um ato mais comum entre jovens e adolescentes. Ela pode ocorrer com desejo suicida: quando a finalidade é o suicídio, este ocorre com menor constância, porém os meios utilizados para autolesão trazem mais chances de causar morte.

Outro tipo pode ser a autolesão sem ideação suicida: quando o indivíduo comete automutilação sem ter intenção suicida, esta ação ocorre com mais frequentemente, as mais comuns são por meio de cortes, arranhões na pele queimaduras e beliscões. Contudo, também ocorre de o indivíduo bater a cabeça na parede ou esmurrar as paredes. Independentemente do tipo de autolesão, isso alerta que algum aspecto da vida desse indivíduo não está indo bem, dessa maneira, tenta aliviar fisicamente as dores psicológicas e emocionais (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

Destacamos também que, durante todo o período de pandemia de Covid-19, 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 caso da saúde mental, passamos a realizar atendimentos remotos, acompanhamento dos pacientes internados e de seus familiares, visitas domiciliares.



Ação Setembro Amarelo em 2021 (Prefeitura de Anastácio-MS).

A promoção dos diálogos visa ampliar o Serviço de Saúde Mental, capacitar a comunidade e os profissionais de diferentes setores para prevenção e cuidado referentes ao suicídio, instituir um sistema de comunicação eficaz para notificações de casos, realizar ações contínuas de prevenção, minimizando o tabu que ainda envolve a temática.



Blitz Educativa na Ponte Velha, 2023 (Prefeitura de Anastácio-MS).

Entre as principais ações incluídas então:

- Salas de Espera: ações pontuais organizadas com pacientes que aguardam atendimento nas unidades de saúde ou de outros setores, como a Secretaria de Assistência Social, onde participamos das ações do Bolsa Família. Qualquer profissional de saúde mental pode desempenhar essa tarefa, falando sobre saúde mental e prevenção ao suicídio, assim como as maneiras de procurar ajuda (Silva; Eugênio; Santos, 2022);
- Capacitação Profissional: é fundamental termos capacitações para a equipe da Raps, pois trabalhamos a prevenção quando a equipe consegue fazer uma melhor classificação, e assim ocorre um melhor encaminhamento para que o paciente possa iniciar o acompanhamento. As ações são contínuas e planejadas com base nas demandas e dificuldades dos profissionais. Vale ressaltar que a capacitação é estendida aos profissionais de outros setores, como assistência social, educação, instituições religiosas, segurança pública, entre outros. O Encontro de Saúde Mental tem como finalidade mostrar para profissionais e população geral, acerca da prevenção ao suicídio, as temáticas a serem trabalhadas e

definida pela equipe de saúde mental. Vale lembrar que esses encontros são abertos ao público geral e realizado principalmente no mês de setembro, porém, se houver necessidade, são realizados em outros meses também. No nosso município, até 2023, foram realizadas oito edições do evento;

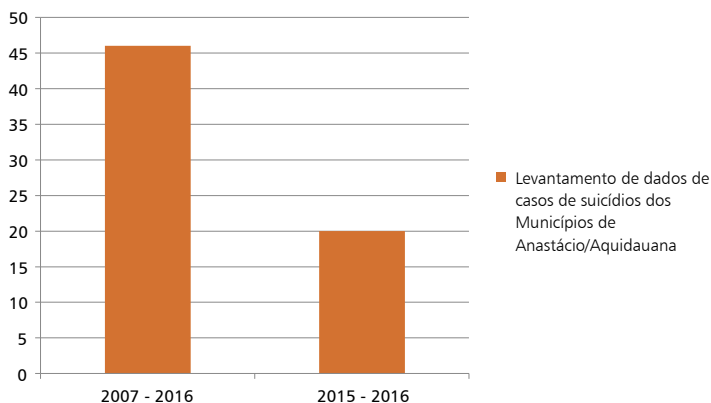
- PSE: um profissional de psicologia é responsável por desenvolver as ações de PSE no município com a temática saúde mental;
- Grupos de Prevenção: a prevenção é necessária, pois minimiza os tabus e preconceitos que envolvem o tema, fazendo com que a população procure ajuda (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

RECONSTRUÇÃO DO PROCESSO VIVIDO PELA PRÁTICA

No ano de 2017, um professor de história que residia em Aquidauana-MS, percebendo que havia altos índices de tentativas de suicídio na região, por meio das divulgações nas mídias sociais, comoveu-se com os casos resolvendo abordar essa temática com os estudos na área de geografia da saúde para sua dissertação de mestrado, podendo assim pesquisar o que estava acontecendo na região para que ocorressem esses índices, que eram acima da taxa nacional.

A partir do levantamento de dados realizado no Núcleo Regional de Medicina Legal de Aquidauana-MS, que atende aos dois municípios, constatou-se que, entre 2007 e 2016, foram confirmados 46 casos de suicídios nos municípios de Aquidauana-MS e Anastácio-MS. Entretanto, entre 2015 e 2016, foram notificados 20 casos, ou seja, uma média de 10 casos a cada 12 meses como pode ser observado no gráfico 2. Ressalta-se que os coeficientes de mortalidade por suicídio são estimados em número de suicídios para cada 100 mil habitantes, ao longo de um ano, acima da média nacional conforme Camargo e Santos (2017).

Gráfico 2. Levantamento de dados de casos de suicídio dos municípios de Anastácio/Aquidauana 2007-2016



Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal de Anastácio-MS.

Essa pesquisa trouxe a atenção da gestão para olhar sobre a saúde mental em relação ao preenchimento correto de dados (as notificações) e sobre como poderiam enfrentar esta problemática, então começou a se pensar em estratégias.

A Rede foi desenvolvida em 2017, a partir da percepção dos altos índices de tentativas de suicídio na região sul-mato-grossense de Anastácio e Aquidauana. Em maio de 2017, após um suicídio consumado que abalou toda a comunidade e que poderia se tornar um suicídio coletivo devido a uma carta da adolescente em questão deixada aos amigos, foi solicitado pela gestão que a equipe técnica desenvolvesse um projeto que intervisse nessa demanda. Em um primeiro momento, o enfoque de atuação foi nas escolas a fim de evitar que o episódio se repetisse, bem como de acolher os amigos diante do luto. Sendo assim, foram realizados atendimentos individuais e grupais.

Desde o início, a Rede tem o objetivo de atuar na prevenção, na atenção e na posvenção dos casos identificados na RAS e intersetorial, sendo necessário priorizar a estruturação da equipe de saúde mental que contava com apenas um profissional de psicologia. Com isso, enfocou-se a estruturação do serviço de saúde mental e como seria a nossa Rede,

que tem como diferencial a estruturação de uma equipe e um fluxograma que passa ser referência para todos os casos identificados e acolhidos.

Para o atendimento psicológico, contamos com uma equipe de dois profissionais que são responsáveis por toda a demanda de pacientes bem como dos familiares, uma psiquiatra referência para todos os pacientes, sendo que eles têm prioridade no atendimento, um psicólogo para o PSE (que está em todas as escolas trabalhando com turmas do 9º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio sobre saúde mental).

Em 2022, complementou se a equipe com uma assistente social para atender à demanda que apresenta transtornos mentais, solucionar problemas que circundam os pacientes, tais como sociais, políticos e econômico, organizar a atenção psicossocial no município por meio de busca ativa e proporcionar reinserção social dos pacientes mediante acesso ao trabalho ofertado pela rede. Com a equipe da Rede organizada e estruturada, conseguimos ter profissionais para os demais atendimentos: nossa equipe ainda conta com dois psicólogos para atendimento de adulto e adolescente, uma psicóloga infantil (atendimentos a crianças a partir de três anos), duas psicólogas na equipe multidisciplinar, duas psicólogas no Ceame-TEA, uma psicóloga no SAE, um psicólogo no SAD.

O serviço é voltado para toda a saúde: APS, atenção especializada, urgência, emergência, intersetorial, assistência social, educação, segurança pública, entre outros. A comunidade é a base para que a Rede tenha êxito e consiga alcançar os objetivos, utilizando-se de todos os campos, principalmente a escola, por intermédio do PSE, desenvolvendo ações com o público de maior demanda e os adolescentes.

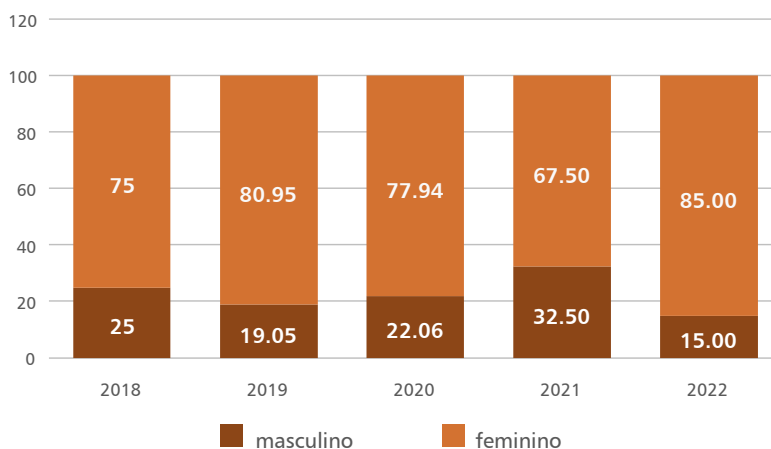
Para alcançar a população sobre o serviço que temos no nosso município, a fim de quebrar tabus e divulgar informação, temos as salas de espera, nas quais os profissionais levam informações para os pacientes que estão nas unidades de saúde aguardando consultas.

Como a prática estava trazendo resultados notórios na diminuição das tentativas em nosso município, foi levantado um projeto de lei a fim de manter o serviço para a população. A Rede é regulamentada pela Lei nº 1.172, de 15 de outubro de 2019, que instituiu uma equipe mínima composta por três psicólogos, um assistente social, um profissional de

educação física, consultas com psiquiatra, além do plantão de 24 horas para atender aos casos de ideação, tentativa de suicídio e/ou autolesão.

Nos últimos seis anos, já atendemos 796 pacientes, sendo 213 com tentativa de suicídio, 458 com ideação e 125 com autolesão, tendo como maior índice de atendimento 2019, com 199 pacientes atendidos.

Gráfico 3. Porcentagem de pacientes por sexo de 2018 a 2022



Fonte: Vigilância Epidemiológica Municipal de Anastácio-MS.

Há uma escala de plantão, 24 horas, de psicólogos para acolhimento nos hospitais sempre que notificados e encaminhamos o paciente ao psicólogo de referência para início dos atendimentos, assim, este já é vinculado no serviço de urgência, garantido a continuidade do tratamento.

Em 2022, recebemos o 1º Prêmio IdeiaSUS: Fiocruz É SUS: direito universal à saúde, equidade e a democracia. A prática 'Implantação da Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio de Anastácio – MS: uma realidade possível' obteve o primeiro lugar como o trabalho mais relevante da região Centro-Oeste, apresentado na 17ª Mostra Brasil, aqui tem SUS, do XXXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na oportunidade, Anastácio-MS apresentou essa prática do SUS desenvolvida e implementada no formato sustentável da Rede, a qual perpassa toda a rede de saúde municipal, sendo um grande marco no cuidado da saúde mental da população.



Atividade presencial pós-premiação, no município de Anastácio-MS (Prefeitura de Anastácio-MS).

Desde 2017, estamos desenvolvendo diversas ações preventivas, como as oito edições do Encontro de Saúde Mental e os dois Seminários Sul-mato-grossenses de prevenção ao suicídio, que geram um grande alcance na comunidade e nos profissionais. Ademais, o trabalho na escola tem sido bastante resolutivo, pois conseguimos aproximar o serviço de um ambiente que provém uma demanda bastante grande, e essa parceria faz com que professores e demais alunos ajudem a identificar os que necessitam de intervenção.

Todos os anos, fazemos formação permanente à equipe de saúde mental e aos parceiros, bem como ações em alusão ao mês.

Em 2022, a equipe do Conasems gravou no nosso município a experiência dos ACS para o curso ‘Saúde com Agente’, a fim de mostrar como o trabalho em equipe traz resultados às pessoas e como as capacitações deixam o profissional preparado para olhá-las em sua completude.

Em 2023, iniciamos os grupos na APS de ansiedade como mais um mecanismo de prevenção. Assim, conseguimos começar também os matriciamento tanto na eSF como na Rede na atenção especializada, permitindo o melhor cuidado ao tratamento do paciente. Diante disso, percebemos a necessidade de iniciar grupos de estudo de caso, que estão ocorrendo uma vez ao mês.

Dinâmica da prática de Anastácio-MS

- Quando um paciente tentante chega ao hospital, o próprio hospital entra em contato com a Rede;
- Em seguida, um dos psicólogos que estão de plantão é acionado para se deslocar até o hospital e realizar o atendimento;
- Nesse atendimento, é realizado o acolhimento, orientações para a família, e faz-se a notificação;
- Em seguida, é feito o encaminhamento para que o paciente possa dar início e continuidade ao seu tratamento;
- Na mesma semana, é iniciado o atendimento com psicólogo no CEM;
- Se necessário, o paciente também é encaminhado para psiquiatria;
- A assistente social faz acompanhamento do paciente e de sua família.

Em 2018, estima-se que houve 79,17% de tentativas na própria residência; 8,33% em vias públicas e o mesmo quantitativo em escolas. No ano de 2019, a porcentagem foi de 82,86% na própria residência; 7,62% em vias públicas e 3,81% em escolas. Em 2020, 76,47% na própria residência; 8,82% em vias públicas e 1,47% nas escolas. Em 2021, não houve ocorrência de tentativas em escolas, somando então 85% na própria residência e 2,50% em vias públicas. Por fim, em 2022, 76,67% deram-se na própria residência, 1,67% em vias públicas e 5% em escolas (Dados da Vigilância Epidemiológica Municipal de Anastácio-MS).

Muitas pessoas procuram também diretamente o CEM ou sua eSF para iniciar seu tratamento em saúde mental. Os ACS têm papel importante no rastreamento de pacientes, visto que são uma verdadeira ponte entre os usuários e a unidade, conseguem levar os casos para a enfermeira da eSF e, conseqüentemente, para a Rede.

Durante visita da equipe da Curadoria IdeiaSUS Fiocruz, em 2023, as eSF do município, foram entrevistados profissionais atuantes em cada unidade. Destacou-se a fala de uma das ACS:

Esse feedback da equipe é muito acolhedor para gente como agentes comunitárias e a equipe da eSF. Com a atuação da equipe

multiprofissional, conseguimos ter um retorno de cada área, dessa forma o usuário é melhor acolhido e com atendimento mais eficaz. É muito gratificante esse trabalho. Me sinto acolhida mentalmente pela equipe, quando preciso todos estão à disposição. (ACS 1).

Observou-se que os ACS compreendem a funcionalidade do serviço da Rede e se sentem mentalmente acolhidos também. Relatam entrosamento com todos os serviços da equipe multiprofissional, não apenas da psicologia, e consideram importante o acesso direto à equipe, pela presença na rotina das eSF, o que aproxima os funcionários bem como as devolutivas sobre os encaminhamentos realizados.

A Rede realiza seu trabalho por meio da prevenção conforme afirmou um dos psicólogos atuantes na frente do PSE em diversas escolas do município. Outros relatos importantes foram das escolas apoiadas. Em seu relato, a diretora destacou a importância da parceria Saúde com Educação, apontando como resultado da prática a melhora no rendimento escolar dos alunos, a sensação de acolhimento pelo fácil acesso aos psicólogos para acolhimento de alunos e para realização de ações de conscientização da comunidade escolar.

Percebeu-se ainda que a diretora coloca a escola como participante desse processo não delegando a responsabilidade apenas à Rede de prevenção, mas reconhecendo que o aluno/paciente é de toda a Rede, incluindo o papel da escola e das famílias que, segundo ela, têm trazido boas devolutivas sobre esse cuidado.

Outra importante ponta dessa Rede é o PSE, política intersetorial da Saúde e da Educação que foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como estratégia de integração entre esses setores.

O PSE atua na perspectiva da Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos do campo da Educação Pública, considerando a educação infantil, o ensino fundamental e médio, além da educação profissional e tecnológica e da educação de jovens e adultos (EJA). (Gomes Junior; Silva, 2021, p. 12).

É uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e as ações de educação e de saúde, com a participação

da comunidade escolar, envolvendo principalmente as eSF e da Educação Básica. Com isso, o referido projeto tem como objetivo contribuir para ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O PSE teve um fator importante no processo de implantação da Rede, sendo dentro de uma escola o primeiro lugar no qual o serviço foi divulgado à população, visto que, em 2017, encontravam-se ali amigos de uma vítima de suicídio. Nesse sentido, o apoio a esses colegas foi indispensável.

A linha temporal desde o surgimento da Rede até o psicólogo que atuava nas instituições foi ligada a encontros periódicos, sempre voltados a acolhimento, ansiedade, depressão, dando aos alunos ferramentas para o enfrentamento desses sinais que, naquele momento, eram muito novos. Foi realizado com a turma um processo de posvenção, dando a oportunidade de os alunos ressignificarem toda a situação. Observando a adesão que ocorreu nesse momento, foi possível implementar, também nas atividades do PSE, o serviço de posvenção na instituição. Esse serviço, quando acionado, é realizado dentro da própria sala do aluno que consumou o ato, e o convite é expandido para colegas de outras turmas que tinham um contato próximo com a vítima.

O luto pela morte de alguém ou por perdas significativas faz parte da vida das pessoas e, por isso, a escola não deve impelir-se às reflexões dessa experiência emocional em seu ambiente. De maneira geral, as perdas e a morte também fazem parte do contexto escolar e, como sistema social, é preciso um olhar para essa temática. A criação de espaços de diálogo para alunos, pais e toda a comunidade escolar pode favorecer e aproximar a rede de apoio dos estudantes, além de possibilitar apoio, espaço para tirar dúvidas, conversar sobre o assunto e tornar a experiência menos angustiante. (Giarettonet *et al.*, 2020 *apud* Lourenço; Micheli, 2023, p. 6).

No período de pandemia, o serviço da Rede do município viu a necessidade de ampliar os horizontes, tanto é que, no grupo de posvenção que era exclusivo para aos familiares que tinham seus entes vitimados por

tal situação, então nesse momento, foi realizado um reajuste acolhendo também enlutados pela Covid-19, tornando hoje no município um grupo de luto que possuiu portas abertas para qualquer munícipe. Em 2023, o PSE passou por algumas reformulações, dividindo-se em dois principais eixos. Quando lidamos com a palavra saúde, podemos observar sua importância na sociedade, tendo vista que essa não pode ser entendida apenas como um funcionamento ‘saúdável’ do nosso organismo, ou seja, a ausência de doenças físicas, mas como um compendio de ações saudáveis que aqui chamaremos de ‘hábitos saudáveis’ que refletem na transformação do nosso corpo física e mentalmente, deixando-o mais adaptativo.

Esses eixos foram pensados no intuito de dar maior suporte as outras questões que emergiriam nas escolas, ressaltando que essas escolas todas são estaduais. As escolas do município recebem o programa, mas em outra estrutura. Em Anastácio-MS, as escolas municipais são do berçário até o 3º ano do ensino fundamental, e não há uma demanda dessa temática com essas escolas do município. Com essa nova estrutura, viu-se a importância de trabalhar em conjunto com professores e alunos, ambos com foco em saúde, promoção e prevenção.

Quando mencionada a importância da equipe educacional na condução de estratégias para o fomento de assuntos relacionados com a saúde, não podemos nos abster de dar o suporte necessário aos professores que lidam com esses alunos diariamente, sendo esses profissionais as pessoas mais próximas desses alunos, possibilitando melhor engajamento da classe as atividades propostas. Nesse eixo com os professores, o trabalho é realizado da seguinte forma:

- a) Formação com os professores para auxiliar no manejo de alunos em situações de ‘crise’;
- b) Rodas de conversas
 - Alinhamento com professores de Projeto de Vida a fim de ampliar algumas propostas reflexivas (disponibilização de materiais preventivos)
 - Professores, Práticas de Convivência e Socialização (caso a instituição seja integral, construir propostas dinâmicas para melhor desempenho desses alunos);
- c) Matriciamento escolar.

Esse suporte foi pensando para que o professor consiga compreender melhor alguns temas pouco discutidos entre saúde municipal e educação, como: hipóteses diagnósticas (como o profissional pode observar algum transtorno nesse aluno), manejo de intercorrências (melhorar a forma de conduzir situações de urgências, por exemplo, autolesão, uso de drogas), tornarem-se acolhedores (promoção de saúde mental para professores).

No eixo com os alunos, são realizadas algumas práticas que fazem com que estes estejam mais conscientes sobre si. Sabemos que há muitos relatos e casos de autolesão e suicídio no município, entretanto, quando lidamos com essas temáticas, jamais podemos nos esquecer de que o ser humano precisa ser entendido por completo, e não apenas em partes. A visão mais assertiva é compreender esse aluno com um ser biopsicossocial, isto é, dar possibilidade de novos hábitos na sua forma biológica (fisiologia); psicológica (emoções); social (comportamentos). A autolesão e o suicídio podem ser entendidos como um plano de fuga, em outras palavras, seria quando o aluno acha nessas alternativas o refúgio de seus problemas – os quais são desencadeados por inúmeros fatores, podendo ser, por exemplo, social (familiar), físico (doença), gerando um sofrimento psicológico e acarretando um desfecho nada satisfatório.

Muitos lidam com situações em que, normalmente, não são vistos nem lembrados. Com isso, viu-se a importância de dialogar com os estudantes temas atuais que circundam no ambiente escolar, que são:

- a) ansiedade/depressão/autolesão/suicídio;
- b) orientação em saúde (levar profissionais de saúde de diferentes áreas);
- c) saúde mental (ampliar a visão de que, não é ausência de doença, mas sim a forma de lidar com as situações adversas de forma eficaz);
- d) autodiagnóstico (automedicação, pesquisas sobre doenças);
- e) autoimagem (transtornos alimentares);
- f) educação sexual;
- g) álcool e drogas.

Esses temas aqui levantados também fazem parte dos eixos temáticos do PSE – quando não é importante sempre salientar que o município preza por trabalhar em consonância com o Ministério da Saúde, uma vez que o programa precisa ser realizado na íntegra, mas aqui é feito um recorte estrutural para elucidar como o município trabalha o PSE ampliado não só para os alunos, mas também que os professores participem e consigam lidar de forma assertiva nas situações que transpassam a formação acadêmica pedagógica.

Outra ação que foi desdobramento da prática de Anastácio-MS são os atendimentos realizados nas salas de espera das eSF, para que possam ser repassadas informações sobre ansiedade e compulsão alimentar.

As equipes recebem suporte e treinamento em diversas oportunidades, como, por exemplo, no Janeiro Branco, Agosto Verde e Setembro Amarelo. Além das capacitações, é importante salientar o importante papel do matriciamento.

Todos os anos, é realizado o levantamento sobre qual população estamos precisando alcançar, e sobre a adesão ao tratamento de acordo com a localidade e a faixa etária. A partir disso, definimos em grupo como conduziremos as ações, algumas ações que já fizemos nos meses de Janeiro Branco (prevenção à saúde mental), Agosto Verde (conscientização sobre a depressão e a pessoa com deficiência intelectual e múltipla), e Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio) foram às salas de espera, *blitze* educativas, decorações com frases de autoajuda na ponte onde temos o maior índice de tentativas, boletim informativo espalhados pela cidade, panfletagem nas casas, parcerias com a rádio, capacitações, divulgação no *site* da prefeitura, palestras nas escolas.

Nós somos a porta de entrada, então quando um paciente vem até a unidade, nós tentamos acolher a demanda da melhor maneira possível. Em seguida fazemos a avaliação de risco e se for necessário já entramos em contato com os demais profissionais. Criar e manter esse vínculo com o paciente é essencial. (Enfermeira da APS).

Pela fala da enfermeira entrevistada, observamos o conhecimento sobre as ferramentas de estratificação dos pacientes e a percepção de

vínculo entre a UBS e o usuário, mesmo quando este é encaminhado para outros serviços de saúde. A eSF se responsabiliza pelo acompanhamento do paciente e sua família como integrantes do território. Nesse processo, destacamos o entendimento de que a UBS é a ‘porta de acesso’ a todos os serviços ofertados, da baixa à alta complexidade.

Matriciamento ou Apoio Matricial (AM) é uma ferramenta importante para o diálogo entre a saúde mental e a atenção básica, pois, havendo comunicação ativa, há troca de conhecimento dos profissionais, com a finalidade de ser um processo de construção compartilhada, no qual criam uma proposta de intervenção (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

A equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de APS, pois produz uma corresponsabilização que pode se firmar por meio de discussões conjuntas de casos e planejar as intervenções, que podem ser com a participação das famílias ou em atendimentos conjuntos (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

No matriciamento, é feita a elaboração de estratégias compartilhadas do cuidado para os casos atendidos em comum, pois se espera que o vínculo da pessoa com a eSF continue sendo prioritário, mesmo em momentos em que necessite de atenção especializada, visto que este nunca deixa de ser referenciado na eSF (Silva; Eugênio; Santos, 2022).

Sobre a relevância das reuniões de matriciamento, pode-se observar o relato da psicóloga da Equipe Multiprofissional que aponta:

Estamos na linha de frente com todos, com a enfermeira, médicos, ACS. Eles trazem essa demanda, e a gente tem essa troca, temos uma reunião de matriciamento, sempre tem uma devolutiva do que está acontecendo. Nós temos o conhecimento do território, que é muito importante, pois cada área possui suas características e demandas. São realizadas reuniões mensais em cada eSF para o matriciamento. São tratados os casos de pessoas domiciliadas, nessas visitas participam além do psicólogo e enfermeiro, um fisioterapeuta, assistente social, educador físico e nutricionista, quando necessário.

Destaca-se no relato anterior o cuidado compartilhado entre os demais profissionais da Equipe Multiprofissional e da UBS, o conhecimento do território e das necessidades dos usuários, bem como a possibilidade de construir um PTS para acompanhamento integral em casos especiais. Tal abordagem multidisciplinar promove o reconhecimento da psicologia na prática, isso é observado nas devolutivas dos profissionais durante o matriciamento e dos usuários quando agradecem ao ACS pela visita domiciliar recebida da Equipe Multiprofissional que também se considera integrante da eSF: “*estamos na linha de frente com todos*”.

Além do AM e da elaboração do plano de cuidado integrado com as equipes de saúde da família, também são desenvolvidas as seguintes atividades:

- visitas domiciliares em equipe;
- atendimento domiciliares;
- consultas;
- atendimentos compartilhados;
- Pics – Terapia Comunitária Integrativa;
- grupos terapêuticos;
- atividade educativa e orientação;
- PSE.

Em relação aos cuidados na posvenção, temos um profissional especialista para acompanhar a família e os amigos. O grupo de luto no município de Anastácio-MS teve como início dar o suporte para enlutados na posvenção de vítimas de suicídios; entretanto, com a pandemia, foi possível observar um aumento significativo de óbitos pela Covid-19 no município. Com isso, o grupo acabou se expandindo e acolhendo toda a demanda sendo ela posvenção ou não.

O grupo funciona semanalmente todas as quartas-feiras às 7h:30, tendo como duração máxima até 1 hora e 30 minutos. Para participar, é necessário que o ingressante seja maior de idade: em casos de menores de idade, esse processo é realizado de forma individualizada. Desde seu início, em 2017, foram realizados mais de 200 acolhimentos a pessoas voltados a sua dor. A qual muitas vezes desorganiza, desintegra, tornando-nos vulneráveis. Conforme (Granzotto, 2012, p. 167), pode-se

afirmar que esse sofrimento é “como se não fosse mais possível gozar de suas representações sociais construídas ao longo de sua vida”.

O falecimento de um ente querido acaba gerando descargas emocionais grandes, uma vez que, nesse momento, perde-se a representação social de mãe, pai, tio, de uma esposa enfim. É capaz que, nesse momento, esse sujeito possa se desorganizar: se levarmos em conta que já não se tem mais o seu ‘papel social’ ou, melhor dizendo, ‘minha função social’, o que sobrar para esse sujeito é apenas o vazio, como se após o falecimento da pessoa querida ele já não seja mais quem é, pois parte dele se foi com ela.

É ofertado à população todo cuidado para que esse paciente se sinta acolhido nesse momento de incertezas. Desde o momento que o paciente sabe da perda de seu ente querido, quando esse paciente está sendo assistido pela rede, automaticamente já conseguimos contactá-lo a fim de prestar o apoio necessário para o indivíduo. Na prática, isso pode ser desde um acolhimento emergencial, em que o paciente se desorganiza devido à notícia do óbito, ou também o acompanhamento do cortejo fúnebre com os familiares.

Todo esse trabalho tem como principal objetivo formalizar um vínculo entre os familiares e a equipe de saúde, para que estes se sintam à vontade quando precisarem de um apoio especializado, tanto individual quanto em grupo. Dessa forma, foi possível notar que o vínculo já estava estabelecido, e que recrutar esse paciente enlutado era mais fácil uma vez que, no momento de maior vulnerabilidade, o profissional esteve ali o tempo todo.

O grupo trabalha com um fluxo de livre demanda ou via encaminhamento pela APS. Quando a enfermeira nota que naquela família ocorreu um óbito e esses não eram pacientes assistidos pela Raps, essa profissional, essa profissional, via regulação, encaminha esse paciente para um atendimento individualizado para que ele seja apresentado para a rede e, assim, seja inserido ou não ao grupo. Esse movimento de conhecer o paciente antes de inseri-lo é importante, pois é a partir disso que essa pessoa enlutada poderá entender como funciona e qual a principal função do grupo de luto.

Quando o paciente chega ao serviço, seja na APS ou no CEM, a demanda é avaliada pela equipe. Quando necessário, são realizadas visitas domiciliares em conjunto com a eSF, com o objetivo de criar vínculo e compreender o que está acontecendo no núcleo familiar.

O atendimento individual acontece quando o paciente já está aceitando ajuda. Esses atendimentos são realizados semanalmente de acordo com a necessidade. Se necessário, são realizados atendimentos na eSF devido a distância.

Também para familiares, são realizadas intervenções na família com auxílio da assistente social, buscando entender as dinâmicas familiares e de que forma podem auxiliar a família a ajudar o paciente.

Grupos de ansiedade estão sendo realizados nas eSF direcionados para pacientes que já estão melhorando e que brevemente podem receber alta. Os grupos atuam na preparação para a alta e na vinculação do paciente com sua equipe de saúde. O processo de alta acontece gradativamente, e os atendimentos começam a ser espaçados devagar.

Quando são encaminhados pela atenção especializada ou por outros profissionais, é indispensável a necessidade de coordenadora do grupo possuir um bom vínculo terapêutico com o paciente, visto que, já tivemos experiências anteriores de atendimentos em grupo que não tiveram adesão dos pacientes, por não se sentirem acolhidos e vinculados ao terapeuta. Nesse caso, antes dos pacientes serem encaminhados para atendimento grupal, sempre são feitos, no mínimo, três atendimentos iniciais com a coordenadora do Grupo de Ansiedade, a fim de alimentar o vínculo, a segurança pelo processo terapêutico e de sanar quaisquer dúvidas sobre o perfil do paciente para atendimento grupal ou individual.

Sobre o Grupo de Ansiedade, este acontece há cinco meses, em uma UBS municipal, na qual foi constatado que várias pacientes possuíam a mesma demanda inicial, sendo esta trabalhada, ao longo desses oito a dez atendimentos; e, após, com uma assídua psicoeducação e construção de vínculo terapêutico, foram encaminhadas para o Grupo, a fim de apoiarem as demais pacientes, que também lidam com as questões que envolvem a ansiedade, e, com isso, utilizam o Grupo para manutenção e estabilidade dos sintomas.

O contrato terapêutico e o sigilo foram pontos cruciais ofertados no início do atendimento grupal, assim como acontece para qualquer nova integrante do grupo.

Trata-se de um grupo fechado, mas seguimos alguns critérios de escolha para fazer parte dele, como: serem mulheres acima de 35 anos, e, como mencionado, que possuam quadros de ansiedade. Hoje, contamos com sete participantes. As sessões duram, em média, duas horas e são passadas algumas tarefas de casa, as quais são revistas no início de toda sessão. Ao final, é solicitado um *feedback* do grupo, a fim de considerar o desempenho do trabalho.

Esse Grupo acontece uma vez por semana, na Estratégia da Saúde da Família Umbelina, em Anastácio-MS, sendo que, toda semana, tentamos trazer profissionais da equipe multiprofissional, para auxiliarmos com os conteúdos trazidos pelas próprias pacientes, tais quais compulsão alimentar, dificuldade em respirar durante as crises de ansiedade, necessidade de iniciar uma atividade física, problemas sociais, entre outros.

Sendo assim, toda semana, um profissional que faz parte da equipe multiprofissional auxilia no atendimento do grupo, sendo eles as nutricionistas, as fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, terapeuta holística, e demais psicólogos, que se utilizam dessa ideia inicial para formarem demais grupos como esse, em outras Unidades de Saúde, em que fazem atendimentos.

Por acreditarmos que as práticas integrativas e complementares possam auxiliar de grande forma com a ansiedade, a terapeuta participa de todos os encontros, trazendo novidades semanais, como aromaterapia, reflexologia podal, escalda pés etc. A intenção é fazer com que as pacientes tenham um momento de autocuidado, enquanto se utilizam do grupo terapêutico para falar, se ajudar, e ajudar umas às outras.

Quando a queixa perpassa os cuidados de forma natural, as pacientes são encaminhadas para a atenção especializada, de forma a serem atendidas por psiquiatras, cardiologistas, e demais profissionais que se fizerem necessários, em que é nítida a boa comunicação que a APS possui com a atenção especializada, sendo de grande utilidade para os pacientes, que são atendidos de forma integral e ágil na medida de suas necessidades.

Nota-se que, talvez devido a possuírem perfis parecidos, todas as participantes criaram um bom vínculo, auxiliando as demais com

mensagens de ajuda, motivacionais e dicas de relaxamento no grupo de WhatsApp, o qual foi aberto a pedido do Grupo.

Por ser tão bem aceito pelas pacientes, desejamos criar outros Grupos de Ansiedade nas demais eSF do município, já que, com ele, conseguimos atender a grandes demandas de pacientes de forma coletiva, duradoura e que tem mostrado grande eficácia no tratamento com os sintomas de ansiedade.

Essas experiências apontam para a importância da continuidade desse trabalho e de fortalecimento do SUS e dos Caps, assim como, da manutenção do apoio dado pela Secretaria Municipal de Saúde e de nossos parceiros.

Por meio desta proposta exitosa, a equipe de saúde mental de Anastácio-MS tem alcançado resultados positivos nas ações e na elaboração de novas estratégias de cuidado e de valorização da vida e da saúde mental.

No decorrer desses anos de prática, fomos aprimorando e conquistando muitas coisas. Ainda assim, sabemos que ainda temos melhorias a alcançar de acordo com a realidade do nosso município.

O processo de Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz

A realização da Curadoria aconteceu durante o final do ano de 2022 até o final de 2023, com a realização de oficinas, encontros reuniões presenciais e virtuais que foram replicados internamente via profissionais da prática e alinhados com a gestão municipal de saúde.

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 tornam-se algo essencial no processo de adaptação e sistematização das práticas.

O processo da curadoria da prática de Anastácio-MS foi baseado na metodologia de Paulo Freire (1981), mediante discussão das experiências vividas pelos trabalhadores de saúde na rede de prevenção ao suicídio, lançando mão de metodologias ativas, como, por exemplo, a chuva de ideias para decodificar os sentimentos e as realidades vividas e dando significado para elas. Assim, por meio da aquisição da palavra escrita, buscou-se compreender o mundo particular da prática, seus desafios e suas realizações.

Para Oscar Jara (2020), sistematizar uma determinada experiência é um desafio político-pedagógico pautado na relação dialógica e na busca da interpretação crítica dos processos vividos:

Trata-se de um exercício rigoroso de aprendizagem que contribui para refletir sobre as diferentes experiências, implicando na identificação, classificação e reordenamento dos elementos da prática; utiliza a própria experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação. (Jara, 2020, p. 7).

Também foram entrevistados profissionais da Rede envolvidos com a prática, assim como ex-pacientes e seus familiares. Todo esse conjunto de informações orientou o processo de curadoria, sendo possível perceber que a prática de Anastácio-MS já se encontra em um processo muito adiantado para seu processo de sistematização.

Alguns pontos que podem ser observados como desafios para a prática de saúde mental na prevenção do suicídio na cidade de Anastácio ainda, a rotatividade de profissionais que pode trazer a quebra do vínculo entre usuários e profissionais e as deficiências no transporte público do município, que pode dificultar a adesão ao tratamento oferecidos. (Curadora Adriana Moro).

O passo a passo para a melhoria da prática, sugerido e acompanhado pela curadoria, foi importante no sentido de que nos fez fortalecer o vínculo entre a equipe, refletir como estava sendo nossa prática: assim como nos ajudou a colocar em prática projetos que tínhamos e que era necessário, por exemplo, o estudo de caso.

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

A prática de Anastácio tornou-se exitosa como política pública porque emergiu de uma necessidade observada dentro da comunidade e foi tomando forma e crescendo sempre lançando mão de dados estatísticos o que justifica o sucesso. Outro ponto bastante importante da prática é o envolvimento de múltiplos setores: saúde, educação, assistência. (Curadora da Prática Adriana Moro).



Atividade presencial no município de Anastácio-MS com Secretário Municipal de Saúde; Coordenação e equipe da prática de saúde; equipe da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz (Prefeitura de Anastácio-MS).

REFERÊNCIAS

ANASTÁCIO. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Epidemiológica Municipal de Anastácio-MS. *Arquivo de Notificações de violência interpessoal*. Levantamento de dados dos anos de 2018 a 2022. Anastácio: SMS, 2022.

ANASTÁCIO. Lei n. 1.172, de 15 de outubro de 2019. Institui o Programa Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio de Anastácio-MS e dá outras providências. *Diário Oficial de Anastácio*: seção 1, Anastácio, ano 3, n. 475, p. 1-2, 2002. Disponível em: <http://www.anastacio.ms.gov.br/uploads/files/2019/10/ano-iii-edicao-n475-sexta-feira-25-de-outubro-de-2019-pdf.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 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*: seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 2302.

CAMARGO, E. N.; SANTOS, E. T. Análise da ocorrência e tentativas de suicídio nos municípios de Anastácio e Aquidauana/MS, no período de 2007 a 2016: Contribuição ao aperfeiçoamento de políticas de saúde pública de prevenção. *Ateliê Geográfico*, Goiânia, v. 14, n. 1, abr., 2020, p. 305-321. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ag.v14i1.51318>. Acesso em: 10 set. 2023.

FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

GOMES JUNIOR, W. R.; SILVA, N. *Políticas educativas e direitos de cidadania: programa saúde na escola*. Cruz das Almas: UFRB, 2021. v. 4. Disponível em: https://ufrb.edu.br/portal/images/noticias2021/VOLUME_4_-_PROGRAMA_SA%C3%9ADE_NA_ESCOLA.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. *População. 2022*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/anastacio.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

JARA, O. *A educação popular latino-americana: História e fundamentos éticos, políticos e pedagógicos*. São Paulo: Ação Educativa/CEAAL/ENFOC, 2020.

LOURENÇO, E. R.; MICHELI, D. *Posvenção do suicídio nas escolas: um guia de apoio para profissionais da educação*. 1. ed. São José dos Campos: Curi Editora, 2023.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. *Clínicas gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self*. 1. ed. São Paulo: Summus, 2014.

SILVA, A. S.; EUGÊNIO, A. R.; SANTOS, D. C. *Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Anastácio-MS*. Secretaria Municipal de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Anastácio-MS: Prefeitura Municipal; 2022. 164 p. Secretaria Municipal de Anastácio/MS. Elaboração: 2021/2022.

SILVA, L. N.; MARQUES, H. R.; MARINI, B. O desenvolvimento local no município de Anastácio, MS: A Festa da Farinha - um estudo de caso. *Multitemas*, Campo Grande, n. 42, p. 115-128, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://multitemas.ucdb.br/multitemas/article/download/280/327>. Acesso em: 20 set. 2023.

Região Sul
Balneário Barra do Sul, Santa Catarina



**EQUIDADE NO SUS POR MEIO DA ARTICULAÇÃO
REGIONAL: SAÚDE MENTAL INDÍGENA**

**DJO'ORAMINGUA KO SUS HÁ'EGUY ARTICULAÇÃO
REGIONAL: SAÚDE MENTAL M'BYAKUERY REGUA**

4

EQUIDADE NO SUS POR MEIO DA ARTICULAÇÃO REGIONAL: SAÚDE MENTAL INDÍGENA

Eloisa de Lacerda

Patricia Samu Ferreira Batista

Andreia Moreira/Djadjuka Rokadju Poty Mirim

Ana Luíza Pfitzenreuter Nunes

Andreza Carolina Rodrigues Castanho

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

Ivy Karla de Aragão Martins Francisco

Liana Melissa Chaves

Lívia de Oliveira Sabioni

Marta Gama de Magalhães

Pedro Eginio Leites de Alexandre

Sérgio Moreira/Kuaray Nhe'e Garai

Vanderléia Laodete Pulga

Wilson Moreira/Karai Nhe'e Garai

INTRODUÇÃO

As reflexões que seguem neste capítulo são resultado da sistematização coletiva feita a partir da Prática Premiada da Região Sul na '17ª Mostra Brasil Aqui tem SUS' no XXXVI Congresso Nacional do Conasems em 2022, que integra o Programa IdeiaSUS vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), intitulado 'Equidade no SUS por meio da articulação regional: saúde mental indígena', realizado pela Câmara Técnica da Rede de Atenção Psicossocial (CT-Raps) na região

nordeste de Santa Catarina com lideranças indígenas e, em particular, com a Aldeia Tarumã BR.

O cuidado à saúde dos povos indígenas tem na Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, a garantia do direito universal, integral e equânime, conforme segue:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, p. 118).

Preconiza, também, em seu art. 231, o reconhecimento e a valorização de suas formas organizativas, culturais e suas identidades e singularidades:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. (Brasil, 1988, p. 133).

A partir dessas premissas constitucionais, as Leis nº 8.080/1990a e nº 8.142/1990b do Sistema Único de Saúde (SUS) garantem que é preciso levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Além disso, no SUS, está a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de Janeiro de 2002, do Ministério da Saúde (MS), no Diário Oficial da União nº 26 – Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), que tem como diretrizes a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; a promoção do uso adequado e racional de medicamentos; a promoção de ações específicas em situações especiais e a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas.

Entretanto, mesmo com a garantia do direito à saúde a toda a população e aos povos indígenas por meio do SUS, a criação de um subsistema dentro desse sistema de saúde para garantir o cuidado integral, com o reconhecimento de seus saberes ancestrais, a participação e o controle social, o cotidiano desses povos ainda é marcado por muitos desafios que trataremos no decorrer destas reflexões.

Um dos principais autores indígenas, Ailton Krenak reflete muito sobre as questões indígenas em suas obras publicadas. Trazendo uma fala ancestral de seus povos, Krenak (2019, p. 13) cita: “Quando o último peixe estiver nas águas e a última árvore for removida da terra, só então o homem perceberá que ele não é capaz de comer seu dinheiro”. Essa citação evidencia e questiona o modo predatório que a humanidade racional e ilustrada convencionou chamar de normal, ou seja, de uma separação filosófica e existencial do humano com a natureza. Além disso, suas obras expressam a força e a cosmovisão dos povos indígenas que precisam ser acolhidas, escutadas, respeitadas e reconhecidas por toda a sociedade e, em especial, pela área da saúde.

Diante desse contexto, essa experiência ou prática premiada partiu da escuta das demandas de saúde mental indígena de uma aldeia pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL), localizada no Polo Base (PB) Araquari-SC. Trata da aproximação e dos diálogos entre profissionais de saúde da Raps com a comunidade indígena. As reflexões, o cuidado aos povos indígenas e os aprendizados foram se construindo no decorrer do trabalho, durante a sistematização da experiência e Curadoria do IdeiaSUS. O processo inicial se deu pela disponibilidade de profissionais de saúde para escuta, levando em consideração o espaço intercultural, e o produto final foi o compromisso com o cuidado equânime.

Como percurso metodológico para a elaboração dessas reflexões, optamos pela sistematização de experiências segundo a proposta desenhada por Holliday (2006). Ancoramo-nos no autor que afirma que a produção do conhecimento sobre o vivido deve se fazer com participação ativa e direta dos sujeitos que a construíram, de modo a oportunizar o compartilhar de necessidades, anseios, valores e saberes (Holliday, 2006).

Essa é, portanto, uma abordagem metodológica participativa que ativa a atuação dos diversos atores sociais participantes no processo de cuidado, valorizando os conhecimentos e as experiências que cada um(a) traz, envolvendo na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas.

Ao considerar a importância desses saberes advindos das experiências vividas, Freire (1996) faz o convite a uma interação respeitosa com esses saberes, não para idealizá-los, mas para produzir diálogos e reflexões. Desse modo, considerar a experiência como categoria fundante das reflexões nos convida a repensar nossas práticas de cuidado e expandir nossas capacidades inventivas para transformar, agir e refletir (Dantas, 2022, p. 29).

Holliday (2006) referencia essa proposta como uma abordagem crítico-reflexiva sobre o próprio fazer, ancorada na educação popular, na qual seus sujeitos não apenas catalogam e organizam informações, mas a interpretam, ordenam, reconstróem e explicitam a lógica do processo vivido, os fatores que nele intervieram, como se relacionam entre si e por que o efetivaram daquele modo. Nesse sentido, considera, ainda, a dinamicidade das experiências, a complexidade implícita em sua historicidade e seus processos sociais em permanente movimento.

Neste trilhar reflexivo, a partir de uma experiência de construção dialógica entre os serviços de saúde, seus espaços de gestão e pactuação com as lideranças e comunidades indígenas, é construído um cuidado integral à saúde mental. Assim, seguiremos os passos estruturantes que nos propõe Holliday (2006), ou seja, o ponto de partida, a formulação do plano de sistematização, a recuperação do processo vivido, as reflexões de fundo e os pontos de chegada. O ponto de partida é a experiência premiada de promoção da equidade em saúde mental dos povos indígenas em Santa Catarina. Para tanto, foram realizadas oficinas de forma virtual em *web* encontros com os protagonistas dessa experiência para definir os objetivos, o processo metodológico de sistematização, as fontes e os materiais a serem utilizados e a organização da escrita do capítulo em português e em guarani. Com base nas reflexões feitas e da visita da equipe do IdeiaSUS Fiocruz/RJ com suas coordenadoras, curadora e assistente, com os protagonistas da prática na Aldeia Tarumã em Ara-

quari, Santa Catarina, que, com os relatórios, as imagens em foto e vídeo e os documentos analisados, foram a base central para a sistematização desta prática laureada.

O capítulo traz, inicialmente, os elementos sobre a organização do cuidado com os povos indígenas Guarani em Santa Catarina. Logo após, é feita a descrição da experiência de articulação em rede para a atenção à saúde mental indígena e a construção coletiva do Cardápio Alimentar como parte estratégica do cuidado integral à saúde mental dos povos indígenas e sua efetivação na rede de atenção à saúde com sua dimensão de equidade. Por fim, as reflexões dos aprendizados, da curadoria e dos desafios para o cuidado integral foram capazes de garantir o reconhecimento e a interação dos diferentes saberes para a valorização da vida.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AOS POVOS INDÍGENAS GUARANI NO SUS DE SANTA CATARINA (PB ARAQUARI)

A população indígena em Santa Catarina é composta de 21.541 habitantes, sendo 10.563 pessoas residindo em terras indígenas e 10.978 fora dessas terras (IBGE, 2022). A região da experiência exitosa em questão fica em Santa Catarina, sob jurisdição do PB Araquari, que pertence ao DSEI ISUL (que abrange os estados de Santa Catarina-SC e Rio Grande do Sul-RS) da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) – MS. Possui população total de aproximadamente 664 indígenas (Brasil, [2023]) e é composta por 12 aldeias indígenas, distribuídas em 5 municípios: Araquari (aldeia Jabuticabeira, Yvapuru, Pindoty, Tarumã, Tarumã Mirim, Ka’aguy Mirim Porã e Pirai/Tiaraju), Balneário Barra do Sul (aldeia Conquista), Garuva (aldeia Yy Akã Porã), Joinville (aldeia Takuaty Jecupe) e São Francisco do Sul (aldeia Yvy D’ju/Reta e Morro Alto). Especificamente, o PB Araquari está localizado na região Karai Nhe’e Garai norte do estado de Santa Catarina, microrregião de Joinville, a 182 km de Florianópolis-SC, e se caracteriza como PB Tipo II (PB-II)ⁱ.

i Os PB, subdivisões territoriais dos DSEI, subdivide-se em dois tipos: a Sede de PB Tipo I (PB-I), localizada em aldeia, que é a unidade destinada concomitantemente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do PB, definida

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) prestados aos indígenas dessa região são realizados considerando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas, e são desenvolvidos respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde (Funasa, 2002). Assim, o cuidado em saúde básica dos indígenas que residem em terras indígenas é prestado por uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), vinculada ao PB Araquari/DSEI ISUL/Sesai/MS. A equipe de saúde volante lotada no PB é composta atualmente por: 2 médicos/20 horas cada; 2 enfermeiros/40 horas cada; 5 técnicos em enfermagem/40 horas; 1 cirurgião-dentista/40 horas; 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/40 horas e 1 técnico em saneamento/40 horas. Lotados nas aldeias, existem ainda 8 Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) e 10 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que são o elo entre os profissionais e a comunidade, facilitam a interlocução com os outros profissionais, bem como prestam serviços de APS. Essa participação é essencial diante da diversidade linguística, pois, nessa região, a língua materna é o Guarani. Além desses profissionais citados, existem os contratos terceirizados: 1 auxiliar administrativo/40 horas; 7 motoristas (sendo 3 com 40 horas semanais, 2 com escala de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso em exercício diurno e 2 com a mesma escala, porém em exercício noturno) e 3 auxiliares de serviços gerais (1 lotado na sede do PB e 2 em duas aldeias distintas).

A organização administrativa do cuidado em saúde dos povos indígenas é prevista na PNASPI (Funasa, 2002) visando à superação de iniciativas que ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao processo de saúde e de adoecimento do indígena, para então alcançar um cuidado diferenciado e equânime. Os DSEI foram criados em 1991 como base de organização do serviço de saúde, não só como uma delimitação geográfica administrativa, mas

dentro do território do DSEI; e a Sede de PB Tipo II (PB-II), localizada em área urbana, que é a unidade destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do PB, definida dentro do território do DSEI, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento com uma estrutura definida e adaptada a partir das necessidades das comunidades assistidas.

também que considera as especificidades etnoculturais do território e permite a ordenação de uma rede de saúde e das práticas sanitárias (Funasa, 2002).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, a qual acrescenta este dispositivo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art.19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art.19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art.19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art.19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art.19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 3o As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Brasil, 1999).

Além do DSEI como parâmetro de organização do serviço de saúde, a diretriz da Política Nacional situa o PB como subdivisão

territorial atuando em nível local, sediando as EMSI. Os PB são referência para os AIS, e a maioria dos agravos à saúde devem ser resolvidos nesse nível de atenção. As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos PB deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI (Funasa, 2002), e os atendimentos em serviços de média e alta complexidade são realizados por meio de encaminhamentos ao município de abrangência.

É necessário definir procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados para garantir o acesso dessa população aos serviços de atenção de média e alta complexidade, sempre considerando as especificidades culturais de cada etnia, como aqueles relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros (Funasa, 2002). Contudo, ressalta-se que as Secretarias Municipais de Saúde também atendem às demandas de saúde da população munícipe das aldeias de acordo com a complexidade, como atendimentos de urgência/emergência e atendimentos de média e alta complexidade. O PB, nesses casos, assume papel de articulador e interlocutor com o município e com a estrutura estadual na região em que a aldeia está situada.

Nesse sentido, compreende-se que o cuidado em saúde dos povos indígenas Guarani está orientado pelo princípio da equidade, conforme a PNASPI, das resoluções das Conferências de Saúde e de Saúde Indígena, estabelecendo formas de contemplar as especificidades desses povos. A Sesai incentiva os DSEI a desenvolverem ações de fomento às medicinas tradicionais indígenas voltadas para a efetivação do direito dos povos originários à atenção diferenciada à saúde, para concretizar os direitos constitucionais dos povos indígenas e efetivar o princípio da atenção diferenciada à saúde previsto pela PNASPI.

CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS EM REDE PARA O CUIDADO INTEGRAL E EQUÂNIME À SAÚDE MENTAL INDÍGENA: A EXPERIÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO NORDESTEⁱⁱ DE SANTA CATARINA

A experiência relatada envolve as temáticas de saúde mental na população indígena, sob o olhar da CT-Raps na região nordeste de Santa Catarina. Esse é um espaço para discussão dos pontos de atenção à saúde, com ênfase no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, o qual possui regimento interno próprio, com caráter consultivo e propositivo. Em encontros mensais, os técnicos, nomeados pelos secretários municipais e com representatividade de cada município da região nordeste de Santa Catarina, além de um representante da saúde indígena pertencente à EMSI do PB Araquari, dispõem de momentos dedicados a assuntos pertinentes à Raps, articulando-se coletivamente para seu desenvolvimento, fortalecimento e manutenção. As discussões pautam questões no campo da saúde mental da região, bem como das especificidades da rede de atenção à saúde mental dos municípios. Reitera-se o caráter multidisciplinar e heterogêneo dos profissionais que compõem a Raps, o que atribui à CT a qualidade de uma produção voltada para a integralidade do cuidado em saúde mental.

A CT-Raps dessa região de saúde é coordenada pela Gerência Regional de Saúde – Joinville e as ações visam ao planejamento e à implementação de estratégias para melhoria da condição de saúde da população regional. Nesse cenário, são realizadas mediações dos diálogos que compõem a prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar do cuidado em saúde mental. No ano de 2019, considerando a precisão de se apropriar sobre as necessidades de saúde regionais, esse grupo realizou reuniões itinerantes, estando nos territórios que os técnicos representam. As reuniões seguiram a periodicidade mensal, e, a cada encontro, o grupo

ii Esclarecemos que o PB Araquari pertence a região Norte de SC, conforme denominado na estrutura organizativa do DSEI ISUL da Sesai-MS. Porém o estado de SC possui 16 regiões de saúde e nesta estrutura organizativa a região de saúde é denominada como nordeste de SC. Portanto, as citações ora como região Norte e ora região Nordeste se dão conforme o referencial administrativo – estrutura da Sesai-MS ou do estado de SC.

esteve em diferentes municípios de abrangência da regional. O município eleito para sediar as reuniões era de escolha voluntária. O deslocamento para os territórios municipais foi importante para que a CT-Raps e a Gerência Regional de Saúde – Joinville pudessem realizar diagnóstico situacional e traçar estratégias para apoio técnico institucional aos municípios. Assim, entre os diversos municípios e pontos de atenção da rede, destaca-se, neste relato, a visita (e seus desdobramentos) ao PB, representando atenção básica e saúde indígena da região, bem como a visita à aldeia Tarumã (território indígena Guarani). Salienta-se que, embora houvesse representação de profissional pela saúde indígena no grupo da CT-Raps (Enfermeira-Chefe e Responsável Técnica do PB), esse cenário ainda era desconhecido para a maioria dos profissionais. Portanto, foi necessária a aproximação a essas comunidades, por meio da EMSI, para o planejamento e a efetivação das ações.

Os atores envolvidos inicialmente nessa experiência foram os técnicos de saúde da CT-Raps regional, o presidente do Conselho Local de Saúde Indígena do PB da época, os/as caciques/lideranças e os moradores da aldeia Tarumã, mediados pelos técnicos do PB. A proposta era iniciar a discussão referente à realidade cultural indígena ao lidar com a saúde mental e começar a entender os fluxos e o acesso da comunidade indígena aos serviços de saúde que demandam atendimento nessa área.

O grupo de técnicos da CT-Raps tinha o objetivo de ouvir a demanda da comunidade indígena no que tange à saúde mental. A primeira ação foi uma reunião técnica na casa de reza (Opy) da aldeia Tarumã, em julho de 2019. O ambiente estava organizado para a reunião com cadeiras em formato de círculo. A fala foi iniciada pelo cacique, e cada participante se apresentou de forma sucinta. Os membros da aldeia se mostravam tímidos, porém, todos apresentavam fala clara e bem articulada. Em alguns momentos, comunicavam-se entre si, em idioma próprio (Guarani), sem entendimento do grupo de técnicos da Raps. Em uma demonstração afetuosa de honraria e boas-vindas, o coral da aldeia realizou a abertura do evento, uma breve apresentação artística aos participantes do encontro. Após a apresentação, o cacique deu continuidade, explicando e caracterizando a aldeia Tarumã. Em cerca de 2,5 mil hectares de extensão, convivem, plantam e distribuem cerca de 40 pessoas, entre homens, mulheres e crianças de 12 famílias.



Casa de Reza/Opy da Aldeia Tarumã (Ivy Karla de Aragão).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade” (OMS, 1946, p. 1). No Brasil, a saúde é um direito de cidadania, resultante de um conjunto de políticas econômicas, sociais e culturais capazes de garantir a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de riscos e agravos, e o cuidado integral para recuperação e reabilitação em situações de adoecimento (Brasil, 1988). Essa concepção de integralidade que articula o olhar das determinações sociais, econômicas, políticas e interculturais nos processos de saúde-doença é fundamental para compreender essa experiência. Ao tratar desse tema com a comunidade indígena Guarani, diversos assuntos atravessaram o debate, como: entendimento sobre território, espiritualidade, respeito à natureza e aos anciãos, decisões coletivas nas aldeias, alimentação e interação desta com a saúde mental.

Em relação ao território, podemos dizer que é importante compreender as diferenças nas relações com o território entre a população não indígena e a indígena. A relação produtiva e financeira que é dada à terra pelo não indígena não corresponde à relação dada pela população indígena, a qual é identitária. O território e as terras se conectam com possibilidades de vida, de construção coletiva,

de ter meios de subsistência e vida em harmonia, distanciando-se de uma conotação de exploração. O plantio de alimentos ocorre de forma racionada, com planejamento da quantidade a ser plantada, bem como o revezamento da terra onde se planta e colhe. O objetivo é que, nesse plantio, não haja desperdício nem exploração da terra – a terra também ‘descansa’. Historicamente, e ainda hoje com a política de demarcação de terras, o sofrimento psíquico do povo indígena é extremamente marcado pela ameaça à sua identidade devido à insegurança sobre o território.

Milton Santos nos aponta a perspectiva de território como algo vivo, em movimento, interação e permeado por conflitos e interesses. Assim, mostra-nos a força dos territórios vivos feitos por pessoas, e não apenas o espaço geográfico, de entender o espaço como processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto uma instância social (Santos, 1997). O autor define território como “[...] um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá” (Santos, 2006, p. 39).

Ainda, o autor nos traz o território como um “conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o ser humano realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria seu espaço” (Santos, 2006, p. 16). Milton Santos concebe o território como a corporificação que acontece pelos processos e que se faz na dinâmica complexa e contraditória dos percursos sociais no cotidiano de vida das pessoas. A reflexão sobre esses processos contribui para elucidar as potencialidades existentes em cada lugar, as contradições e as fragilidades, possibilitando os processos educativos, a compreensão da realidade, a superação da alienação, a construção de iniciativas de transformação e de cuidado em saúde. Para os povos indígenas, Lugar e Território são parte intrínseca da vida; não há vida sem a natureza, sem o lugar e sem a força ancestral que se expressa no lugar ou no território onde esses povos vivem. Daí a relevância que tem a demarcação de territórios indígenas como expressão de suas vidas, e a saúde é parte dessa interação. Da mesma forma, a não demarcação dos territórios

ou medidas que possam ameaçar seus territórios, como exemplo, o Marco Temporal que é muito sério, pois ameaça a vida desses povos.

Durante a sistematização da experiência no período de curadoria, pudemos entender de maneira enfática sobre a importância do marco temporalⁱⁱⁱ. Este assunto tem sido pauta de debates políticos no nível nacional. A comunidade indígena elaborou, entre as programações pactuadas para o evento, manifestações culturais evidenciando a disputa territorial como pauta essencial para saúde mental. Foi possível aproximar-se da comunidade e considerar o quanto essa questão jurídica e política ameaça a sobrevivência de muitas comunidades indígenas e de florestas. Ficou reafirmado para os atores presentes nesse encontro na aldeia que a Constituição Federal de 1988 reconhece o direito dos povos indígenas sobre suas terras de ocupação tradicional, ou seja, é um direito originário e anterior à própria formação do Estado. Outrossim, que a demarcação é questão de reconhecimento das terras indígenas e que incide diretamente sobre a saúde e a vida dos povos indígenas no Brasil.

É difícil registrar o impacto sobre a manifestação realizada, mas foi possível perceber o quanto houve organização e preparo detalhado para o momento. A característica de comunidade que executa e discute coletivamente sobre as situações do cotidiano é tarefa exercida com maestria pela população indígena. A equipe de técnicos sentiu-se solidária em relação à defesa do direito sobre a terra, bem como comprometida em divulgar sobre esse conhecimento adquirido, tanto em eventos científicos como em oportunidades de fala para profissionais diversos e enquanto sociedade.

iii A discussão sobre o marco temporal para a demarcação de terras indígenas passou por projetos na Câmara dos Deputados e votação no Supremo Tribunal Federal (STF). O tema envolve, dentre outras questões, a discussão sobre a relação entre comunidades indígenas e a natureza. Identificam-se duas abordagens contrapostas pelas quais se pode vislumbrar a questão: uma centrada na ideia de natureza como algo a ser utilizado, usufruído, se alinhando a construção colonial e a outra (dos indígenas) que tem na terra a conexão com a antepassados, a manutenção da própria cultura e a sobrevivência (Pitre; Silva, 2022).



Manifestação contra o marco temporal na Aldeia Tarumã durante a Curadoria IdeiaSUS (Marcus Vinícius Honorato da Silva).

Além disso, a abordagem intercultural nos permite reconhecer a força dos rituais sagrados da cultura indígena como expressão da dimensão humana e sua inter-relação com a saúde. A vivência de momentos coletivos de ritual de acolhimento a todas as pessoas (indígenas e não indígenas), com apresentação de todos os participantes nas reuniões que ocorreram na aldeia na Casa de Reza, local considerado sagrado, foi a evidência de uma cultura permeada por amorosidade, acolhimento, construção de vínculo e confiança, elementos estes centrais para a interação intercultural e as possibilidades de construção de diálogos e pontes entre os saberes científicos, técnicos, populares e ancestrais. Foi possível a vivência do ritual sagrado que demonstrava respeito a todos os presentes quando as reuniões ocorreram na aldeia. O espaço para receber a equipe de saúde foi preparado e ornamentado com vários símbolos da cultura. Cada membro visitante e indígenas se apresentaram de forma sequencial e obedecendo a movimentações orientadas. Todos em círculo e olhando de frente para o local de apresentação, cada um se movimentava e, em uma pausa do movimento e de frente para a maioria, falava seu nome e atividade exercida. É notório que a cultura indígena possui características próprias e que o fato de interagir com respeito e valorização intercultural facilita o entendimento sobre a necessidade de respeito em relação a hábitos e estilos de vida.

Nessa perspectiva da interculturalidade, cabe destacar que a língua, as expressões do sagrado, as expressões da arte, da cultura e a alimentação são elementos constitutivos da identidade dos povos. Quando algo fere ou incide sobre esses elementos culturais, ocorre uma espécie de violência intercultural, que, na maioria das vezes, fica velada ou nem identificada. Nesse aspecto, uma das questões levantadas pelas lideranças indígenas foi a interferência da alimentação sobre a saúde mental. Esse foi ponto crucial para a articulação em rede realizada na região. Em um primeiro momento, o que se tinha em mente era a escuta sobre o que gerava sofrimento psíquico na população indígena e que seria traçado um plano de intervenção para minimizar os problemas. Não era de conhecimento dos técnicos de saúde que a alimentação inadequada pudesse causar tantas sequelas e sofrimento psíquico na população indígena.

Foi relatado para a equipe de saúde da CT-Raps que, quando os indígenas necessitavam de intervenção hospitalar, por vezes, sofriam violências em relação à não percepção da sua cultura e, principalmente, quanto à alimentação. Alguns se sentiam dessa forma devido à abordagem pela equipe de saúde quando havia recusa de alimentos ofertados. A fala da equipe de saúde da rede de referência se apresentava no sentido de: *“se não comer, não irá receber alta”*. Alguns indígenas, por medo, alimentavam-se inadequadamente tendo em vista a cultura própria, porém, posteriormente, sofriam efeitos desse ato.

Considerando os hábitos e os estilos de vida da população indígena, a alimentação tem destaque sobre o entendimento da influência desta na saúde, e especificamente na saúde mental. Foi explicado que se determinado alimento for ingerido em fase de vida específica (por exemplo, mulheres em período gestacional/puerperal) isso pode ser um determinante de adoecimento psíquico do indígena.

A internação hospitalar pode ser considerada um momento de interferência na cultura do indígena diretamente, que sai do seu ambiente domiciliar e sem a proteção do coletivo, não garantindo ambiente acolhedor. Nesse momento, alguns indígenas relataram que apresentam dificuldade em verbalizar com clareza suas necessidades de alimentação.

Ressaltamos que profissionais de saúde são treinados para intervir nos problemas de saúde da população. Mesmo sabendo que é importante ouvir e construir com o assistido o plano terapêutico, muitas vezes, podemos perceber técnicos de saúde ansiosos para ‘solucionar’ o problema que lhes são apresentados. Ademais, por muitas vezes, as intervenções são planejadas pela equipe de saúde sem a adequada inclusão do sujeito. Quando os técnicos de saúde (CT-Raps) se depararam na reunião com a população indígena, houve sinalização direta sobre como é importante o respeito aos saberes diferentes, bem como a importância de construir coletivamente as intervenções em saúde de forma diferenciada. Foi possível perceber que não havia um saber sobreposto a outro, tratava-se de discussão coletiva de equipe interdisciplinar e população assistida.

Após a reunião na aldeia, os técnicos de saúde da CT-Raps discutiram a vivência e escuta na aldeia. Foi pensado coletivamente com a EMSI do PB e com lideranças indígenas da região sobre estratégias para o cuidado em relação à saúde mental desse povo durante o período que necessitam de internação hospitalar e com enfoque na alimentação segura.

Podemos considerar que os técnicos de saúde vivenciaram a prática da construção do Projeto Terapêutico Singular para um sujeito coletivo, entendendo este como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas em rede com a comunidade indígena Guarani. A intervenção a ser traçada era resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, que reuniu olhares importantes para entender o sujeito coletivo e sua demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Brasil, 2009).

SAÚDE MENTAL INDÍGENA E SUA RELAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO

Retomando o conceito de saúde mental pela OMS já citado anteriormente, percebemos a amplitude do tema, e compreende-se que os indivíduos vivenciam saúde mental de maneira diferente, existindo fatores individuais, sociais e físicos que a determinam, bem como a oferta de serviços de saúde adequados. Todos esses podem marcar vulnerabilidades na saúde mental. Enfatizamos aqui as questões culturais como essenciais para compreensão da saúde mental indígena.

As diferentes sociedades indígenas têm mostrado a importância dos determinantes socioculturais relacionados com os agravos à saúde mental, por exemplo, a dificuldade em garantir a subsistência econômica das famílias, as barreiras para a reprodução dos modos de vida próprio das diferentes comunidades (como as comunidades desejam viver), o preconceito sofrido nas cidades, os conflitos decorrentes na interação com as cidades, conflitos familiares, os feitiços, entre outros. Nesses casos, os usuários indígenas relacionam a ‘saúde mental’ com diferentes aspectos da dimensão social e coletiva, não se restringindo à dimensão da subjetividade individual (Brasil, 2019).

Durante a experiência vivenciada na terra indígena Tarumã, essas especificidades foram evidenciadas. Tal relação foi apresentada pelos indígenas em formato artístico, com objetivo de demonstrar, por meio da linguagem corporal e verbal, como a saúde mental é entendida. O roteiro de teatro abaixo conta sobre a organização escrita para a apresentação. O autor explicou que a comunidade pretendia demonstrar fatos frequentes nas aldeias e no cotidiano da vida como seres humanos, mas que às vezes não são contados, servindo de alerta para todos (ressalto da população Guarani).

A encenação foi feita pelos alunos da escola Tupã Poty Nhe’e e mães da comunidade da aldeia Tarumã. As cenas demonstram fatores identificados como de adoecimento psíquico.

Há muito tempo em uma aldeia onde sempre havia abundância de alimentos, caças e pesca, onde sempre havia muitas frutas nativas para alegrar a comunidade. Nesses tempos na comunidade Tekoa onde o nhande reko [modo de vida], onde todos seguiam seus costumes e tradição. Vai ser contada uma história que acontece até os tempos de hoje, que é realidade de todos. A história contada está baseada no conhecimento indígena Guarani.

1 - Nesse tempo, havia um recém-casado onde foi acolhido e aconselhado por todos e principalmente pelos mais velhos da aldeia – karai [ancião] e kunha karai [anciã]. Uma anciã passou seus conselhos de como lidar com a vida dali para frente como marido e mulher. 2 - Passaram-se mais de 2 anos,

o mesmo casal teve sua primeira filha, toda família ficou feliz com a novidade. Novamente se apresentaram diante dos mais velhos, onde os mesmos deram outros conselhos. Agora de como se comportar e seguir corretamente as regras da vida como pai e mãe. Agora como o filho que terá responsabilidade de cuidar e de guiar seus caminhos corretamente com a cultura.

3- Após nascer, a criança seguiu corretamente as instruções recebidas dos pais e da comunidade e principalmente ouviu o conselho do tchamoi e tcharyi.

Tempo de hoje:

1- Ao passar de anos, esta filha se torna adulta, ela cresce em meio já de uma sociedade não indígena onde ela conhece várias culturas, crenças, e costumes diferentes. 2- Passaram-se alguns anos, esta mesma acha um parceiro e casa-se e se apresenta para mãe e o pai, e diante recebe também o conselho dos mais velhos de sempre seguir o mesmo costume mya reko. 3- Porém, esta geração já não segue corretamente as orientações recebidas dos mais velhos e de seus pais. Ao passar dos anos, este casal tem sua primeira filha, e como sempre são passados os mesmos conselhos de como agir e cuidar de seus filhos e seguir as orientações dos mais velhos. Este casal, por alguma razão, fez o contrário. Já na gestação, não seguia as recomendações adequadas de comer alimentos ou consumir carnes de animal que futuramente iria trazer ou até fazer mal à saúde do bebê. Também para sua saúde como mãe não faria bem. Foi seguindo sempre até o nascer da sua filha. 4- No tempo de hoje, a maioria das mães tem duas opções: de fazer o parto da criança em domicílio ou em hospital, e essa mãe seguiu a ter o bebê em hospital. Ao retornar para Tekoá, a mãe já tem outro comportamento, consome de tudo após o bebê nascer: carnes, leite, doces de tudo. Achando que vai fazer o bem para a filha e para a própria saúde.

E assim a filha cresce e fica adulta, mas tem seu comportamento diferente, fica mais agressiva com os pais, não respeita ninguém e faz de sua vida como ela quer. Chegou um tempo

que a menina sofre e tem sua primeira crise, onde todos os membros ficam sem entender o porquê de ela ficar assim. Os pais sem saber como tratar e, sem entender, recorrem às ervas medicinais e também tratamento espiritual, buscam o karai [um rezador] para saber e entender o porquê disso.

O karai e muitos tchamoi dizem até hoje que estes tipos de doença não são curáveis, porém são tratados e controlados, sempre estará com a pessoa pelo resto de sua vida ou até sua existência.

Assim que fica entendida a doença mental pela comunidade indígena Guarani da aldeia Tarumã. (Roteiro e texto escrito por Sergio Moreira, professor da escola indígena Tupã Nhee).



Manifestação teatral sobre saúde mental indígena Guarani (Marcus Vinícius Honorato da Silva).

Para os profissionais de saúde presentes, EMSI, CT-Raps, equipe da Curadoria Em Saúde, equipe IdeiaSUS e demais convidados, a encenação elaborada pela comunidade indígena foi impactante e muito elucidativa. Com respeito à diversidade da cultura desse povo, fazem-se urgentes a escuta e o respeito à diferença cultural para continuar construindo possibilidades de cuidado em saúde mental.

Enquanto direito à diferença, é necessário considerar como é indispensável o diálogo respeitoso. O universo sociocultural da população indígena é diverso, e a aproximação dialógica com negociações terapêuticas pode trazer resultados mais pertinentes e ajustados ao processo saúde-doença desses povos.

O processo de curadoria permitiu que os profissionais de saúde ampliassem o olhar sobre a prática e estendessem a reflexão sobre o que estava sendo realizado. Foi possível perceber e ter a reafirmação sobre o quanto a experiência prática é rica e deve ser organizada a partir do território. O objetivo principal gira em torno de manter o respeito à cultura no processo terapêutico de cuidado à saúde dessa população, compreendendo que incluir o sujeito na trajetória de planejamento da assistência enquanto protagonista da intervenção em saúde é não só um caminho legítimo como também o único possível quando tratamos da diversidade cultural dos povos originários.

CARDÁPIO ALIMENTAR COMO PARTE ESTRATÉGICA DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DOS POVOS INDÍGENAS

Como desdobramento da reunião CT-Raps, em continuidade com o encontro realizado em 2019 na aldeia Tarumã, foi proposta a confecção do Cardápio Alimentar Indígena/Dieta Tradicional Guarani a ser implantada nos hospitais de referência da região por meio de protocolos de saúde em prol da saúde mental das comunidades Guarani, vislumbrando a preservação cultural, a tradição e a saúde mental desse povo.

Podemos dizer que o assunto convergiu com o momento da aldeia em se debruçar sobre o tema alimentação e saúde mental. De um lado, os profissionais aguardando a escrita da proposta de alimentação Guarani para acordo com os hospitais, de outro, a comunidade indígena e parceiros empenhados no registro de seus costumes e tradições alimentares. Assim, estruturamos as reflexões desta experiência em subitens para contemplar os diferentes atores e narrativas do processo de elaboração do Cardápio Alimentar Indígena/Dieta Tradicional Guarani e implementação em ambientes hospitalares da região de saúde.

O processo de elaboração do Cardápio Alimentar na aldeia Tarumã

O processo de elaboração do Cardápio Alimentar na Aldeia se deu a partir das reflexões produzidas no projeto de Educação de Jovens e Adultos denominado Projovem Campo Saberes da Terra, caracterizado por visão humanista, delineado pelos movimentos de assentamento da Reforma

Agrária e adequado às realidades das comunidades do povo Guarani. O objetivo era garantir conhecimento aos estudantes tendo como ponto de partida a pesquisa sobre as demandas da comunidade, respeitando cada especificidade e modo de vida, costumes, rotinas diurnas/noturnas, além de garantir a naturalidade das noções de tempo e espaço desse modo de vida. O momento era oportuno para o aprendizado da escrita, bem como para o registro das tradições. Parece simples, mas o registro de geração a geração na comunidade indígena é fortalecido pela linguagem verbal da tradição oral, e a escrita é reconhecida como desafio.

Foi formado um grupo de seis mulheres para conclusão dos estudos do Ensino Fundamental. As aulas aconteciam no período noturno, horário inadequado conforme os costumes da comunidade, pois a noite deveria ser reservada para se reunir nas casas de reza (Opy), lugar sagrado, onde principalmente as mulheres deveriam estar diariamente.

Tratava-se de uma comunidade pequena, e a ausência de seis mulheres no rezo diário de segunda a quinta-feira mudaria a organização dos rezos desses dias da semana. Houve a concordância do Xeramõi (ancião e âncora espiritual) e dos demais membros da Tekoá (aldeia) para implantação do projeto. O rezo é elemento fundamental para a cultura Guarani.

O início foi desafiador, pois eram mulheres tradicionais e quatro professores (homens), sendo dois da mesma etnia e dois não indígenas. As mulheres precisavam se adaptar às alterações de rotina da noite, desenvolver o hábito do estudo escolar, além de estabelecer laços de confiança com os professores. Tudo estava sendo construído ao mesmo tempo. Às vezes, essas mulheres precisavam conversar mais do que estudar. Foram assumindo protagonismo com esse movimento, começaram a pautar os conteúdos de estudos, de pesquisas a partir da realidade e até mesmo o direito de conversar e fumar o Petynguá (cachimbo sagrado), elemento inseparável de atividade de trabalho, de estudo, de rezo, comemorações e cerimoniais.

As aulas foram ocorrendo de forma que um professor indígena e um não indígena fossem responsáveis por ministrar as aulas para facilitar a comunicação, pois algumas mulheres tinham o domínio da língua Guarani, mas não dominavam a língua portuguesa e tinham dificuldade para entender o conteúdo dos estudos.

O trabalho desempenhado pelos professores tinha um viés voltado ao desenvolvimento da consciência política. A especificidade do projeto de educação de jovens e adultos fez com que alguns conteúdos fossem discutidos por mulheres que não tinham esse tipo de experiência. Esta tarefa seguiu para as aulas de Ciências Humanas. Os embates foram muitos, mas, aos poucos, essas mulheres foram se envolvendo, crescendo e expandindo as suas compreensões sobre conceitos e importância da arte, da política e da comunicação. Algumas dessas mulheres tinham dificuldade para apresentação dos trabalhos e ideias para o grupo maior. Uma delas, Andreia Moreira (hoje cacica da comunidade), assumiu um papel forte como liderança da turma, papel que ela já desempenhava como uma das mulheres com mais idade na comunidade e que tinha um engajamento pelos interesses das mulheres, dos jovens e das crianças, da Tekoá.

Em determinado período do curso de jovens e adultos do Ensino Fundamental, uma das mulheres, que havia estudado apenas os dois primeiros anos de sua infância, começou a faltar às aulas e apresentar alguns desafios complexos de ordem emocional. Ela estava adoecendo lentamente e não conseguia encontrar a cura de seus problemas. Os professores a visitavam na intenção de levar atividades leves para que ela não perdesse a oportunidade de se formar ao final do curso. De toda forma, o objetivo maior era manter o vínculo e o acolhimento no momento de fragilidade dessa educanda. Tratava-se de uma mulher, Kunhã Karai, termo Guarani que remete a mulher rezadeira, curadora e com rezo forte. São essas mulheres as guardiãs do conhecimento, das memórias e das histórias do seu povo. Às vezes, ela não ia para a escola, mas ia para a casa de reza, que se localizava em frente à escola (cerca de 20 metros de distância).

As outras cinco mulheres se mantinham assíduas nas aulas, e na escola se ouvia o rezo forte da mulher Kunhã Karai cantando todas as noites. Por vezes, as aulas eram interrompidas devido ao rezo que era muito emocionante, tocante e que impactava pela força de vontade de vida. Porém, o problema dela se agravava. Esse fato do adoecimento emocional dessa mulher começou a despertar um grande interesse na busca pelo real problema. Foi então que, diante de muitos momentos de conversa nas aulas de Ciências Humanas, fumando o

Petyngué (habitual para esse ritual de pensamento e conexão), passou-se a falar da dieta tradicional Guarani que poderia ser a causa do adoecimento dessa mulher. Diante das falas e observações, foi sugerido pelo professor que houvesse o envolvimento de todos a respeito de uma pesquisa sobre a dieta tradicional, tanto para aprimorar o projeto, buscar a cura da mulher Kunhã Karai, como para divulgar a dieta aos órgãos competentes. O educador sugeriu que fosse realizada a pesquisa, e que depois seria feita a divulgação no tempo certo, para o PB/Sesai, para os hospitais e demais instituições de saúde, assim como para as universidades e outros parceiros de ensino.

Foi iniciada uma listagem contendo os conhecimentos tradicionais que fazem parte da dieta que renderam algumas aulas posteriores. O coordenador pedagógico, Sergio Moreira (irmão de Andreia e marido de Claudia, uma das demais alunas), envolveu-se nos diálogos, contribuindo muito para que essa pesquisa se realizasse, inclusive orientando as educandas sobre a importância da pesquisa.

Após o final das aulas, até os professores não indígenas aproveitavam um pouco do tempo para entrar na casa de reza e participar do rezo das noites em que estavam na escola. No primeiro dia de aula sobre a pesquisa, um professor não indígena foi à Opy, e após o rezo, o Xeramõi Graciliano Moreira (hoje em lembrança) o convidou para se sentar ao seu lado, e sem saber sobre o conteúdo das aulas, começou a falar sobre a importância da dieta tradicional, sobre saúde, sobre viver bem e dormir bem. Foi uma conversa curta, mas o suficiente para entender que aquele caminho do conhecimento estava dentro do sagrado e do propósito daquela comunidade. Aquela ação era mais do que importante na cosmovisão do Xeramõi. Ele incentivou para que fosse estudado sobre a dieta tradicional e, também, que fosse apresentado o trabalho sobre os alimentos tradicionais para a comunidade.

Passaram-se uns dias, e surgiu a demanda, por parte da EMSI do PB Araquari, para que a comunidade fizesse uma definição de saúde mental de acordo com a visão do povo Guarani. Logo ficou entendido que a comunidade indígena não discutia sobre saúde mental. De acordo com a cultura indígena, a saúde mental está relacionada com a questão das dietas tradicionais e com o adoecimento do espírito, podendo levar a

pessoa a se desenvolver como um djepotá, ou seja, alguém em sofrimento psíquico (essa é uma longa história ancestral).

Foi marcado um tempo em comunidade para falar com o Xeramõi para que ele explicasse o que seria saúde mental na visão Guarani. Ele acolheu o convite com disposição, mas manteve certo silêncio. Quando chegou o dia da conversa, o ancião ouviu a pergunta ainda do lado de fora da casa de reza: “*o que seria saúde mental?*”. Ele deu uma risada e disse, “*eu não sei*”, coçando a sua cabeça (risos)! Novamente, houve um momento de silêncio, e então na casa de reza foi iniciado estudo sobre isso. No primeiro momento, era um silêncio profundo, e lá estava aquele bom velhinho olhando para o ‘alto’ com uma das mãos em sua cabeça, como se estivesse fazendo um esforço para pensar, mas a impressão é que não era para isso. Tratava-se de um movimento de apoio para buscar do ‘alto’ uma sabedoria tão importante, e que precisava ser pura, pois poderia garantir toda a estabilidade mental e emocional do seu povo.



Xeramõi Graciliano Moreira em Opy da Aldeia Tarumã (Pedro Eginio Leites de Alexandre).

Passaram-se alguns momentos de observação e silêncio, e o Sr. Graciliano começou a falar pausadamente e calmamente. Não era uma fala na linguagem coloquial do Guarani. Ele falava em uma linguagem difícil, sofisticada, que nem mesmo os seus filhos conseguiam entender sem muita atenção e observação. Tudo estava sendo filmado para garantir uma interpretação posterior em sala de aula. Não foi preciso fazer muitas perguntas ao ancião, mas foram anotadas umas dez perguntas para serem discutidas. Com apenas uma pergunta, o que é saúde mental, ele respondeu todas as demais, e muito mais perguntas que não haviam sido pensadas.

Naquele encontro, parecia que o tempo deu lugar à demanda agradável e que o espaço era muito maior do que aquela casa de rezas surrada pela ação do tempo. As crianças, os adultos, os professores, os estudantes, todos estavam ali parados ouvindo aqueles ensinamentos. O estranho era que parecia que até mesmo os professores não indígenas, mesmo sem entender o Guarani, sentiam a reação química daquele momento e daquela fala. Sem entender o mistério, depois da fala do Xeramõi, o professor Pedro fez uma fala sobre a importância daquele momento, e ele começou a sorrir emocionado. Desconfiado – se por acaso estava falando alguma coisa que não tivesse sentido naquele momento –, o professor foi finalizando sua contribuição. Um dos filhos do Sr. Graciliano, Sérgio Moreira, emendou e perguntou se era tradução da fala do Xeramõi, pois havia muito da fala do ancião. Como em qualquer encontro com os Guarani, sempre tem muita alegria, então aquele momento se tornou uma grande risada de todos.

Após essa conversa profunda, que aconteceu sem a presença do tempo, não foi difícil alcançar o sagrado. Já era final de tarde, e os raios do Sol do entardecer invadiam a casa de reza pelas frestas da parede de barro e da cobertura de palha já desgastada pela ação do tempo.

Depois das risadas de todos, o senhor se levantou discretamente e se recolheu ao lado de sua casinha, esperando um café com xipá (bolo frito), uma das comidas tradicionais do povo Guarani.

Quanto ao grupo de professores, alunos e comunidade, foi momento para tomar consciência sobre a grande demanda que haveria pela frente para interpretar todos aqueles ensinamentos ancestrais. Foi um

processo de muitas exigências, reflexões na comunidade indígena – especificamente das alunas e dos professores da escola da aldeia Tarumã com a força e a sabedoria de Sr. Graciliano – até a elaboração do documento escrito da dieta alimentar.

A partir dessa elaboração, foi marcada reunião pelos profissionais de saúde da CT-Raps com demais atores: EMSI, nutricionistas dos hospitais de referência e liderança indígena. Essa construção foi aprovada pelo Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) do PB e, posteriormente, apresentada em reunião técnica. Houve compartilhamento do documento para os devidos encaminhamentos e desdobramentos em rede. Segue abaixo o documento produzido para discussão com os hospitais de referência na região:

Quadro 1. Cardápio Alimentar Guarani

DIETA ALIMENTAR HOSPITALAR INDÍGENA GUARANI

DIETA ESPECÍFICA PARA MULHERES PÓS-PARTO

De acordo com o modo de vida Guarani, muitas doenças são originárias de dietas que não são adequadas em certos momentos específicos do ser humano. Tais momentos específicos exigem dietas diferenciadas que precisam ser levadas em consideração para que se garanta o pleno bem-estar na saúde física, mental, emocional e espiritual das pessoas.

Seguem abaixo as dietas e alguns procedimentos que precisam ser respeitados pelos hospitais diante da internação ou procedimento de saúde de uma pessoa Guarani:

No caso das dietas, sugerem-se os seguintes alimentos:

Sopa de legumes sem sal, pão francês sem sal, milho cozido, mandioca, ovo cozido, chás sem açúcar ou adoçantes, temperos verdes (salsinhas e cebolinhas) e água somente morna. Esta mesma dieta é válida para café da manhã, almoço e café da tarde.

De acordo com a cultura, não é aconselhável o jantar. Caso a paciente solicite janta, sugere-se a mesma dieta.

ALIMENTOS QUE NÃO DEVEM COMPOR A DIETA

Batata-doce, carnes, abóboras, ervilha, feijão, lentilha, óleos, leite, extrato de tomate, bolachas, leite e derivados, margarinas, manteiga, embutidos, frios, frutas, sucos, temperos industrializados, condimentos, sobremesas, doces, salgados, enlatados, peixes e frutos do mar.

Observação: esta mesma dieta vale para o pai (caso ele seja o acompanhante), porém, ele pode comer frutas e alimentos com sal. O pai também não pode comer carne. Essa dieta segue sendo válida até três meses após o parto.

Quadro 1. Cardápio Alimentar Guarani

DIETA ALIMENTAR HOSPITALAR INDÍGENA GUARANI

DIETA PARA CRIANÇAS DE 0 A 1 ANO

É aconselhável sempre priorizar a amamentação como principal meio de nutrição. Mantém-se esta dieta, os mesmos alimentos, porém, a criança poderá se alimentar de pães e bolachas. Isso vai depender de cada caso, de cada realidade.

MENINAS DURANTE E APÓS A PRIMEIRA MENSTRUACÃO

A mesma dieta e as mesmas restrições são válidas para meninas durante ou após a primeira menstruação. Isso vale para mulheres de qualquer idade durante o período de menstruação.

RESTRIÇÕES ALIMENTARES PARA OS DEMAIS INDÍGENAS GUARANI QUE NÃO ESTÃO EM PERÍODOS ESPECÍFICOS

De acordo com o modo de vida Guarani, qualquer pessoa Guarani, em qualquer idade, não deve comer frutos do mar em nenhum momento da vida.

Observação: é preciso considerar que estas orientações alimentares são oferecidas aos hospitais como formas alimentares que respeitam a cultura e os costumes do povo Guarani. Cabe salientar que é possível que algumas pessoas dessa mesma etnia não estejam seguindo estes conhecimentos. Cabe ao hospital buscar saber em cada caso qual é o procedimento.

Salienta-se, ainda, que a responsabilidade do hospital, com relação à dieta alimentar tradicional, limita-se apenas durante o período da internação. Após a alta do paciente, cabe a cada família seguir ou não essas dietas.

Outro ponto importante que precisa ser respeitado é a questão da placenta. Após o parto, é de responsabilidade do hospital entregar este material aos pais, para que esse resíduo receba o tratamento correto, conforme determina a própria cultura Guarani.

Em caso de aborto prematuro, mesmo nos primeiros meses de gestação, o hospital precisa entregar o feto à família, para que este possa ter um encaminhamento natural, conforme os próprios saberes da cultura.

Em casos de cirurgias, com retiradas de algum tecido do corpo, mesmo que seja um tumor, o material retirado deverá ser entregue à família, respeitando em conformidade o modo de vida Guarani. Em caso de necessidade de algum tipo de biópsia, é necessário pedir a autorização da família para retirada de material e para o uso do material como fonte a ser estudada.

De acordo com a cultura Guarani, para gestantes, para a família e a comunidade, é preferível que o parto seja em casa/domiciliar. Esse é o procedimento mais adequado para se resguardar o significado do nascimento de uma criança. Cabe ao atendimento de pré-natal trabalhar favorecendo, facilitando e promovendo esse momento, conforme a cultura. É aconselhável que não se trabalhe com medicamentos após o parto para estancar o sangramento natural. De acordo com a cultura, isso prejudica a saúde da mãe, desregulando o sistema biológico da mulher.

Quadro 1. Cardápio Alimentar Guarani

DIETA ALIMENTAR HOSPITALAR INDÍGENA GUARANI

O banho não é indicado para mulheres pós-parto; de acordo com a cultura, esse procedimento é prejudicial à saúde da mulher. Em casos de extrema necessidade de higiene, apenas trocam-se os panos de forro, procedimentos que precisam ser feitos com mais frequência. Essa regra vale também para o período em que a mulher entra em trabalho de parto. Segundo a cultura, o banho impede o movimento da criança no processo de nascimento. De acordo com a cultura, não há nenhum risco de contaminação nesse processo.

Responsáveis pela elaboração deste Cardápio:

Educandas: Andreia Moreira, Tatiane Moreira, Claudia Gonçalves, Emília Cordeiro, Ana Maria Sanches, Patrícia Cordeiro

Professores: Pedro Eginio Leites de Alexandre, Wilson Moreira, Edson Moreira, José Lino de Sousa Neto.

Aldeia Tarumã – Araquari/SC, 5 de setembro de 2019.

Fonte: elaboração própria.

O relato da comunidade sobre o desenvolvimento do Cardápio Alimentar Indígena Guarani e a relação deste com saúde mental foi registrado durante o processo da curadoria em formatos diversos – encontros, atas de reuniões, cerimônias, depoimentos em vídeos, fotos, roteiro de teatro, entre outros. O processo de construção dessa tecnologia é descrito pelas autoras como a elaboração de uma ferramenta de reafirmação da própria cultura Guarani, reforçando, em diversos momentos, a necessidade da permanência dos saberes tradicionais e a preservação de um modo de vida que garanta condições de saúde mental para esse povo.



Cerimônia da alimentação em Aldeia Tarumã (Andreia Moreira).

Articulação em rede: o cardápio nos hospitais

No final de 2019, a CT-Raps entrou em contato com os diversos hospitais do município de Joinville, a fim de articular reunião com as nutricionistas das Unidades Hospitalares, representantes da CT, EMSI e indígenas para organizar a alimentação indígena dentro das unidades hospitalares, levando em consideração os saberes tradicionais dessa população.

É importante salientar que o direito humano à alimentação adequada foi previsto nos arts. 6º e 227 da Constituição Federal de 1988, definido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, bem como no art. 11 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e outros instrumentos jurídicos internacionais. Desse modo, é uma norma jurídica autoaplicável, isto é, de aplicação imediata, de forma progressiva e contínua (Brasil, 1988).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é um direito de todos os cidadãos, sendo também obrigação do Estado, em nível federal, estadual e municipal. O Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e realizar esse direito. Nesse sentido, entende-se que é necessário promover políticas públicas que garantam a realização do direito à alimentação adequada de toda a população.

Na data de realização do encontro entre os diversos atores envolvidos nessa articulação, foi explicado pelo cacique da aldeia Tarumã e outras lideranças que os indígenas que tinham internação hospitalar retornavam a suas aldeias com problemas psicológicos, visto que não se sentiam acolhidos em seus saberes e cultura, relacionados com os hábitos alimentares. Houve explanação a respeito da importância de eles receberem atenção à sua cultura, para que, ao retornarem à sua comunidade, estivessem restabelecidos em sua saúde física e psicológica.

Após o encontro, em consenso com todos os presentes, ficou definido que seria encaminhada mensagem por correio eletrônico (*e-mail*) contendo o cardápio e a explicação da importância de manter esse cuidado com a saúde indígena e que, a partir daí, as unidades hospitalares realizariam ajustes em suas condutas, para que fosse incluída na rotina a alimentação indígena que os respeite integralmente.

A Maternidade Darcy Vargas, localizada em Joinville e referência dessa população, após receber os documentos discutidos, ajustou a alimentação indígena para o puerpério das pacientes indígenas Guarani que ficassem internadas na instituição. Ficou protocolado que a alimentação da paciente seguiria os costumes de vida do povo Guarani e que, assim que possível, receberia visita de uma nutricionista da instituição a fim de averiguar se a paciente seguiria ou não a alimentação, por entender que é facultativo da paciente essa escolha.

Cabe destacar que quase a totalidade das pacientes que se internaram na instituição optaram por manter a alimentação de acordo com sua cultura.

Ressaltamos, ainda, que a prática envolveu os hospitais de referência da região: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Farias, Hospital Municipal São José, Maternidade Darcy Vargas e Hospital Municipal Nossa Senhora das Graças. Segue o exemplo de protocolo de um dos hospitais da rede referente à alimentação indígena Guarani:

Quadro 2. Protocolo de alimentação indígena da Maternidade Darcy Vargas

OBJETIVO: adequar a dieta da instituição ao modo de vida Guarani, visto que, de acordo com o modo de vida Guarani, muitas doenças são originárias de dietas que não são adequadas em certos momentos específicos do ser humano. Tais momentos específicos exigem dietas diferenciadas que precisam ser levadas em consideração para que se garanta o pleno bem-estar na saúde física, mental, emocional e espiritual das pessoas.

1. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- 1.1 Alimentos adequados;
 - 1.2 Fogões;
 - 1.3 Bandeja;
 - 1.4 Fornos.
-

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- 2.1 A nutricionista ou residente deve, ao saber do internamento de paciente proveniente da Aldeia Tarumã e demais comunidades da região do PB Araquari, adequar o cardápio para ofertar refeições seguindo as orientações repassadas pela própria comunidade, garantindo assim seu direito cultural.
 - 2.2 Adequar o cardápio, ao estilo de dieta para puérpera, que deve ser utilizada pela paciente no período de até três meses após o parto.
-

Quadro 2. Protocolo de alimentação indígena da Maternidade Darcy Vargas

2.3 Essa dieta também é válida para o pai (caso ele seja o acompanhante) da criança, porém, ele pode comer frutas e alimentos com sal.

2.4 Essa dieta é válida para o café da manhã, almoço e café da tarde. De acordo com a cultura, não é aconselhável o jantar. Caso a paciente solicite o jantar, a dieta deve ser a mesma.

2.5 Alimentos permitidos: sopa de legumes sem sal, pão francês sem sal, milho cozido, mandioca, ovo cozido, chás sem açúcar ou adoçantes, temperos verdes (salsinhas, cebolinhas) e água somente em temperatura ambiente ou morna.

3. OBSERVAÇÕES

3.1 Alimentos que não devem compor a dieta: batata-doce, carnes, abóboras, ervilha, feijão, lentilha, óleos, leite e derivados, extrato de tomate, bolachas, margarina, manteiga, frios, frutas, sucos, temperos industrializados, condimentos, sobremesas, doces e salgados, enlatados, peixes e frutos do mar.

3.2 Se a paciente optar por não seguir a alimentação como indicado, essa ressalva deve ser colocada no prontuário, pois, apesar de ser uma orientação da comunidade, nem todos os seus integrantes praticam todas as orientações, ficando a cargo do paciente o livre arbítrio.

3.3 Em caso de reinternação da mãe (por exemplo, drenagem de abscesso mamário) e o bebê não tiver completado três meses, a dieta deve seguir conforme orientações acima.

4. DISTRIBUIÇÃO

- Setor de Nutrição e Dietética

5. ANEXOS / REFERÊNCIAS

Controle de Emissão

Elaborador: Coordenação do Setor de Nutrição e Dietética

Revisor: Liana Melissa Chaves

Aprovador:

Fonte: elaboração própria.

Desdobramentos no período da pandemia da Covid-19

O período em que essas ações foram construídas e sistematizadas também é protagonista de alguma forma e atravessa os desdobramentos da pandemia da Covid-19. Iniciado em 2019, o estabelecimento de comunicação em rede e articulação entre os pontos de atenção à saúde foi determinante para a possibilidade de um melhor encaminhamento e atendimento para população indígena no ano de 2020.

Após alguns primeiros debates presenciais, a pandemia foi decretada, e as reuniões sequenciais aconteceram de forma remota, em que encaminhamentos foram realizados por mensagens em correio eletrônico (*e-mail*). Essas estratégias ocorreram devido a restrições sociais impostas pelo contexto pandêmico.

Logo no início da pandemia, quando as restrições eram rígidas, o impacto na comunidade indígena foi grande e exigia compromisso de manter o isolamento social. Sabemos, e já foi dito anteriormente, que a comunidade indígena possui comportamento social baseado no coletivo. Portanto, a preocupação era de proteger a entrada do vírus da Covid-19, já que a transmissão seria inevitável. Os ambientes das casas não permitiriam isolamento das pessoas que estivessem contaminadas pelo vírus.

A comunidade enfrentou, com o PB e a EMSI, situações difíceis, como a insegurança alimentar, o isolamento e as restrições para atividades funerárias. A questão da insegurança alimentar foi mediada de forma oportuna devido à existência de comunicação fluída entre os pontos de atenção à saúde, a qual foi iniciada e possibilitada pelas ações anteriores. Os profissionais da CT-Raps tornaram-se referência em seus municípios a partir da sensibilização pelas questões da comunidade indígena. Os profissionais de saúde logo fizeram contato com o setor de Assistência Social dos seus municípios, e a rede intersetorial se comunicava. A disponibilização de cestas básicas de alimentos para a população indígena ocorreu, e as orientações para uso dos recursos financeiros chegavam em tempo oportuno para atender às necessidades. Seguiu mais uma vez a rede ativa, a rede de atenção à saúde viva e com nomes, com pontes, comunicando-se de maneira mais rápida e otimizada.

Foi necessário seguir orientações técnicas do estado de Santa Catarina quanto à entrega dos benefícios eventuais e organizar, com os profissionais do PB Araquari, a garantia da higienização dos alimentos doados às aldeias. A entrega era articulada com os profissionais deste Polo e/ou com o apoio dos gestores dos municípios onde as aldeias se situavam. A responsabilidade da distribuição dos alimentos nas aldeias era dos líderes indígenas de cada uma delas.

Em relação aos funerais de indígenas na região durante a pandemia, foram feitas discussões em relação a eventos coletivos para que

houvesse consideração quanto à preservação da vida nas aldeias. Com o PB, foram feitas ponderações levando em conta a necessidade de manter esses momentos reservados para os mais próximos e em ambiente com circulação de ar.

O que ficou de resultado foi a reflexão sobre as questões espirituais e ritos culturais contrapondo com as medidas de segurança. Sabemos que nem tudo saiu conforme as recomendações técnicas e/ou preservação da cultura indígena, porém, coube fazer o que foi possível para os envolvidos no momento. De toda forma, existiu respeito e escuta sobre a cultura e os rituais fúnebres, bem como acerca das recomendações de segurança à saúde. Tratou-se de diálogo respeitoso e mútuo para proteção e cuidado à saúde de todos(as).

Nos hospitais, houve os protocolos específicos para os cuidados relativos à Covid-19. Em relação ao Cardápio Alimentar Indígena Guarani, seguiram-se os protocolos pactuados, e até os dias atuais é utilizado. Essa experiência de promoção da equidade por meio do Cardápio Alimentar possibilitou que as equipes de nutrição dos hospitais na regional de saúde construam outros cardápios adaptados para populações de imigrantes com base nas suas culturas, evidenciando o impacto de produção da equidade como princípio orientador do cuidado em saúde.

CAMINHOS PERCORRIDOS PELA CURADORIA EM SAÚDE E AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Plataforma Colaborativa – IdeiaSUS Fiocruz, que visa à identificação, ao registro, ao mapeamento, à sistematização, ao acompanhamento, à divulgação e à reaplicação de práticas e soluções para o SUS, por meio do desenvolvimento e da integração entre redes colaborativas virtuais e locais para gestão do conhecimento em saúde e ambiente, e realização de Rodas de Práticas e Curadoria em Saúde, faz parte desse processo de sistematização dessa prática premiada. A Curadoria em Saúde se constituiu como uma forma de apoiar e acompanhar as práticas entre os profissionais de saúde, gestores, usuários e comunidades, para a qualificação da ação cotidiana implementada por intermédio de mediações que buscaram o compartilhamento de conhecimentos e a socialização dos

saberes, análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida pela prática em saúde. Um processo educativo, coletivo e colaborativo capaz de evidenciar a produção de saberes que emergem das práticas que se fazem no cotidiano do SUS, de serviços, equipes, territórios, gestores, comunidades e usuários.



Oficina e visita *in loco* da equipe da Curadoria IdeiaSUS a Região do PB Araquari-SC (Marcus Vinícius Honorato da Silva).

Nesta Prática, a Curadoria se deu mediante atividades virtuais com *web* encontros coletivos com a equipe IdeiaSUS e a realização de uma Oficina presencial na Fiocruz/RJ com todas as práticas premiadas para socialização destas, aprofundamento e alinhamento temático sobre Sistematização de Experiências, Cartografia Social, Vigilância Popular em Saúde, Cuidado e Promoção da Saúde, Agenda 2030. Além disso, foram realizados encontros virtuais e uma visita à Aldeia Tarumã com toda a equipe desta prática com as coordenadoras do IdeiaSUS da Fiocruz, uma curadora da Universidade Federal da Fronteira Sul e uma assistente, estudante de medicina dessa mesma universidade. Além disso, foram realizadas reuniões virtuais para o planejamento e a realização da sistematização da experiência e a escrita coletiva destas reflexões que aqui se encontram.



Visita da Curadoria IdeiaSUS e equipe desta prática premiada em Opy da Aldeia Tarumã (*Ivy Karla de Aragão Martins Francisco*).

Podemos caracterizar esse processo em dois eixos: um relacionado com organização, compromisso e planejamento com ações de estímulo à organização do registro da prática, nas suas várias possibilidades, registro em imagens, realização da Oficina de Imagem com a Vídeo Saúde da Fiocruz, oficinas para a escrita do capítulo do livro; outro referente ao apoio às diversas formas de registro (escrito, vídeo, áudio...) da prática de saúde. Também teve o estímulo para o fortalecimento da articulação dos diversos atores sociais da região, gestores municipais, regionais, da Sesai/DSEI/PB, lideranças indígenas, hospitais da região e entidades apoiadoras para socializar a trajetória desta prática e ter o comprometimento com o cuidado integral à saúde dos povos indígenas e com a implementação do SUS. Processo esse que já tinha essa articulação como elemento estruturante desta prática premiada.

Além disso, foi estimulada a realização de atividades de interação ensino-serviço-aldeia indígena envolvendo todos os atores da prática de saúde; a organização de agenda de discussão técnica específica da área afim da prática de saúde, visando à qualificação das ações desenvolvidas e novas ações; o levantamento bibliográfico para discussão técnica, incluindo as políticas públicas afins envolvendo alunos de graduação, com o objetivo de fortalecer a formação para o SUS, por meio de parcerias com instituições de ensino, dinamização de processos de educação popular na comunidade do território da prática; o estímulo ao desenvolvimento de ações intersetoriais da prática de saúde, visando à transversalidade das ações de saúde; o fortalecimento do processo coletivo, participativo e de cogestão para o desenvolvimento da prática de saúde, envolvendo a participação de todos os atores envolvidos, profissionais de saúde, equipes, gestores, comunidade e lideranças indígenas e escola da aldeia.

Além disso, o eixo da reflexão e desenvolvimento da sistematização de práticas por meio da escuta, das falas, das mais diversas formas de expressão da comunidade com base na metodologia de sistematização da prática de saúde a partir da abordagem trazida por Oscar Jara Holli-day, da cartografia social e das ferramentas da vigilância popular em saúde nos territórios realizado especialmente no momento da atividade presencial na Aldeia Tarumã.

Assim, esta composição permitiu evidenciar a força da Fiocruz, por intermédio do IdeiaSUS, de fortalecer a rede já constituída e de ampliar a formação acadêmica e cidadã, potencializando os aprendizados na interação universidade e comunidades. Além disso, possibilitou destacar a potência dos processos construídos coletivamente, participativos e em rede de atenção à saúde, de fortalecimento do controle social, da interação entre as esferas municipal, estadual e federal do SUS e do Subsistema de Saúde Indígena, da Saúde Mental, de Educação, entre outras, expressando como o SUS e suas políticas foram se implementando em sintonia e articulação.

Sob esse viés, foi oportunizada a vivência das três chaves de acesso para decifrar o território educativo: chave de rua; chave de si; chave do mundo (Pedro; Stecanela; Pitano, 2021).

A dimensão territorial foi fundamental para a compreensão da prática, afinal, na perspectiva Guarani, o território, a saúde e o espiritual são interligados. Por isso, inicialmente, para um não indígena, pode não ser tão óbvio como um Cardápio Alimentar tem relação com saúde mental. Nesse sentido, demonstra-se a importância de os saberes também serem construídos e compartilhados como Paulo Freire expressava em suas obras.

Por outro lado, ‘a chave de si’ possibilitou uma interpretação de como a vivência coletiva nas comunidades indígenas está intrinsecamente relacionada com a formação dos processos identitários, logo, também com o que causa adoecimentos e com o que fortalece a saúde dessas pessoas. Um dos momentos se expressou durante a apresentação de teatro organizada pelas lideranças, professores e crianças da Aldeia Tarumã. Nessa encenação, ficou evidente que, quando os saberes ancestrais não são respeitados, ocorrem mudanças em comportamentos individuais que adoecem as pessoas. O não respeito às orientações ancestrais sobre o Cardápio Alimentar das gestantes e puérperas abala a saúde mental das pessoas e as relações em comunidade.

Sob esse mesmo referencial, ‘a chave de rua’ apresenta a importância da experiência de integração de saberes. Nessa curadoria, tal conceito se materializou na escola indígena da Aldeia Tarumã, em que o processo de aprendizagem das crianças se constrói com participação ativa da comunidade, o que é possível pelo que Freire nos diz como Território Educativo. Além disso, para a acadêmica envolvida na prática, perceber-se imersa em um dos principais processos de educação durante sua graduação, justamente fora da universidade, traz a reflexão da possibilidade de aprender e somar além dos muros do espaço físico desse curso.

Desse modo, a formação de identidade comunitária dos povos originários propicia outras formas de viver em sociedade. Assim, traduzido pela ‘chave de mundo’, suas vivências são capazes de ativar o respeito e a valorização de todas as formas de vida, assim como dos povos indígenas que resistem ao apagamento cultural ao qual, há séculos, são expostos e que vêm resistindo a todas as tentativas de apropriação dos territórios como foi o Marco Temporal.

Diante de todas as discussões e aprendizados feitos até então, temos que mencionar, ainda, alguns pontos marcantes e que quebram o padrão sob o olhar da população não indígena. Para os indígenas, era óbvio, mas difícil de elucidar para as equipes de saúde e outros atores sociais.

Podemos citar alguns elementos: o tempo, os prazos e as prioridades na vida. Foram necessários: a vivência, o respeito e o exercício de compreensão sobre as diferenças culturais nos momentos de imersão nos encontros na aldeia para entender que o tempo é vivido de outra forma para os povos indígenas; que há o desejo de viver o momento presente com intensidade. Os prazos não possuem a mesma rigidez que são exigidos fora da aldeia, que há respeito para a dinamicidade da vida nas comunidades indígenas. Ademais, as prioridades na vida estão ligadas à preservação e ao cuidado com a natureza e com os seres humanos como parte dela, devido à conexão e o conhecimento ancestral.

O processo de construção do Cardápio Alimentar que era mencionado pela população indígena como algo ‘sigiloso’ causou, em um primeiro momento, um certo estranhamento, pois não era evidente que o registro sobre a dieta alimentar do povo indígena pudesse ser algo que público de conhecimento de todos(as), visto que fazia parte dos elementos culturais passados oralmente de geração em geração. Contudo, no decorrer da prática e na sistematização dela, percebemos o óbvio. A linguagem da população indígena é baseada na fala, na discussão coletiva e nos acordos coletivos, que, além de demandar mais tempo, não necessitam de registros físicos e materiais para existirem. Os costumes e as tradições são repassados de geração para geração e comumente sem o registro em papel. Ter a tradição alimentar divulgada e escrita muda o que se tinha até então e demonstra a confiança e o vínculo estabelecido.

Cabe evidenciar, também, que além das articulações no setor saúde e assistência, houve articulação com o setor de ensino por meio da aproximação com uma instituição pública de ensino superior da região, e professoras encorajaram a escrita da experiência no Congresso de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina. Esse foi fator determinante para chegar até o prêmio e à curadoria. Além

disso, esse processo se fortaleceu, ampliando as relações com a Fiocruz e com as universidades.

O grupo de mulheres que compõem o Projeto Projovem Campo Saberes da Terra concluiu o documento do Cardápio Alimentar declarando que o respeito ao indivíduo como ele se apresenta, e o seu formato de vida e identidade, é um caminho mais seguro para alcançar melhores resultados, em menos tempo, e, possivelmente, sem as necessidades de intervenções mais intensas. Descrevem que servir bem ao próximo é mais do que apenas prestar um serviço, e caminhar para um estado ético é exatamente promover e respeitar o modo de viver – a ética em essência. No seu sentido originário, a ética é o próprio modo de vida, um lugar no qual estão todos os valores éticos já entendidos e respeitados pelos indivíduos. Concluem que os procedimentos, os cuidados e os apontamentos descritos naquele momento de produção do cardápio são valores morais que compõem o modo de vida Guarani na Tekoa Tarumã, mas entendem que essas diretrizes se estendem como auxílio e proteção para outras comunidades sem deixar de respeitar a autonomia de cada comunidade de prosseguirem seu caminho.

Dessa mesma forma, com a sensibilidade, a amorosidade, a presteza, a organização e a capacidade de diálogo dessa comunidade, entendemos que essa experiência pode servir de inspiração e moldura para estratégias em demais PB, DSEI, aldeias, comunidades de diversas outras etnias, de acordo com suas culturas e especificidades.

4

DJO'ORAMINGUA KO SUS HÁ'EGUY ARTICULAÇÃO REGIONAL: SAÚDE MENTAL M'BYAKUERY REGUAⁱ

Eloisa de Lacerda

Patricia Samu Ferreira Batista

Andreia Moreira/Djadjuka Rokadju Poty Mirim

Ana Luiza Pfitzenreuter Nunes

Andreza Carolina Rodrigues Castanho

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

Ivy Karla de Aragão Martins Francisco

Liana Melissa Chaves

Lívia de Oliveira Sabioni

Marta Gama de Magalhães

Pedro Eginio Leites de Alexandre

Sérgio Moreira/Kuaray Nhe'e Garai

Vanderléia Laodete Pulga

Wilson Moreira/Karai Nhe'e Garai

AYUKATUPYRY

Ayukatupyry gui ma kowa'e onhēpyrũ'a onhemboatcha pawẽ pewartã. Odjedjapo peteĩ mbaeapo nhandhẽã kowaé região sul py '17° otchauka awã ko'o *Brasil re oin SUS'* regua XXXVI Congresso Nacional

i Ombopara wa'e kuery (Tradutores), Hera Djuru'a py (Nome em Português)/ Hera Mbyapy (Nome em Guarani):

Andreia Moreira/Djadjuka Rokadju Poty Mirim, Cacica da Aldeia Tarumã.

do Conasems 2022 py. Onhemboatcha SUS regua, onhemoingo Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ) ‘Djo’oramingua ko SUS há’eguy articulação regional: saúde mental m’byakuery regua’. Odjedjapouka Câmara Técnica da rede de Atenção Psicossocial (CT Raps) nhandere onhangareko awã kowa’e região nordeste de Santa Catarina regua re warã, idjawirewe, nhanderuwitcha kuery odjapo, waeri Tekoa Tarumã py guionhepyrũ.

Onhangareko va’e ko’owae tentchai regua pawei Mbya kuery pe jurua kuatchiare omoinwaekue 1988 gui Constituição Federal art. 196 Pawei direito djaupity awã. Kowa’e direito nhamombaraete pawei pe warã ae rami oĩ:

Pawei jaiko porã awã etawa’e kuery ruwitcha nhandere oikua potawe awã, etama mbaetchy oiko aedjawi regua, ha’e wa’e nhanderoupyty awã he’yn. Hetawa’e kuery nhanepytywõ, ha’e wa’e oguerojeapo pawenpe oĩporã awã. (Brasil, 1988, p. 118).

Ha’egui ma omombeu kowa’e art. 231 gui, oetchauka awã ha’egui omombaraete nhandereko:

Denilson Rodrigues de Oliveira/Karai Yvydju. Professor da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e.

Letícia Fernanda Moreira/Yva Djerá Potydju. Integrante da Comunidade indígena Tarumã.

Marilene Escobar/Djatchuka Mirim. Coordenadora do Polo Base de Araquari/SC.

Marines da Silva/Takua Poty Yvydju. Professora da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e.

Roberto Assis Moreira/Karai Ryapu Yvydju. Agente de Saúde Indígena da Aldeia Tarumã.

Sérgio Moreira/Kuaray Nhe’e Garai. Pedagogo indígena, Professor e orientador pedagógico da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e.

Tatiane Moreira/Para Poty. Merendeira da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e.

Wilson Moreira/Karai Nhe’e Garai. Cacique da Aldeia Wilson da kaaguy mirim

Revisão geral:

Marines da Silva/Takua Poty Yvydju e Roberto Assis Moreira/Karai Ryapu Yvydju.

Observação: A tradução foi de competência e responsabilidade exclusiva da comunidade da Aldeia Tarumã e estudantes da Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e da referida aldeia (com apoio da enfermeira Ivy de Aragão). Reforçamos que algumas palavras não possuem tradução do Guarani para o Português, por não existir na cultura.

Hetawa'e kuery ruwitcha aoetchakuaa pawein mbya kuery oguereko oayu ae, odjapytchakaa, haegui hekoa. Hetawa'e kuery ruwitcha oetchakua'awi mbya ywy oin'a, ha'egui hetawa'e kuery ruwitcha raema oguerojeapo ywy mbya kuery pe opyta awã, ka'aguy rowapy djawya porã awã. (Brasil, 1988, p. 133).

Onhepyru kowa'e constitucionais ko Leis n° 8.080/1990a e n° 8.142/1990b kowae'guy Sistema Único de Saúde (SUS) kowa'e lei ma anhetenguá o'endy mbyakuery nhandereko, oikuapota saúde mbya opamba'e regua, saúde, saneamento básico, okaru hetchain porã awã, ka'aguy reguá, demarcação ywy reguá, educação sanitária, integração institucional reguá.

Há'ewyma ko sus oin Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), m'bya kuery ore nhangarekowa'e, Portaria Ministério da Saúde (MS) n. 254 há'e 31 janeiro 2022 pyguare oi ma petein tenondepý nhandereko saúde oiporukua'a awã moá regua, odjedjapo awã petein djapytchaka saúde reguá aguy m'byakuery rekopy (Brasil, 2002).

Há'ewyma direito djareko saúde reguá pawe'in mbya kuery ko sus, há'eguy subsistema pypy do SUS, omoanhete onhemboríau we awã. Ombodjeroviá nhanderamoin kuery oikua'a wa'ekue, controle social rewe, há'e teín ma djadjetcha'waí. Petein tcheramoi nhanderentará ma erama Krenak (2019, p. 13) odjapytchakaagui m'bya kuery regua há'e oarandu rupima omombaraetê m'bya kuery reko rupi hentarã kuery pe awã há'ewema idjayvu tcheramoi Krenak "opa'iwae petein piky, n'dai-pove'íramo yvypy, há'ewyma peteín ywyrá oipe'á oity, ywygui, djurua kuery oikua'apota ramo ndaewe'i ho'u awã dinheiro". Kowa'e idjayu oetchauka djuruakuery reko ombodja'o ka'aguy djapytchaka nhandere-tere, há'ewyma Krenak oetchauka m'byakuery mbaraetêa, mbojeroviá djuruakuery saúde pygua kuerype.

Kowa'e djogueroayu arupi odjeacthague oguerodjapo premiada demandas saúde mental regua petein tekoa gui Distrito Sanitário Indígena Interior Sul (DESEI ISUL) Polo Base (PB) Araquari-SC pygua. Ronhemongueta equipe saúde kuery rede de atenção. Kowa'e arandu ore romombe'u roetchauka heta waekuerype curadoria ko IdeiaSUS. Nhandereko aranduá ronhemonhenduká heta waekuerype.

Peteín teímpe ombodjeroviá arandu, nhanemonguetá opamba'e rekore. Holliday (2006) nhandere kowa'e ma peteín arandu peteín ayu agui peteín djapytchaka peteín nhemonguetá djo'orami meme djoguero guata peteín tape. Peteín ayurupi djarodjapytchaka odjaetchawa'ekue djoguero ayuagui saúde aguy gestão agui mburuwitcha kuery agui nhandekuery meme, haegui nhangareko kowa'e saúde mental (Holliday, 2006).

Kowa'e odjeactha waeku'e djo'orami saúde mental m'byakuery Santa Catarina pygua odjedjapo nhemboaty we djoguero ayu mba'eitcha pa odjapo awã nhandewype eta waekuery kuatiápara py omoín awã, tekoa tarumã Araquari/Santa Catarina pygua agui coordenadoras, curadora, assistente djoguero oikua'apota awã tekoapy pawein rewe oendu awã kowa'egui idjypy,

Kowa'e capítulo ogueru omaê awã m'bya kuery Santa Catarina pygua odjeatchava'ekue agui articulação rede atenção saúde mental m'byakuery pawei rede oguerodjapo nhande rembi'u ete'í reko reguá, nhandere o'ã heteyn awã. Há'erami pawein kowa'e arandu ko curadoria opamará oatcha oma'e awã nhandereko porãwe awã. (Dantas, 2022, p. 29).

OMOÍN PORÃ AWÃ PAWE MBYA KUERYE SUS DE SANTA CATARINA PYGUA (PB ARAQUARI)

Mbyakuery ikuaiá Santa Catarina py ma oi 21.541 ikuaiwa'e, 10.563 ma ikuai, mbya ywypy haegui, 10.968 ma mbya ywypy he'y ikuai (IBGE, 2022). Região nhemba'apoá ma oi (Santa Catarina/Sca'egui Rio grande do sul/RS) da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) – MS ogureko mbya kuery ikuaiá 664 indígenas (Brasil, [2023]) ha'ewy ma oi 12 Tekoá, odja'o 5 município py.: Araquari (Tekoá Jabuticabeira, Yvapuru, Pindoty, Tarumã, Tarumã Mirim, Ka'aguy Mirim Porã e Piraí), Balneário Barra do Sul (Tekoá Conquista), Garuva (Tekoá YyAkã Porã), Joinville (Tekoa Takuaty Jecupe) e São Francisco do Sul (tekoa Yy D'ju/Reta e Morro Alto) PB ete'imaodje localiza Norte do Estado de Santa Catarina, micro região de Joinville, a 182 km de Florianópolis/SC, odjekuaa PB Tipo II rami (PB-II)ⁱⁱ.

ii PB py mbaeapo DSEI rewe guá o'ín mokoin regua PB tipo I tekoa py oin wa'e apy PB tipo II o'ín tentare wa'e.

Kowa'e nhemba'apoa ma ogueru mbya kueryre ranhe oikuaapota hawa nhaneretchai are (APS) wa'eri oikuaapota hawi mbya rekore ranhe, ha'ewy ekoratchai mbya arandu, moã reko régua (Funasa, 2002). Ha'ewy ma oguereko djepoay mõare, mbya tekoa pyguare, ombaea powa'e kuery Multidisciplinar mbya re ombaeapo wa'e (EMSI, PB py ikuaiwa'ekuery Araquari/DSEI ISUL/Sesai/MS). Omba'e apowa'e kuery tenondegua ointa PB ay oin: mokoin médicos/20 horas cada, mokoi enfermeiros/40 horas cada, cinco técnicos em enfermagem/40 horas, petein cirurgiaõ dentista/40 horas, petein Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)/40 horas, em técnico em saneamento/40 horas. Heta tekoapy oin'aegui oin wedju 8 agentes mbya kuery de saneamento (Aisan) ha'egui 10 agentes mbya kuery (AIS), ha'ekuery ma elo ombaeapo wa'e kuery ha'egui mbya tekoapy gua rewe, ha'ewy ma ndatchyi ayú djoupe omboatcha awa, wy ma APS pema'apo. Kowa'e participação ma iporã ayú djoegua he'y oin ramo, ha'etein kowa'e região pyma nhandeayua Mbya. Kowa'e professional kuery ikuai wa'e ma, oin wedju omba'apo wa'e terceirizados: petein auxiliar administrativo/40 horas, Sete motoristas, (40 horas semanais, escala 12 horas de trabalho por 36 horas de descansos omba'ea powa'e pyarewe'i ha'egui mokoin djoegua escala, wa'er i pyaré wedju omba'eapo) mboapy auxiliares opamba'e py rei omba'apo wa'e (petein lotado na sede do PB mokoin, tekoa djoegua he'y meme py).

Organização administrativa mbya kuery retchain re oikuaa potawa'e ma oin Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). mbya kuery retchain re (Funasa, 2002) oetchakuaa wy omboypy doikuaa potai wa'ekue os sistemas de representações, oupity awa mbya kuery retchain re oikuaa pota we hawi awa, ha'egui mbya arandu rupi re inho ombaeapo awa. DSEIs ma odjedjapo 1991 py petein base organização ombae'apo awã tetchain regua re, delimitação Geográfica rami hanho he'yn, wa'eri oguereko petein rami porã etnoculturais ywy rekore oedja awy petein rede techainha'regua sanitária re onhembae'apo wa'e (Funasa, 2002).

Subsistema mbya retchainre oikuaapotava'e ma instituí Lei n° 8.080, de 10 de setembro de 1990:

Art. 19-B. Ha'ema petein subsistema mbya retchainre oikuaa pota wa'e, componente do Sistema Único de Saúde – SUS,

odjedjapo ha'egui omoin hatankowa'e Lei py n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, haéwyma onhemba'apo rá petein rami porã. Art.19-D. SUS o nhemba'apo va'erandjoupive pawen Lei py isn-tituido oin va'eórgãos kuery Mbya kuery reko reomba'apo wa'e. Art.19-E. Estados, Municípios ha'egui amboae instituições governamentais ha'egui governaentais re gua he'yn teinikuai haviran onhemba'apoa rupi.

Art. 19-F. Oguerodjeapo hete wa'eranmbya kuery rekore ha'egui ba'eitcha pa mbya retchainre oikuaa pota awan mbyaarandu rupi ywy rupa re, oikuaa potavi awan, mbya retchain re, mbya ikuaa'ire, tekoa oky'a'oare, ka'guyre, ywy mbya kuery pe ome'en awan, kyingue nhembo'eare ha'egui djoupive onhemba'apo awan.

Art.19-G. Mbya kuery retchain re onhemba'apo wa'e ama oikuaa pota ran SUS rami, petein rami hanho he'yn, tenondegua ha'eguyi regionalizado.

Mbya kuery ikuai wa'ema oguereko ran SUS py odjetcha wai mawy oike awan, local py, regional ha'egui centro especializados, wy ma oguereko ramo oikuaa pota awan primária, secundária ha'egui terciária tetchain petein rami oin ywy rupa DSEI py. Oguereko tetchainre onhemba'apoa ha'egui oky'a'oa petei rami poran oin awan tekoapy mbyakuery odjerure wa'e. (Brasil,1999).

Kowae DSEI roguerodjapo, onhemba'eapo kowae kuatia regua Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). PB onhembodja'o ko'o ywyrupa re o'ín ã sediando emsi em nível local. PB py ma onhemboeapo AIS kuery, tentchaí, ipoy'i we ramo há'e we oikua'apota we omae we awã'era rodjapouka wa'ekue ma ndodjedjapoi ramo onhenboatcha dju rá PB (Funasa, 2002).

Kowa'e ma nhandereko mbaraete awã djaupity awã djaiko porã awã, etavaekuery ma saúde py oetchakua'a awã oenduku'a awã nhadereko. (Funasa, 2002). Município Araquari pygua o'ín nhandere onhangareko we awã. Pawe onhangareko omae we awã Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Sesai há'e dseis ma oikua'apotá wedju awirã mo'a nhandereko pyguaí omombaraete.

Kowae py, mbyakuery oikoporãa regua djoorami awã, aidjawi wepe oekopity awã arandu mbyakuery regua. Sesai ma aerami gua omokyreyn hawira DSEIs oguerodjeapo moãreko arandu mbyakuery oin atan we awã atenção diferenciada à saúde previsto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

PORÃ ETE'ŶN PETEÎN ARANDU HA'E KUATIAPARA SAÚDE MENTAL INDÍGENA: DJADJAPO CÂMARA TÉCNICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ATYGUATCHU REGIÃO NORDESTEⁱⁱⁱ SANTA CATARINA PYGUA

Nhandekuery dajaetcha ramo saúde mental djupiwe CT-Raps aty região nordeste santa catarina pygua, djáreko ramo petein kuatia-para nhande nbae, oiko ha'e câmara técnica oipo hiaramiogueru saúde nhandebaraetê, nhemombe'u técnicos agui secretários municipais apy nordeste pygua. Onhenbo'e katu saúde mental mbya regua peteinnhemboaty dju piwe EMSI do PB de Araquari pygua agui Raps.

CT-Raps nhande região pygua saúde, ha'e gerência regional saúde – Joinville pygua, ombaeapo wae orepitywõn djaupytyawã saude reguá região nordeste pygua. Djarekoramo nhande rewe equipe nhanhemongueta apy região py.

Nhande mba'e região pygua, heiarani tekoa tarumã oiporã awã kova'e projeto ma tekoa pygua rewe ropyta. Haeguy equipe rewe o planeja m'baeitchapa odjapo awã ko projeto.

Técnicos CT-Raps pygua kuery ma oendu paweÿn tekoa pyguakuery m'baeitchapa odjou kosaúde mental regua. Kova'ema idjypy opy'ire tekoatarumã pygua, em ara yma 2019, há'ewae ma hae'kuery mbaretu guapúa círculo reguá. Há'e kuery no'endui kua'ai ore ayu ramo. Kyringue onhepyru mokoin mbora'i, rire cacique idjaju tekoa tarumã pygua owy ma 12 familia agui omaety, agui roguereko ka'aguy 2500 ectares.

iii Oetchauka ko Araquari há'e região norte de SC pygua DSEI ISUL ko Sesai – MS idjaju. He'i ma estado SC pyguakuery oguereko 16 regiões ko saúde reguare oikua'apota awã oguereko waerã Nordeste ko sc pygua. Há'e wyma idjaju região norte ou nordeste de SC, Sesai – MS odje ikua'a mba'etchy ratcha há'e kuery amoin awã.



Opy Tekoa Tarumã (Ivy Karla de Aragão).

A organização de saúde mundial (OMS) idjaju “saude mental regua, onhenhandu porã opambae, omba’apo porã, agui tekoa oin’porã awã” (OMS, 1946, p. 1). Brasil pyma djareko ramo saude direito rami djareko opamba’egui.

Kowa’e nhemboatyma djuruá kuery rewe’ i há’egui paweinpe, ayu porã oin wywrupa regua, ka’aguy nhane ramoin kuery regua, tembiu reko nhandereko opamba’e regua saúde mental (Brasil, 1988).

Ywyrupa reko reikua’a há’egui djuruá kuery ndoikua’ai, nhande mbya kuery nhanderu nhandembo’e wywrupare nhamoin awã. Há’ewy ma amongue djuruá kuery ope’a patche nhande ywy kowae gui ogueru mbaeatchy.

Ko wywrupa idjava’e haewy ma ndaevei nhamboawai’pa awã ndaewei (Santos 1997). Ywy rupa ma petein oin. Nhande kuery nhandekuai nhambaeapo nhain apy (Santos, 2006, p. 39).

Nhomboe opamba’e regua saude py regua. Ywy porã nhande djaiko porã awã mamorupi ymã nhanderamoin kuery djogueroguatá wae kue rupi hae’wyma demarcação nhande yvy importante re’i Marco Temporal regua.

Tekoa pygua kueryma odjapo petein manifestação ‘aná’in Marco Temporal’ djareko petein lei Constituição Federal 1988, kowae ma nhande mbyakuery garanti nhande yvyrupa oin porã awã.

Técnicos kuery djogueru wae kue nhandenboatchy nhande wywre nhamoi porã awã.



Marco Temporal rowai opu'á'a oetchauka tekoa Tarumã py Curadoria IdeiaSUS oin djawe (Marcus Vinicius Honorato da Silva).

Nhande mbya ma roikua'a rei he'in roguereko mabaraete mbyaguatchu rodjapytchakaa, roguereko opy'i opambae're rodjapytchaka awã.

Nhande mbya kuery'ma djaiporu eta nhaneramoin kuery oremboe há'e oremonguetá opamba'e re'i ro'u awã heyn ore akanhãnva'ikue awã heyn.

Ore ayu equipe de saúde CT-Raps kuery, amongue nhande mbyakuery ronhe interna hospital py opambae're rodjetcha wa'í ro'u tembiu iporã wae'in djuruakuery rembiu, ore nhaneakanhã wa'ikue awã heyn.

Há'evyima tecnicos kuery (CT-Raps) onhenboatydjawé, odjapytchaka mbaetcha ore mbya kuery guipe rewe ore região py omba'epo emsi do pbaguy mburuwitcha kuery marupi há'ewe ra ko nhanerembiu ete'í djaiporu hospital py nhaí ramo.

Técnicos pygua kuery onhembo'e ko projeto terapeutico petein regua tekoa pygua mbaemo ndjadjapo awã (Brasil, 2009).

MBA'EATCHY (HAKANHY) NHANDE KUERY REMBIU RUPU GUA

Nhande kuery ma djikua mbaetcha gua gui kovae mbaeatchy djareko, djaikua petein tein mbaetcha guagui djadjopy hae djareko. Koavae mbaetchy ma hnande rete régua a mboe rupi gua awi djareko.

Hetavae aapy ma koavae mbaetchy regua ndoetchai, nhande kuery ri-
vema djaetcha e djaetchakuaa djarekoa.

Ayma nhande mbya kuery koavae mbaetchy djarekoa ma he-
tavae kuery arupi djara ae nhamombeu ramo, hae kuery ma omeetchei
apio nahnde kuerype tratamento ramingua nomeetchei are nhane omee
awã nhande kuerype, amongue ma mbya kuery re, idjaju wai kue ten-
tare djaaramo, pambaepy ndae wei pa ramo, nhande kuery djaupity pa,
djurua kuery guiae nhande kuery gui. Kovaema pawê djareko nhande
mbya kuery, djurua kuery pawê, mbae atchyma ndoporavoi petein pe
(Brasil, 2019).

Kowa'e ma ore rekoapy rodjapo petein teatro, djurua kuery pe
romonbeu awã, nhande mbya kuery djareko peitcha gua mbaeatchy.
Koavema teatro ma ore escola tupã poty nhe'e py gua aluno ha'e comuni-
dade tekoa tarumã pygua rodjapo rombopara ha'e roetchauka pawê'i pe.

*Ymá ete gui wema Tekoa py mamó o'in tembi'u ete'i, ka'aguy
régua há'eguima yakã porã o'in piky heta waekuereami
he'yn, mamóawi ka'aguyre ywyrá'a ete'i daipowei pawê'in
djawya'awã. Kowa'e araguydjema Tekoa mamó nhandereko
nhaneraoin kuery ogueraha porã'in. Omombe'u arandu omo-
nhenduka wãmaminokuery djewy djewype a'yn pewe warã
arandu. Ko'owae ayvu hymá ete guiwema há'egui nhande
mbyakuery djaiporu a'in pewe. 1- Ymá ete guiwema omenda
ramo wa'ekueryre tcheramóinkuery tchedjary'ikuery omongue-
tá. Tchedjary'i omboatcha mbaeitcha omenda' reko regua ma-
rami pa ikua'i porã awã omen aguy taichy. 2- Oatcha moko'in
araguydje rire, omenda'i waekue petei'n mita'in oguereko,
pawe djoguerovyã. Haewa djogueroguyju tudjakue'i apy,
omonguetaju djewy. Hayma ogueroayvu agueropi ikua'i dju
awã itchy há'e tu'u rami ikua'i wy. Yma ta'yrami ramo oguata
porain dju awã. 3- Oiko'i rire mitá'i omongueta aguerupi porã
ikua'i awã tcheramo'in tchedjara'i omongueta aguerupi ikua'i
wy. Há'inguama: 1- Okakua'a owarema, djuruá mbitepy
o'in opaitchaguá oetcha iny owy djuruakuery reko reguá.
2- Araguydje oatcha waínwyma are omenda'i tu'u kuery apy
oguyapy oeko monguetadju awã m'bya reko. 3- Wa'ery a'in-*

gua kuery tcheramoi'in kuery tu'u kuery no henduweima. hare omenda rirema tadjy pyau, tcheramoinkuery omboatcha djewydju nhaneramoinkuery aranduá. Omendawaekue ma no hendui tcheramoinkuery ayu. Ipuru'a apy doekoaku'i há'e houpare'i djuruakuery rembiupi mita'i pedju noin porãin. Itchupe itchyrami wy te'in ma no o'in porã. Há'erami tewyia'é oiko ombodjau'i pewe. 4- Aynguyguema itchykuery oguereko mokoin rupi ombodjau'i awã: Tekoapy ombodjau'i awã há'eguy etavaekue apy oguera awã hospital py, itchama ogueratche etavaekue apy ombodjau'i awã hospital py. Tekoapy djogueru djave itchy odjopy djuruá reko, opaitchaguá re'í ho'u: kamby, tcho'o, he'einwae opamba'e. Haewapa mitaímpe mombaraete wae'ra he'i wy py. Kiri'i vaekue waywema owy, omboerami oiko, tu'u kuerype iva'iare o'in, no hendu'i moaeve ayu. Begue'i odjedjoguáma iny owy, pawe'in onhemondy há'erami oetcha wy. Tu'u kuery oenoi tchamoikuery oetcha awã omoatachiawã há'erami oetchawy. Tcheramoikuery ma ymaetegui idjeyvu kowa'e mbaeatchy heo'areguama ndaipoi mo'a omonguerá awã, wairi peteínra onhangareko haewa mbaeatchy reveguá omaê awã. Peicha há'ema oikua'a heoã reko régua Tekoa Tarumã pyguá kuery. (omboparavaeku'e Sergio Moreira, nhomboea escola indigena Tupã Poty Nhe'e). Djurua kuery ma onhemongueta okuapy kowae regua romombe uramo ae kuery ma oguereko respeito nhande kuery rekore, nhande ma yma guiwe djareko kowae vaeri amongue ma djareko kuaa a'e amongue ma ndadja rekokuaa'i. (HAKANHY MBOAE).

Nhande kuery ma djareko nhane ramoi kuery nhande djaryi kuery nhande vype idjaywy awã omombe mbaetcha djaiko kuaa awã, kowae mbaetchy nhandere hoinwa'eyn awã.

Djurua kuery ma onhangareko nhande kuery re kowae mbaeatchy reguagui, a'e kuery ma paweipe ogueraa koo arandu kuation rupi ayu rupi nhande kuery rewê oiko ague rupi omembeu awã, a'e kuery ma nhande reko re nopenai moai, a'e kuery ma oipota eakuery nhaneputywo awã koawae reguarupi nhande mbya kuery pe, nhande djareko, nhande reko hae'i.



Oguerodjeapo teatro saúde mental regua mbya py (Marcus Vinicius Honorato da Silva).

Ombaeapo wa'e kuerype saúde pygua oin wa'e pe, EMSI, CT-Raps, equipe da curadoria em saúde, equipe IdeiaSUS ha'e djogueru'i wa'e kuerype tekoa py ikua'i wa'e odjapo encenação nhande py'a aka awarami. Ha'e kuery Mba'e arandu ombodjerovia.

Odjapytchakaa gui pawë pawen aradure ombodjerowia wy odjedjapo awã Pawepe oin porã awã saúde mental regua. Djorami gua he'yn tein ma, odjoguerayu porãa omain atãwe nha'a. Ha'gui ma universo cultural py mbya kuery reko heta wai, ha'ewy onhemboaty djoguerayu ha'e omombe'u porã awã marami pa oin porã awã Mbaetchya mbya kuery regua.

Odjedjapo oinywy curadoria oedjapa omba'eapo wa'e saúde pygua omaen atãwe kowa'e odjedjapo wa'ere. Ha'e wyma hetchakamba opamarã regua ha'egui omoanhetemba ko ywy rekore gua. Petein djapytchaka rupi porã onhembodjerowiaa omain porã awã mbya kuerype, oendukuawyma ogueroguata djaiko porã awã, kowa'e tape riwe'yn ma oin, wa'eri kowa'e anho'in ma oikuaa opamba'e mbya kuery reko regua.

TEMBIU REKO GUA RUPI PAWE'I MBYA KUERY PE OINPORÃ AWÃ

Kowa'e nhemboaty odjeapo ramo CT-Raps, ogueraá puku we petein nhemboaty oiko va'ekue Tekoa Tarumã 2019 py, omain petein ayú mbya kuery okarua regua/oin hawan mbya omboadjaá okaruáreko hospitais py referêcia da região protocolos tetchain, inhakanhy he'yn awan, tekoa py inhakanhy va'e ndodjekuaai awan, teko, tetchain inhakanhyn he'yn awan kowa'e mbya kuery re.

Kowa'e ayú prma oguerú Tekoá py karu reko ha'egui tetchain inhakanhy he'yn awan. Heta wa'ekuery regua oporadun kuatiá pará rupi ayú omoín awan karu reko, ha'egui mbya kuery ma oguorodjeapo omoín awan karu reko nhandereko py haé oin awan. Peitcha wyma oguerodjeapo ba'eitcha wypa kowa'e nhemba'apoagui oupity awan pawen ombopará wa'kue karu reko regua/mbya karu reko, ha'egui oin porã awan hospitaís rupi tetchain regua.

Tembi'u reko regua oguerodjeapo herawy hagui tekoa Tarumã py

Kowa'e nhemba'eapoa tembi'u reko regua ogueru djogueroayú hagui petein projeto, onhembo'ea kunumíngue ha'egui tudjakue Projovem Campo Saberes da Terra, nhandereko rupi oma'en wy, ombopara porã herawy odjeapo wa'e oin porã Reforma Agrária regua, odjapo poran hawi awan mbya kuery reko rupi. Kowa'e odjeupitytche wa'e ma oin porã awã onhembo'e wa'e kuery pe arandu regua, omonhepyrun mbya kuery oipotaárami odjeapo awã, do'ekoatchai, petein tein oikoá, teko, ikuaiá'i rami pyarewékue/pytun, ha'e'aryma oin ae nhadereko'i rupi ae ikuai'i awã. Kowa'e lei pyma oin porã havi onhembopará porãwe awã, odjekuaá awã mbya reko. Datchyi merami va'eri, mbya reko pyma ayú rupi meme onhemboatcha arandu reko, ayma onhembopará wa'e hatchy we'idju.

Petein nhemboaty seis kunhangue rewe ma oguerodjeapo omomba awã onhembo'ea Ensino fundamental py. Onhembo'eama onhepyrun djepi pytun djawe, mbya reko pyma pytun nda'e wei djaiko awã, pytun djawema Opyre djadjereroike awã, kunhangue ha'e ma Opyre ikuai riaéwe wa'era. Tekoa kyri'in rewe ramo, kunhangue Opyre ndoikei ramo noin porã re'i.

Wa'eri Tchamõí ha'egui tekoa pygua kuery rewe idjayú poran kowa'e projeto odjeapo awã. Djarodjapytchaka'áma iporan mbya rekopy. Djypy'i guima hatchy'i ranhe, ha'e tein kunhangue meme ha'egui irundy nhombo'e wa'e kuery (Awakue), l mokoin mbya ha'egui mokoin djurua kuery. Kunha ikuai kuaáve hawi pytun djawe onhembo'e awã, ha'egui nhombo'e wa'e kueryre odjerowia hawi awã. Djoopy meme onhemba'eapo herawy. Amonguema kunhangue idjayú katuwe onhembo'eagui. Mbeguei rupima oguerodjeapo herawy, ha'e wy ma omonhepyrun herawy onhembo'ea regua omoín porã herawy awan, oin porã hawi idjayú katu awã,

petyngua opita awã, petynguama odja' o wa'e' yn mbya rekogui, omba'apo djawe, odjapytchaka djawe ha'egui nhemongarai oin djawe.

Onhembo'ea oó oiny mbya nhombo'e wa'e ha'egui djuruá nhombo'e, onhangarekó herawy ayú katu pyry oin porã awã, amongue kunhanguema mbya idjayú kuaá porã wa'eri djuruá ayúpy da'idjayú kuaá porã rei, ha'erami wy hatchy rei'i hawi oikuaa awã onhembo'eapy.

Nhombo'e wa'e kueryma oguereko petein omba'apo awã, ogueru awã arandu política regua. Kowa'e projeto onhembo'ea Kunumingue ha'gui Tudjakue, ha'eaguima odjapo havi kunhangue idjayú porãwe awã kowa'e regua doikuaa porã rei wa'e. Kowa'e odjapo awa ma Ciências humanas py havi omba'apo. Kowa'e py ma ayu oin raí, wa'eri mbeguei'i rupima kunhangue oguerodjeapo herawy, oikuaawe herawy kowa'e regua iporã wa'ea, política ha'egui ayú djoupe omboatchaá. Amongue wa'e kunhangue wa'epema hatchy rei oguerodjeapo wa'ekue oetchauka awã, hetchakan awã ba'emo pyaú. Andreia Moreira (ayn mboruwitcha'i tekoa pygua), onhemotenondé ha'epy kunhangue rewe, tenondewe'i haema oiko wa'i miwe wa'e oikowy tekoapy, ha'egui oguereko kuaa kunhangue oipotaárupi oguerodjeapo awã, kunumingue/kunhataingue ha'egui kyingue rewe hawi.

Kowa'e onhembo'ea rupi, Kunumingue ha'egui Tudjakue (Jovens e Adultos Esino Fundamental), petein kunhaguegui, mokoin ano re riwe'i onhembo'e wa'ekue, kyrin djawe, oata nhepyrun onhembo'eapy, itchupe hatchypa rei ramo. Kowa'e kunhã wa'e imba'eatchy herawy mbeguei rupi, ha'egui dodjóú hawi ba'eitcha wupa okuera awã. Ha'eramo nhombo'e wa'ekuery oikuaa potadju kuatia pará ogueraa awã itchupe, onhembo'ea regua omomba hawi awã. Opa mba'e odjapo oin porã awã onhembo'e wa'epe. Ha'e wa'ema petein kunhã karai, opyre oguerodjapytchaka mbaraete anheté'in wa'e. Ha'erami ikuai opyre wa'ema oguereko ymã guare arandu mbya reko pygua. Amongue ma ha'e dooi onhembo'eapy wa'eri Opy rema oó, onhembo'ea hywy'iry hae Opy oin ramo. Amobaékuery kunhangue ikuai wa'ema, oendu djepy okuapy Kunhã karai oguerodjapytchaka ha'egui mboraí omonhendu ramo pytun nhawon. Amongue pyna onhembo'e wa'ekuery opytu'u djepi ranhe mboraí omonhendu maramo. wa'eri oimoin hata porã herawy. Kowa'e mba'eatchygui oiko nhemorandu oikuaa awã, mba'etchagua mba'eatchy hete'ipa oguerekoa oikuaa awã.

Peitchaágui, ayú katu reta petynguapy opita rewe Ciências Humanas py oin hagai (nhemorandu rupi oguerodjapytchakaá), djogueroayúdju tembi’u reko reguare, ha’e wa’egui matawy imbae’atchy he’i arupi. Kowa’erupi ayú oin ha’egui, oikuaa pota hawi awa, nhombo’e wa’e idjayú pawen oikuaa pota awā tembi’u reko reguare, odjóú awā poan Kuanhan karai pe, ha’egui omoín porā we hawi awā projeto onhembae’apoa reguare, ha’egui heta wa’ekuery pe ha’e wa’e odjekuaa awā, PB/Sesai, hospitais rupi, tetchaire omba’apo wa’e kuery harupi, ha’egui pawe onhembo’e wa’ekuery harupi hawi oowaen awā.

Odjedjapo petein kuatiare onhembopara awā mbya arandu rupi, onhempa’apo wa’ekue. Coordenador pedagógico, Sergio Moreira (Andreia kywy ha’egui onhembo’e wa’e Claudia me’in), owaen hawi oikuaa pota awā, omombe’u hawi ayú rupi opytywon hawi awā onhembo’e wa’e kuery pe, ha’egui ombo’e hawi awā.

Onhembo’ea opa djawe, djurua kuery nhombo’e wa’e kuery hawi djogueraá Opy mbya kuery djoguero djapytchaka djawe. Onhembo’ea onhepyrun djawe, nhombo’e wa’e Pedro oó Opy’ire djapytchaka oin riré’i, Tchamōi Graciliano (rangué’i), o oenōi oguapy awā idjywy’iry, ba’erepa onhembo’ea oikuaa re’yn idjaju tembi’u reko reguare, tetchāire, djaiko porā’á re ha’egui djake porā’a re. Tchapy’a’i idjayú katu wa’eri oin porā oikuaa awā, ha’e wa’e rekorupi, arandu oin’a tekoapy. Ha’e wa’e odjeapo awā ma Tchamōi oetcha ramo, iporā ha’egui ha’ewea rupi waipa.

Ha’e tein omoky re’yn hawi ha’e wa’e reguare onhempa’apo awā, ha’egui pawenpe oetchauka awā. Hare’i rirema EMSI PB Araquari pygua kuery ombou tekoa pygua kuery oikuaa pota awā mba’epa amandau retchain mbya kuery ma’en hagai. Ha’epyma oikuaa, mbya reko dodjereroayuia amandau retchain reguare mbya rekopy. Mbya rekopy amandau retchain regua ha’egui na’inhé’en marcante wei wy, tembi’u rekogui hae oiko, ha’egui hawi onhereron waen odjepa awanpy (kowa’e ymā ramo oiko wa’ekue).

Ho a’ngá petein ara pawen rewe ha’egui Tchamōi rewe, oporandu awā ba’epa amandau retchain mbya arandupy. Oó wa’eran tein da’idhayui ba’ewe: Idjayú katu ha’ara owaen djawe, tudja’i wa’e oendu morandu oin wa’e Opy’i py okapy teri oin rewe. Mba’e nda’wy amandau retchain? (tory)! Okyrimbadju pawen, rirema onhepyruma oikuaa pota

awan ha'e wa'e reguare. Djypy'igui ma, okyrimba hete'i ranhe, ha'epyma tchamõi oin oiny 'ywate kapy' oma'en oiny onheakã karain rew, oikuaa nhia'ã ratcha merami oiny, wa'eri nhama'en ramo ha'ewy he'yn haeri.



Tcheramoi Graciliano Ra'angá Opy're oin djawe Tekoa Tarumã py (Pedro Eginio Leites de Alexandre).

Oikuaa pota oiny ko ywategui arandu ogueru awan, ha'egui anhetengua omombe'u awã pawei pe. Hare'i rirema mebeguei rupi idjaju. Ayú rive'yn opoi, wa'eri ayú anhetengua atchy nhaendu kuaa awã, ta'y kuery hae tein noendu kuaai odjapytchaka porã re'yn. O filma katui'in oikuaa porã awã onhembo'ea py odje'oi djawe. Da'ipo vaipai nheporandu Tchamõi pe, wa'eri katiare ombopara pa'i 10 nheporandu ha'e wa'ere oikuaa pota awã. Petein nheporandu re riwe'i, mba'etu amandau retchã, ha'e omombe'u heta, nim oporandua wa'ekue'yn guiwe.

Ha'e wa'e nhemboaty'i py oin porã vaipa hete, Opy'i hare guare rami he'yn oin. Kyringue, tudjakue, nhombo'e wa'ekuery, onhembo'e wa'e kuery, pawen odjapytchaka okuaoy Tchamõi ayure. Keramirei merami, djurua nhombo'e wa'e kuery guiwe, mba'ewe mbyá ayu oendu kuaawy

he'yn tein, oendu merami oin porã'a Tchamõi ayu. Mba'ewe oikuaawy he'yn, Tchamõi idjayupa rire'i nhombo'e wa'e Pedro idjayu iporã wa'ea ha'epy oin wa'e, ha'evyma hory oiny odjae'otche rei rewe. Onhetcha'ã rei oiny, ha'ewe'yn'a Katy riwe idjayu rawarã, o ayu omomba. Petein Graciliano ra'y, Sérgio Moreira, oporandu, oayu pydju pa Tchamõi idjayu wa'ekue omonhendu. Mbya kuery rewe wy'apy meme djoetcha djepi haty rami hae, ha'e djawe pawen opukapa.

Ha'e wa'e ayu katu oimba rire'i, nim ara re doikuaa pota wei rewe, datchy waipai anhetengua odiou awã. Ka'ru'i haema, kuaray hatcha odjekuaama oiny okora pa'un rupi, ha'egui oó'ary capi'i ho'a pareima oiny hare gurewy.

Horyai waipa rire'ima tudja'i wa'e mbegue'i oen ouwi goó Katy, oaronwy aroka tipa'i rewe (bolo frito), mbya rembi'u hae.

Nhombo'e wa'kuery, onhembo'e wa'e kuery ha'egui pawen tekoa pygua kuery pema oindju oikuaa pota awan ayu anhetengua oendu va'ekue oendu va'ekuere. Ha'epyma oikuaa porã pota hete awan oin pawen tekoapygua kuerype, onhembo'e wa'e kuery ha'egui Nhombo'ea kueryma oikuaa potawe wa'eran, Graciliano arandu ha'egui mbaraete, ombopará awan tembi'u reko reguare.

Kowa'e oguerodjeapo haguima CT-Raps pygua kuery tetchainre oikuaa pota wa'e ha'egui amboa kuery hawi, ho'anga nhemboaty oin awan: EMSI, nutricionistas hospitais pygua kuery ha'egui mboruwitcha'i mbya. Kowa'e oguerodjeapo wa'ema oin porã mbya retchainre oikuaa pota wa'ekuery pe (CLSI) PB, ha'ekuery hae'i rewe nhemboaty oin djawe. Ombkatcha hawi raka'e pawen rupi odjekuaa awan. Apyma oin kuatia odjeapo va'ekue oin awan ayu katu hospitais ha'e'i rupi ikuai wa'e rewe:

Tembiu nhande mbya reko pygua

OMBOADJA WA'ERÃ HOSPITAL PY MBYA KUERY

MEMBY PYTÃ'I WA'E OMBOADJA WA'ERÃ

Mbya arandu pyma, heta mba'eatchy oin tembi'u nomboadjai hagui, da'ewei ho'u awan djave ho'upa reiamo. Kowa'e pyma tembi'u reko reguare pawen oikuaa pota ran, oiko porã awa, hete retchãi awan, hi'a mandau retchãi awan ha'egui inhe'en retchãi awan. Apyma oin heta wa'ekuey doeko ratchai awan mbya kuery hospitais rupy oódjawe: Tembi'u regua ramo kowa'e tembi'urã oin:

Tembiu nhande mbya reko pygua

Tembi'u tykue'i wa'e (djuky rewe'y) mbodjape'i djuky re'yn, awatchi mimõi, mandji'o, uru rupi'a mimõi, aroka he'en wa'e'yn, djairogue dja'u wa'e (salsinhas ha'egui cebolinhas) y'y haku'i wa'e. Kowa'ema ho'urã, pyarewekue'i, kuaray mbyte djawe ha'egui ka'rukue. Mbya rekopyma pytun dokaruirã, wa'eri ha'e woi odjerure ramo tembi'u ha'ekue regua hae djurã ogueru. Tembi'u da'ewei ho'u wa'erã Djety, tcho'o, andaí, ervilha, komanda, lentilha, nhandy, kamby, extrato de tomate, bolachas, tembi'u kamby rewegua, margari-nas, manteiga, ambutidos, frutos, frutos, sucos, temperos industrializados, condimentos, sobremesas, doces, salgados, enlatados, peixes e frutos do mar. Observação: kova'e hawi oin Tuúpe (omoirun ramo), wa'eri ha'ema ha'ewe ho'u awan hi'a wa'e ha'egui tembi'u djuky rewegua. Tuú rein da'ewei ho'u awan tcho'o ramigua. Kowa'ema omboadja ran mboapy djatchyre mitã oiko'i rire. Mitã'in ha'egui kyrigue onboadja wa'erã Omonkam-bu'a'ima oin raen mitã'in oiko porã awan. Omboadjaáma oin raen, tembi'u reguare, wa'eri kyrin wa'ema ha'ewe ho'u awan, pães ha'egui bolachas. Ha'e wa'ema petein tein raen oikuaa pota.

KUNHANGUE'I GUEKORE OIN DJAWE

Tembi'u guima kunhangue 'i omboadja hawi raen guekore oin djawe ha'egui inhengue ramo djawe. Wain wingue pe tein guekore oin djawe.

DJA'U WA'ERã WA'EKUE'YN PAWEN MBYA KUERY NHAMBOADJA DJAVE ANHO HE'YN

Mbya kuery reko pyma pawen da'ewei dja'u awan ba'emo y'y guatchure oin wa'e. Ob-servação: djaikuaa pota hawiran kowa'ema oinran hospitais rupi, tembi'u reguapy doeko ratchai awan mbya kuery reko. Amomgue va'e mbya kueryma nomboadjai raen tembi'u. Ha'epyma hospital pygua kuery haeran oikuaa pota. Hospital pygua kueryma oikuaa pota wa'erã tembi'u re mbya rekopy, ha'epy teri oin djawe riwe. Ha'egui rirema ha'ekuey djoapy gua'i haeran oikuaa omboadja teria tapa terã anyi. Amboae doeko ratchai wa'erã-ma imemby ryrugue'i reguadju. Mitã oiko'i rirema hospital pygua kuery oikuaa pota ran ome'en awan tuú kuery imemby ryrugue'i, djoapygua kuery ha'e'i oguereko kuaa awan mbya rekopy hae. Mitã'in hyrupy ve'i dapovei'i ramo movoi hospital pygua kuery ome'end-ju hawiran tuú kuerype, omain porã'in awan mbya arandu rupi hae. Ba'emõ mbya kuery gui owen noen wa'erã oin ramõ, oikytchin ramo tein, owen noen wa'ekue mbyape hae djuran ome'en mbya rekopy oin porã awan. Biópsia odjapo wa'erã oin ramoma djopygua kue'irype oporandu ranhe ran owennoen awan oin wa'e ha'e wa'eredju oikuaa pota awan. Mbya reko pyma, oópy hae'i oguereko awan ha'ewewe. Ha'epy mitã'in oiko retchainwe ran. Pré-natal riwema odjapo riae'irã oguereko porã'in awan mbya rekopy hae'i. Ha'egui da'ewei moan ramingua ome'en awan mitã oikopa rire'iwe hugui omonbytu'u voi awan regua. Odjau voi'i awan tein da'ewei, ha'e wa'ema kunha wa'epe nome nometchain ran. Onhemonguy'a'o awama, hadjukue'ipry riweran onhemopotin riae'i. Kowa'ema oin hawi kunhã wa'e oguereko'i taapy. Mbya rekopyma odjau ramo mitã'in do irã oiko'i awa. Mbya reko pyma ha'e rami djawe iky'a hawan rami he'yn odjapo'i.

Tembiu nhande mbya reko pygua

Tembi'ú reko regua odjapo wa'ekue: Onhembo'e wa'ekuery: Andreia Moreira, Tatiane Moreira, Cláudia Gonçalves, Emília Cordeiro, Ana Maria Sanches, Patrícia Cordeiro. Nhombo'e wa'ekuery: Pedro Eginio Leites de Alexandre, Wilson Moreira, Edson Moreira, José Lino de Sousa Neto.

Tekoa Tarumã – Araquari/SC, 5 de setembro de 2019.

Fonte: Mbya reko pygua.

Kowa'e gui ma onhepyru odjetchauka, ko'o mbya rembiu etei. Kowa'e py nhawã'e ey awã kowa'e mba'etchy akâ regua onhembopara, kuatiare, odjetchauka nhande mombara'ete djewy odjedjapo, nhemboaty, kuatia para, onhemombeu, odjetchauka, teatro, vídeo, fotos, a'e gui ambo'e regua rupi. Ore reko py ma, romombaraete we roipota a'arupi ae gui kowa'e gui omombaraete pawê djaiko porã awã.



Ywyrã'a ranga oipe'a wa'e kue tekoa Tarumã py (Andreia Moreira).

Nhemiapo hoatcha awã tembiu reegua hetavae kueryapy odjedjapo awã

Yma guiwe kowae nhemiapo djerokuata hetawae kuery harupi, onhembou mbaitacha mbya reko rupi há'ekuery hawi okuaa pota awã.

Hayma nhande mbya kuery mbyterupi nhande kai ramo, há'ekuery ogureko nhangareko aywy nhande ha'ewe djareko hetawae kuery arupi nhande reko oiktchauka a'egui direito nhandere onhangareko awã, tembiu djaru awã koo nhande reko omain djaipotaapy hospital ramingua py, a'ekuery oipota djoorami nhangareko pawepe. (Brasil, 1988).

Koawae nhemboa typyma uwitcha kuery tekoa re onhanga-rekowae omombeu, tentare odjeoi wae ma djurua kuery opambae omee

imemby pytain djawe hearami arupi tekoare oumavy amongue imbaetchy kyrinwae a'e itchy, a'ewyma amongue tekoa py ogueroko mitain.

Há'ewyma djurua kuery petein aywy omoduka, nhande reko py aé kuery oikuaa we awã.

Maternidade ma nhande reko py gua odjou porã, mbya kuery djo-gueraa wae nhande reko rupi omongary kyrivae tchy. Aepygua onhangareko wae mbyare ikuai awi oporandu mbaetcha nhadereko djakaruaregua gui.

Ay pewe ma hae kuery nhande reko rupo onhembraepo mbya kuery ikuai ramo.

Kowaema otcha amboe rupi kuery hospital rupi mbya kuery mano oinhapy mano embaetachy nhande reko rupi ogueroawy awã.

Djarokueaku wã tembiu reko maternidade Darcy Vargas

DJAUPITYAWÃ:

Nhande reko rupi onhembraepo awã, mbaechy amongue ma nhande reko aegui gua, há'ekuery oikuaa pota we awã nhande ma amboae rami djakaru

1. TEMBI PORUA REGUA

- 1.1 Nhanderembiu hete'i
 - 1.2 Fogões;
 - 1.3 Bandeja;
 - 1.4 Fornos.
-

2. ONHEMOMBEU MBA'EAPU REGUA

- 2.1 Mbyare onhangareko wae ma hoikua potarã mbaetcha ogueroyu kuaa ra, mbaetcha nhande reko ndaewei a'e wae djau hawã.
 - 2.2 Ndaewei opaitcha gua onhemee awã imeby pytain waepe.
 - 2.3 Koawema otchawirã kyrin wae rupe awi, haewema tuu hou awã ywyrã iriwe haegui tembiu djuky pyguariwe.
 - 2.4 Mbya reko puma aewe koembai há'ekuaray byte djawe okaru awã, ndaeweima pytyn djawe okuaru awã.
 - 2.5 Nhande reko puma há'ewe mbaipy, awatchi amonguema aewe uru rupia djay awã, mandio djuky reweyn.
-

3. OETCHAUKA AWÃ

- 3.1 Ndaeweima djety, tchoo, kuarapempe, komanda, kaby, nhandy, haegui pira onhe mee awã
 - 3.2 Amongue ma djau pa rei, nhande kuery ndadjautchei ramo onhemobeura hetara kuery pe mbaere hoy, haegui mbaere ndou tchei.
 - 3.3 Amongue dajwe kyri wae tchy oguera dju ramo ndaewei teri opambae omee awã.
-

4. DISTRIBUIÇÃO

- Setor de Nutrição e Dietética

5. ANEXOS / REFERÊNCIAS

Controle de Emissão

Elaborador: Coordenação do Setor de Nutrição e Dietética

Revisor: Liana Melissa Chaves

Aprovador:

Fonte: Mbya reko pygua.

Mba'eatchy waikue oiko djawe Pandemia da Covid-19

Mbaetchy pavê rei djakua djawe ma odjedjapo petein aywy hetawae kuery nhande kuery re mbaetcha pa nhandere onhangareko awã.

Tekoa rupi ndaewei ramo haekuery onhemboaty hetawae kuery onhemombeu kuation rupi eagu djurua mbae kuaa rupi. Oikuaa pota mbaetcha nhande kuery pe omoiporã awã nhade kuerype.

Mbaeatchy djawe ma tekoa rupi ndaewei djurya kuery howae agua, ndoguerui agua mbaeatchy waikue, há'e tein ma tekoarupi ma amonge odjpy mbaetachy.

Opa mbaepy tekoarupi odjetchawai, ewyma djurua kuery atchypy oguery tembiu tekoa re, oguera nhande djatchavaia hetawaekuery pe omombeu mbaika pa nhende mbya kuery djadjetchawai a.

Apy bolo base nhande kuery onhangarekowa'e ewyma há'e kuery tekoare ogueru awã hiegeniza pa rerema oguera tekoa re.

Tekoare ma nhaneretara ndaipowei iramo aerami wi odjapo ndoipotai pawein djaa tcho entara kuery rive ma haewe.

Tekoa py ma amongue ndaipowei ramo opyre meme djoguera oadjapytchawa haema etawae kerype ndaikatui idjay awã, koawema nhande roko pygua djapytchaka.

Haerami hoin hospital py djurya kuery ma cuidado rai oguerko nhande kuery re mbaetchy owã'eyawã aym pewe teria koawaerami onhenbaepo djurua kuery mbya rekore.

TETCHÃIRE OMBA'APO VA'EKUERY DJOQUEROGUATA HAGUE HA'EGUI OPA'IA REGUA

Oikuaa pota wa'e – IdeiaSUS Fiocruz, oma'en wa'e, ho'anga wa'e, onhangareko wa'e, omoim porã awan odjou va'e SUS py waran, omomyin herawy, mbyrygua rewe ha'egui ko'i rupigua rewe guiwe oikuaa pota awan kowa'e arandu tetchã reko rupi ha'egui djaikoa, ha'egui oguerodjeapo nhemboaty nhemba'apoa ha'egui onhangareko wa'e tetchãire, djoupiwe hawi oin kowa'e nheba'poa premiada re.



Djopoudjawe oipe'a anga'a (*Marcus Vinicius Honorato da Silva*).

Tetchãire omba'apo wa'ema oiko raka'e onhangareko awan tetchãire omba'apo wa'ekuery, oikuaa pota wa'e, oiporu wa'e ha'egui pawem ikuai wa'e, oin porã awan nhemba'apoa regua, ha'egui odjou pota arandu ha'egui pawen arandu rewe, oetcha pota ayu ha'egui oikuaa pota hawi odjapo wa'ekue tetchãore ombae'apoa.

Onhembo'e rewe hawi oguerodjeapo paewen rewe djoapy odjekuaa awan arandu reko rupi odjeapo wa'ekue omba'apoa SUS py, odjapo'e djoupiwe ikuai wa'e, ywy rupa regua, oikuaa pota wa'e, nhoendu wa'e, djoapygua kuery ha'egui oiporu wa'ekuery. Kowa'e oguerodjeapoapy, onhanga reko wa'e kuery ojapo mombyry rupi riwe ranhe, djoapy onhemboaty IdeiaSUS rewe, ha'eguima onhemboaty djoapy hete Fiocruz Rio de Janeiro py, pawen ba'emo oguerodjeapo wa'ekue oetchakuaápy pawen djowaigui ombae'apo va'e kuery, oikuaa pota porã hetewe awan ha'egui

omoim porã hetewe awan, oguerodjeapo wa'ekue Cartografia social, Vigilância Social em Saúde, Cuidado em Promoção da Saúde, Ho'anga 2030. Ha'e'aryma oin hawi djoetchaá mombyrygui, tekoa Tarumã py pawen djoupiwe amab'apo wa'ekuery rewe coordenadoras IdeiaSUS pygua kuery, petin oikuaa pota wa'e Universidade Federal da Fronteira Sul ha'egui petein hupiwe oiko onhembo'e wa'e moan rekore ha'e wa'e universidade pygua hae.



Djoguery djawe Curadoria IdeiaSUS e equipe desta prática premiada Opy'ire tekoa Tarumã py (Ivy Karla de Aragão Martins Francisco).

Ha'ea ary hawi oguerodjeapo dju nhemboaty mombyrygui, odjapo awan pawen rewe kowa'e regua reko rupy Mokoin rupima ha'ewe kowa'e nhamoin awan, petein omoin porã haregua, odjapo hete wa'erã ha'egui, oguerodjeapo haregua omoin porã awan ha'egui odjekuaa awan, heta oin odjapo awan, oipe'a awan ha'anga, Vídeo Saúde Fiocruz pygua rewe, oin awan odjeapoá kuatiäre capítulo ombopara awan; nhopytyvon are regua ha'anga oipe'a awan (escrito, vídeo, áudio...) tetchã regua. Oin hawi

nhomokyre'yn'ha omombaretewe awan heta ikuai wa'e ko'i rupigua rewe, gestores municipais, regionais, da Sesai, lideranças indígenas, hospitais ko'i rupigua rewe, entidade nhopytyvon va'e rewe djoupiwe ikuai awan kova'e odjapo wa'e ogueraá awan onhembra'apoá ha'egui onhangareko hete awan pawen nhanere tarã kuery idjavire ha'egui SUS pygua kuery rewe hawi. Kowa'e ogueraá wa'e oin haema djoapy petein elemento omain porã wa'ekue kowa'e odjapo wa'ekue premiada.

Ha'e ary, omokyre'yn hawi odjapo awan ensino reguare – odjapoa-mbya rekoapy pawen tetchãire omba'apo wa'e kuery, oetchawi odjapo wa'ekue oetchakuaa awan oguerodjeapo pyau wa'ekue; omopu'ã bibliográfico ayu katu oin awan, oin hawi políticas públicas graduação py onhembo'e wa'e kuery rewe, omombaraetewe awan odjapoá SUS py, instituições de ensino rewe hawi oike, omainwedju hawi ogueraa wa'erã nhombo'eapy kowa'e wywre pawen ikuai wa'ekuary rewe onhembra'apo; nhomokyre'yn oguerodjeapoa tetchãi rekore oikuaa pota wa'e, otecha hawi oikuaa pota awan oiko hetea ha'egui onhembo'e awan anhetenguare, tetchãi rekore; pawen djoupiwe ikuaiá omombaraetewe awan kowa'e tetchãi reguare, omain pawen ikuai wa'e, tetchãire omba'apo wa'e, djoupiwe ikuai wa'e, gestores, pawe'in djoa pygua ha'egui mboruvitcha'i mbya ha'egui nhombo'ea tekoa pygua.

Ha'e Ary, oikuaa pota ha'egui oguerodjeapo sistematização omba'apoa regua, oendua gui, ayugui, heta rupi oetchaukaagui tekoa pygua kuery omain porã sistematização tetchãire rekore ha'egui Oscar Jara Holliaday ogueru wa'ekue, cartografia pawenre oma'en tetchãire regua koo wywre odjapo Tekoa Tarumã py hete'i.

Ha'ewyma kova'e oin wa'e odjekuaa porã Oswaldo Cruz odjapo wa'ekue mbaraete, IdeiaSUS hawi omombaraete hagai kowa'e odjapo wa'ekue hagai, ha'egui omain porãwe hawi formação acadêmica ha'egui cidadã, odjapo porãwe heravy nhombo'eapy universidade ha'egui pawen rewe. Ombodjekuaa porãwe odjapi wa'kue djoupiwe onhangarekoa tetchãire re, omombaraete hawi pawen rewe djoupiwe ikuai awan, municipal, estadua ha'egui federal do SUS ha'egui subsistema Mbya retchãi reguá, amandau retchãi reguare, Nhembo'ea, amboae reguá havi, SUS rami ha'egui i política oin porã heravy djoorami odjapo va'e.

Kowa'e Viés reguare, oin porã mboapy chave de acesso oikuaa awan nhombo'e porã haregua: chave oka rupigua, chave nhandereguaé, chave ywy rupa idjavire (Pedro; Stecanela; Pitano, 2021).

Ywy rupa reko regua iporã hawi oikuaa awan odjedjapo wa'e, ha'e tein, mbya ma'en haguima, ywyrupa, djaiko porã'á ha'egui nha ne-nhe'en rupa djoapy meme oin. Peitcha wyma djurua pe ba'e'yn rei'ran, tembi'u reko reguagui nhane amandau iky'a dja'e ramo. Kowa'e rupima odjekuaa arandu djaikuaa awan ha'egui pawen ha'e wa'e odjekuaa awan Paulo Freire idjayua rami ombopara'apy.

Omboae Katy ramo, 'chave de si' omain porã petein rami djai-kuaa awan, ba'eitchawypa mbya kuery djoapy ikuaia tekoapy wa'e, oin odjedjapoa pocessoe identitários, ha'egui ba'eitchawy tu imba'e hatchy ha'egui mba'eitchawytu omombaraete oiko retchã'i a ha'ekuery. Petein oetchauka, odjetchauka djave teatro py liderança kuery oguerodjeapo wa'ekue, nhombo'e wa'e kuery ha'egui kyingue tekoa Tarumã pygua kuery. Kowa'e oetchauka apyma odjekuaa porã, ko ymãgua arandu dad-jadjopoi ramo amboae rami reiran djaiko ha'egui dadjaiko porã weiran. Ymãgua ayú tembi'u reko regua nanha mboadjai ramo noin porãiran amandau retchã'i, ha'egui pawen tekoa pygua kuerype omondyipa ran.

Kowa'e reguare haewi, 'chave de rua' oetchauka hawi iporã wa'ea arandu rekore djaikuaa potaran. Kowa'e Curadoria pyma, odjekuaa hawi Mbya kuery onhembo'ea Tekoa Tarumã py ha'e wa'e onhembo'ea rupi odjedjapo hawi idjawiwe oikuaa pota awan, ha'e wa'e oin porã Freire idjayua rami Território Educativo. Ha'e Ary, acadêmica oiko hawi ha'e rupi wa'epe, oikuaa porã pota hete onhembo'ea rupi graduação odjapo-apy, universidade gui okapy, ogueru oikuaa pota awan Nhembo'e reko rupi ha'egui nholytyvon awan curso odjapoapy okora oin wa'e ary. Peitcha wyma mbya kuery okuaia'ipy odjapo porã inkuai awan djoupiwe. Ha'ewyma 'chave do mundo' regua, oikoa'igui odjekuaa ran nopena rei awan ha'egui oetchakuaa idjawiwe oikowe wa'e, peitchawy mbya kuery reguare oguero nhia'ã teri ombodje'opa he'yn awan mbya reko, ymã raima kowa'e regua oin ywy oipe'apa tche wa'e kuery Marco Temporal rami.

Kowa'e regua ayú oin wa'ekuegui ha'egui nhanhembo'eaguima, nhamoin hawirã amongue heta wa'ekuery mbya kuery pe doença porã'a.

Mbya kuery okuaa hae wa'eri, hatchy hawi odjekuaa porã awan djoupive tetchãire omba'apo wa'e kuery ha'egui amboae kuery.

Nhamoin amongue wa'e elemento: oatchaa, ho'angaá djaikoare djaikuaa pota'a. Ha'epy hete djaikoa, nanhapenarei ha'egui djaikuaa potaran djoorami he'yn teko oĩ'a regua amongue py oin porã djawe, nhemboaty tekoapy oin djawe djaikuaa awan, mbya kuery ma amboae'i ramidju ikuai. Oin djaikotche'a hay'in djawy'apa rewe. Ho'angaa ramigua da'ipoi amboae henda katyarami he'yn, mbya kuery ikuaiapy djoe openarei va'e da'ipoi. Djaikoama oin wa'e nhamoin porã ha'egui nhanhanga reko awan ywy rupa, ha'egui opa mba'e'i ikuai'i wa'e ko ywy rupa re, nhane ramõi djypy'i kuery ikuai Hague rami.

Tembi'u reko reguare onhembra'apo herawya rupi mbya omombe'uwu 'iporã wa'e'yn harami' djypy'i keramirei ranhe, naetchakã porã hawi ranhe, ha'e tein mbya kuery rembi'u reguare pawenrei oikuaa, mbya reko puma ayú rupi meme hae arandu omboatcha yma guive ayn rewe. Wa'eri oikuaa porã pota haguima hetchakãma herawy. Mbya kuery odjapo wa'epy, pawen idjayua rupi petein rami ogueraa, harewe haedjepe wa'eri ba'emo ombopara awan any ramo ha'anga ope'a awan da'ipoi tein py ha'ewe. Nhandereko regua tein kuation para rupi he'yn omboatcha. Tembi'u reko regua kuation para rupi ha'egui pawempe ombodjekuaa uka ramo, oetchauka odjerowia'a ha'egui djoapy onhembra'apo Hague.

Omoetchakã porã hawi, setor tetchãire pygua kuery oguerodjeapo hae wa'e ary, oindju hawi, setor de ensino onhembodja agui instituição pública de ensino superior kowa'e região pygua a'ei nhombo'e wa'ekuery omokyre'yn hawi omoara awan odjapo wa'ekue Congresso de Secretarias Municipais de Saúde de SC py. Kova'eguima oin porã ovaen awan oetchakuaapy ha'egui Curadoria py. Ha'eui kowa'e guima oin hatãwedju hawi Fiocruz ha'egui universidades pygua kuery rewe.

Kunhangue odjapo wa'ekue Projeto Projovem Campo Saberes da Terra tembi'u reko regua opa'iapy idjaju, petein tein odjetchauka harami hae ramo nanhapenairan, ha'egui djaikoa'i rami hae nhandereko djaiko wa'ema, tape iporãwe, djaupity awan ba'emo, dareiwe ha'egui teko ha'ã ramingua da'ipoyiwe. Djoupe nhaipytywo'in wa'ema nhanhopytywon riwewy he'yn, djaguata ha'ewearupi, ha'egui djaikoa ha'e oin porã awan – djaikoa oin porã. ayu djaikoa regua hae, petein oin ha iporã wa'e pawe

openareia he'yn. Idjaju hawi, odjapoa, onhangarekoa ha'egui omoim porã'a ha'e wa'e tembi'u reko regua iporã wa'e mbya tekoa Tarumã pygua kuery pe, wa'eri oikuaa hawi amboae tekoa pygua kuerugui onhemo'a randuvea rupi he'yn, petein tein raema oguerodjeapo oikuaá'irupi.

Peitchaarupi hawi, kowa'e djapy ikuai'i wa'ekuery, tory rupi, ayu katu pyry rupi, ikuai kuaa ha'irupi, djaikuaa ran kowa'e djatcha wa'ekue rupi ha'ewe oin awan idjawawe PB, DSEIs, Tekoa, djoapy ikuai'i wa'ekuery heta mbya mboae kuery pe, ha'ekuery reko rupi hae ha'egui inharandua'i rupi hae.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. (Coleção Saraiva de Legislação).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 jan. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 46-49, 31 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *O Humaniza-SUS na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2023].

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XIV Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 set. 1990.

DANTAS, V. L. A. Saberes emergentes de um processo coletivo de educação popular em saúde na convivência com o semiárido. In: DANTAS, V. L. A.; PULGA, V. L. (org.). *A produção de saberes emergentes na interface entre educação popular em saúde e a convivência com o semiárido*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. Trad. Maria Viviana V. Resende. 2. ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2022*. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/#/mapa/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MOSTRA Brasil Aqui tem SUS 17º. In: Congresso Nacional do Conasems, 36., 2022, Campo Grande. *Anais* [...]. Campo Grande: Uniderp, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova York: OMS, 1946. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-22006>. Acesso em: 21 mar 2023.

PEDRO, J. C.; STECANELA, N.; PITANO, S. C. Paulo Freire e o território educativo além muros da escola: três chaves de acesso a múltiplas dimensões de aprendizagem. *Rev. Educ. Emanc.* [S. l.], v. 14, n. 3, p. 205-232, 2021. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacao-emancipacao/article/view/18179>. Acesso em: 26 nov. 2023.

PITRE, P. G.; SILVA, A. R. Contribuições do novo constitucionalismo latino-americano para o debate do Marco Temporal para a demarcação de terras indígenas no Brasil. *Rev. Extraprensa*, v. 15, n. esp., p. 298-312, 2022.

SANTOS, M. *A natureza do espaço – técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. *A natureza do espaço – técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: EDUSP, 2006.



Cerimônia da Alimentação / Nhemongarai (*Andreia Moreira*).



Encontro da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz com equipe da prática, profissionais e gestores – Região Nordeste, Pólo Base Araquari – SC / Nhemboaty hetavae kuery kavae ré régua nhande kuery ré onhangareko awã (*Marcus Vinicius Honorato da Silva*).

Região Nordeste - Pilar, Alagoas



**IDENTIFICAÇÃO DE *CLUSTERS* E TREINAMENTO
EM SERVIÇO: ESTRATÉGIAS PARA ABORDAGEM DA
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PILAR, ALAGOAS**

IDENTIFICAÇÃO DE CLUSTERS E TREINAMENTO EM SERVIÇO: ESTRATÉGIAS PARA ABORDAGEM DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PILAR, ALAGOAS

Francinny Lima Wanderley da Rocha

Apolonio Nascimento

Clodis Maria Tavares

Eneayne Lays Albuquerque Santos

Fábio Brasil Fernandes de Araújo

Artur Custodio

Julia da Silva Barreto

Diana Damasceno de Brito

A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, uma bactéria que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. Tem como característica o acometimento dermatoneurológico, principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos. Geralmente, apresenta uma evolução lenta, gradual e progressiva, que, se não for detectada na forma inicial, pode tornar-se transmissível e evoluir com incapacidades físicas (Brasil, 2017).

É transmitida por meio de contato próximo e prolongado de uma pessoa suscetível (com maior probabilidade de adoecer) com um doente com hanseníase que não está sendo tratado. Normalmente, a fonte da doença é um parente próximo que não sabe que está doente, como avós, pais, irmãos, cônjuges etc. A bactéria é transmitida pelas vias respira-

tórias (pelo ar), e não pelos objetos utilizados pelo paciente. Estima-se que a maioria da população possua defesa natural (imunidade) contra o *M. leprae*. Portanto, a maior parte das pessoas que entram em contato com o bacilo não adoecem. É sabido que a susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer (Brasil, 2017).

Além disso, ela apresenta íntima relação com as vulnerabilidades das populações acometidas, percebida pela distribuição espacial da doença – endêmica em países subdesenvolvidos – e justificada pela perspectiva dos determinantes e condicionantes sociais em saúde, haja vista a diversidade de aspectos de ordem física, socioeconômica, cultural e psíquica que convergem de modo não linear e influenciam o desenvolvimento, a trajetória e o tratamento dessa doença. Desse modo, o perfil de usuários acometidos pela hanseníase está vinculado a empregos precarizados associados à baixa renda e a menores níveis de escolaridade, assim como a contextos familiares monoparentais, insegurança alimentar, más condições de moradia e saneamento básico, e baixo acesso a programas assistenciais. Isso também se relaciona com maiores possibilidades de transmissão e contágio. Ademais, a ausência de diagnóstico precoce e de incentivo a pesquisas científicas, a subnotificação e a descontinuidade de tratamento tornam evidente a negligência com essa patologia, visto que, apesar de possuir protocolos diagnósticos e terapêuticos já estabelecidos, ainda hoje, a hanseníase representa um desafio para o sistema público de saúde do País (Lopes, 2014).

Desse modo, tal patologia é uma endemia com extrema relevância, visto que, além de possíveis incapacidades físicas, essa também é responsável por acarretar limitações nas atividades diárias, diminuição da capacidade laboral, restrição à participação social, estigma e discriminação (Brasil, 2019).

Outrossim, essa estigmatização da doença foi construída desde os tempos bíblicos, nos quais a ‘lepra’ era considerada um castigo divino, que culminava na humilhação e na percepção de condenação do enfermo (Carvalho, 2004). Assim, entre todas as doenças “conhecidas”, era a única grave que não se curava nem matava, sendo considerada a “aristocrata das doenças”: a mais velha e a mais misteriosa da história da medicina (Ducatti, 2009, p. 71).

Eidt (2004), porém, esclarece que ‘lepra’ era o termo utilizado para referenciar doenças de pele que supunham ser idênticas ou até mesmo parecidas com a hanseníase. No entanto, esse termo deixou de ser utilizado em 1873, quando o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen identificou a bactéria como a causadora da hanseníase.

Sendo assim, compreender a dinâmica da doença no território por meio de dados epidemiológicos é fundamental para o delineamento de ações estratégicas visando o enfrentamento da doença.

O MUNICÍPIO DE PILAR, ALAGOAS

A cidade de Pilar surgiu no século XIX, de um engenho que pertenceu ao espanhol José de Mendonça Alarcão Ayala, ancestral do Barão de Mundaú. Segundo a tradição, o nome do município tem origem na lenda do aparecimento de uma imagem de Nossa Senhora em um pilar, nos arredores do povoado. Ainda segundo a lenda, que influenciou na alta religiosidade presente em todo o município, a santa foi retirada e colocada em uma capela, surgindo, tempos depois, no local primitivo. Outros historiadores, porém, afirmam que a padroeira da cidade foi trazida pelo espanhol José Ayala de sua terra natal. Com o progresso, foi elevada à categoria de vila em 1857. Em março de 1872, a Lei nº 624 elevou Pilar à condição de município.

Pilar localiza-se a 09° 35’ 50” de latitude e possui uma área de 249 km², situando-se na parte leste do estado de Alagoas e pertencendo à Zona Fisiográfica do Litoral. Está posicionado a 8 metros acima do Nível do mar e distante de Maceió a apenas 37 km. O principal acidente geográfico de Pilar é a Lagoa Manguaba ou do Sul (como era conhecida) e, também, o nome indígena de Paraigera, que margeia a cidade com seus 5 km de largura, por 28 km de extensão, sendo a segunda maior lagoa do País e de grande importância socioeconômica para a vida da cidade desde os tempos da povoação. O clima do município é típico da zona do litoral, sendo quente-úmido no verão e frio-úmido no inverno. No verão, a temperatura chega a 36 °C, e no inverno, a temperatura mínima chega a 20 °C (IBGE, 2010).

As principais riquezas naturais de Pilar são tiradas do nosso solo por meio das Reservas de Gás Natural e Petróleo exploradas pela Origem, por intermédio da Unidade de Processamento de Gás Natural (UPGN). Do Vale das Marrecas, onde estão os Mananciais de Água que abastece Pilar, do antigo Xiriri, brota a fonte de água mineral Dias D'Ávila, que é outra riqueza natural; bem como as palhas de Ouricuri, que são empregadas na fabricação artesanal de 'vassouras de palha', gerando renda para as famílias do Alto do Santo Cruzeiro.

Além disso, a cidade apresenta uma forte tradição religiosa, atualmente o Cruzeiro é destaque com uma grande imagem da padroeira da cidade, Nossa Senhora do Pilar, e mais recentemente foi autorizada o início das obras do maior Cristo Redentor do mundo. O notável desenvolvimento do turismo religioso potencializa a promoção de locais sagrados e destinos religiosos para atrair peregrinos, fiéis e turistas que desejam explorar a herança espiritual, histórica e cultural.

A Rede de serviços da saúde vem se estruturando e ganhando destaque no estado de Alagoas. Com investimento de mais de R\$ 57 milhões de recursos próprios, o município está construindo o Hospital do Futuro, com estrutura de alta tecnologia que beneficiará a população pilarense e toda a região metropolitana de Alagoas, localizado às margens da BR-316, e contará com 159 leitos, sendo 10 de Unidade de Terapia Intensiva.

Em relação às características socioeconômicas, tem-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que mede o nível de desenvolvimento humano dos países, estados e municípios utilizando como critérios indicadores de educação, alfabetização e taxa de matrícula, longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O Índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total), sendo que IDH superior a 0,800 tem um desenvolvimento humano considerado alto, de modo que o município em questão ocupa a 12^a posição em relação aos municípios alagoanos, sendo seu IDH correspondente a 0,610 (IBGE, 2010).

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), tal município apresenta uma população

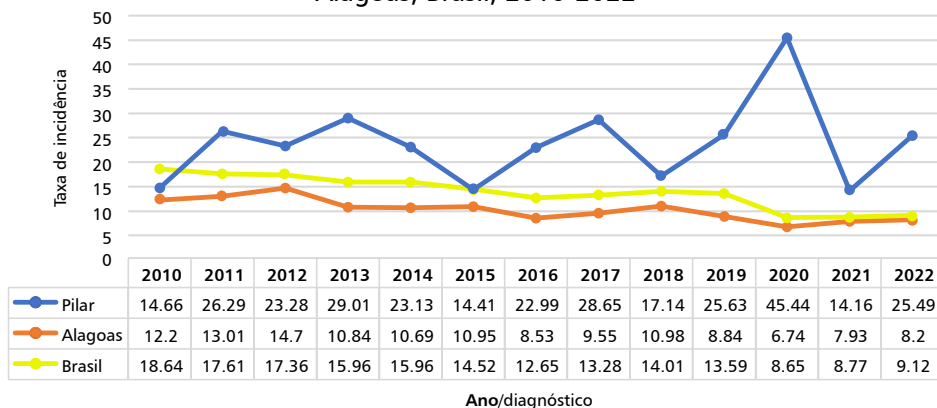
estimada de 35.370 habitantes, teve seu desenvolvimento populacional iniciado nas margens da lagoa Manguaba, a qual possui casarios coloniais do início do século passado, sendo assim a área mais antiga do município, que atualmente comporta o bairro do centro. Com o passar dos anos, o território se expandiu para o bairro da Chã do Pilar, que se localiza na parte alta da cidade. Em uma análise demográfica a partir de dados obtidos pelo Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) do município, observa-se que a média de idosos por Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 7,69%, sendo que a parte baixa, acompanhada pelos PSF 1 e 2, compreende cerca de 20,31% de toda a população idosa do município; já na parte alta há a concentração da população mais jovem e economicamente ativa.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO

Devido à alta taxa de incidência da hanseníase em Pilar, o município está classificado como prioritário para as ações voltadas ao enfrentamento dessa doença, sendo essa classificação realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (Sesau), após a análise de indicadores epidemiológicos.

Um estudo comparativo entre os dados municipais, estaduais e nacionais, revela que a taxa de incidência da hanseníase em Pilar supera significativamente as médias de Alagoas no intervalo entre os anos de 2010 e 2022; enquanto fica abaixo dos números nacionais, apenas nos anos 2010 e 2015. Tais informações corroboram a perspectiva da endemia da doença no município, assim como podem refletir a capacidade de detecção de casos deste, visto que, como já citado anteriormente, a subnotificação é um dos grandes obstáculos para o enfrentamento da patologia.

Gráfico 1. Taxa de incidência de hanseníase por 100 mil habitantes, Pilar, Alagoas, Brasil, 2010-2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS (2023).

Diante disso, o município, desde o ano de 2013, vem desenvolvendo ações preventivas e educativas com os profissionais da atenção primária, visando sensibilizá-los no aumento da detecção oportuna de casos de hanseníase. Essas ações foram realizadas por meio de capacitações, atualizações com todos os profissionais de saúde do município, com atuação também com os escolares mediante busca ativa de dermatoneurólogos. O Ministério da Saúde enfatiza a realização das ações de promoção e prevenção a determinados agravos e doenças nos estados e municípios, utilizando os marcos comemorativos relacionados com os meses do calendário anual. A hanseníase tem uma maior mobilização social no mês de janeiro, denominado de Janeiro Roxo, que é o último domingo de janeiro que relacionamos ao Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase instituído pela Lei nº 12.135, de 18 de dezembro de 2009.

Em dezembro de 2019, a Coordenação da Vigilância Epidemiológica, observou a necessidade de avaliar os dados epidemiológicos e propor alguma estratégia diferente e inovadora, utilizando para isso metodologias inicialmente que permitissem uma melhor compreensão do comportamento da doença, observando, assim, a distribuição espacial da doença no município. A primeira reunião foi com a professora enfermeira doutora Clodis Tavares, que, ao longo dos últimos anos, esteve presente no município nas diversas ações de promoção à saúde. Precisávamos analisar a distribuição geográfica e temporal da hanseníase no município do Pilar, e alguns questionamentos

foram feitos: será que o comportamento da doença era igual em todas as áreas adscritas das ESF do município? Qual era, considerando que a maioria dos casos novos eram multibacilares, a real taxa de detecção da doença? Éramos um município com alta incidência?

A PRÁTICA

Com a aproximação do mês de mobilização para ações da hanseníase e as reflexões supracitadas, foi definida como proposta de trabalho uma explanação nas ESF a respeito da situação epidemiológica no município.

Visando melhor compreensão a respeito da epidemiologia da doença e, conseqüentemente, a obtenção de um melhor desempenho das ações para o seu controle no município, realizamos o desenho da prática baseado em um estudo descritivo, com a construção de indicadores epidemiológicos de controle, contemplando uma análise de série histórica no período de 2010 a 2019, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), tabulando e organizando as informações por meio do Tabwin e de planilhas do Excel® respectivamente, em que elaboramos um boletim epidemiológico municipal da hanseníase. Posteriormente, os casos foram distribuídos de acordo com a posição geográfica, identificando assim as áreas de alto risco para hanseníase, as quais correspondiam a localidades adscritas de duas ESF vizinhas, a ESF 05 e a ESF 11. Assim, foram descritas as áreas de *clusters* em Pilar.

Esses – também denominados de aglomerações – foram definidos como uma coleção ou características de eventos que são agrupados no espaço e no tempo. Na saúde pública, uma das principais utilizações do *cluster* é verificar ‘o onde e o quando’ de determinados fenômenos de saúde ou preditores de risco, ou ambos. Portanto, abordagens estatísticas que sustentem evidências de que os agregados identificados têm contornos além das expectativas e além do que pode ser explicado pelo simples acaso podem revelar-se de grande importância e úteis, tendo grande potencial para apoiar a tomada de decisões. A aplicabilidade do *cluster* permite uma maior precisão e segurança das decisões e da intervenção perante elaboração de medidas de controle, conduzindo a uma maior efetividade nas ações, aumentando os benefícios da intervenção (Alexander; Cuzick, 1992; Buehler *et al.*, 2004).

Figura 1. Município de Pilar, Alagoas, com distribuição da rede de serviços de saúde com destaque na área de *cluster*, correspondente à ESF 05 e à ESF 11



Fonte: Google (2023). Google Earth [Versão: 7.3.6.9345 (64-bit)].

Verifica-se que, entre as 13 ESF presentes no município, há 1 área de *cluster*, que, por sua vez, é caracterizada por apresentar 34,48% dos casos diagnosticados no período de 2013 a 2019. De acordo com a classificação operacional da doença, a maioria dos casos é da forma multibacilar (MB), correspondente a 61%, que, por seu turno, são os pacientes transmissores, o que demonstra ainda que a maior parte dos casos foi diagnosticada tardiamente, correspondente a 94,4% dos pacientes, dos quais, na avaliação de incapacidade, 17% já apresentam incapacidade.

Essa área também apresenta diagnóstico de crianças menores de 15 anos, que, por sua parte, demonstra que há uma maior endemicidade da doença. Outra informação relevante é que 92,74% dos contatos registrados foram avaliados, porém, pontua-se que essa avaliação apresenta uma fragilidade, uma vez que a recomendação do Guia de Hanseníase (Brasil, 2017) é a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos cinco anos, de todos os contatos domiciliares e

sociais que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial, independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou MB. Entretanto, na prática, somente os contatos domiciliares são registrados, e essa avaliação acontece somente no período do tratamento, não sendo realizado posteriormente conforme o recomendado.

Após identificar o *cluster*, realizamos a divulgação da estratégia a ser realizada no município com os profissionais de saúde, solicitamos o apoio das demais ESF e realizamos visita *in loco* às ESF do *cluster* para apresentar o boletim epidemiológico. Com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizamos a identificação dos contatos dos pacientes atingidos pela hanseníase diagnosticados nos últimos cinco anos; estes foram previamente convidados e esclarecidos sobre a importância de eles participarem da estratégia de reavaliação dos contatos.

No entanto, decretada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia de Covid-19 – com a rápida disseminação do vírus Sars-CoV-2 – trouxe altas taxas de adoecimento e morte, as quais provocaram um colapso na saúde global em decorrência da sobrecarga de demanda em curto espaço de tempo, representando um momento de indecisões e incertezas.

Desse modo, o manejo da hanseníase em território nacional foi impactado, havendo, nesse ano, uma significativa redução na taxa de detecção da hanseníase na população geral e em menores de 15 anos, o que pode representar a subnotificação e, também, um atraso no diagnóstico da doença em pessoas mais jovens, aumentando, assim, os riscos para o desenvolvimento da forma mais grave da doença (MB) e de incapacidades físicas altamente estigmatizantes. Além disso, relatou-se um aumento relativo no número de casos de hanseníase MB diagnosticados em 2020, refletindo um possível diagnóstico tardio (Paz, 2022).

Já no município, apesar da insegurança que permeava os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciamos uma nova forma de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A Vigilância em Saúde (VS) foi a responsável pela elaboração do plano de contingência contra a Covid-19; e, em uma construção com os profissionais de saúde da APS, definimos como seriam os atendimentos aos

usuários nas ESF. Dessa forma, os grupos prioritários continuariam a ter seu atendimento, mas de forma diferenciada, a saber: aos usuários das Unidades Básicas de Saúde acometidos por doenças crônicas negligenciadas – tuberculose e hanseníase –, os atendimentos seriam agendados em sua totalidade com horário marcado, a fim de evitar aglomerados na sala de espera, uma vez que restringir os atendimentos ou até mesmo somente realizar a disponibilização do medicamento fragilizaria o programa de controle dessas doenças. Acredita-se que, como o município estava vivenciando um processo de sensibilização acerca da hanseníase na gestão municipal da saúde, houve uma rápida resposta nos processos de decisão da gestão, que ocasionou na proteção dos grupos vulneráveis com doenças como hanseníase e tuberculose durante a pandemia, não havendo descontinuidade na rede de cuidado aos pacientes atingidos por tais doenças.

Passados os primeiros meses da pandemia de Covid-19, algumas rotinas dos serviços de saúde foram, aos poucos, sendo retomadas, tais como os atendimentos de atenção secundária com os médicos especialistas. O município recebeu a proposta de atendimento do médico dermatologista Dr. Apolônio Nascimento, que, por sua vez, apresentava um vasto conhecimento sobre a hanseníase, desde o diagnóstico até o acompanhamento e tratamento. Ele foi encaminhado para a vigilância epidemiológica, e foi realizada uma apresentação sobre a atual situação da hanseníase no município, de modo que os indicadores epidemiológicos apontavam uma alta taxa de detecção de casos, em sua maioria a forma MB, correspondendo a 60% dos casos, demonstrando que o diagnóstico era tardio.

Além disso, a avaliação de incapacidades na cura foi classificada como precária, correspondendo a 73% de avaliação realizada. Em relação à avaliação de contatos, apesar de a maioria deles ser avaliada no município, essa avaliação ocorria apenas no ano do diagnóstico do paciente, não correspondendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é a avaliação dos contatos nos cinco anos posteriores ao diagnóstico. Assim, percebemos que esse precisava fortalecer a rede de cuidado, com ações voltadas à detecção precoce dos casos, à avaliação do grau de incapacidade na cura e ao delineamento de um plano de acompanhamento voltado à vigilância dos contatos.

Ademais, foram relacionados os serviços de saúde do município e como estava delineada a rede de cuidado da pessoa atingida pela hanseníase, de modo que a APS foi identificada como a porta de entrada preferencial de usuários e estratégia fundamental para o cuidado em hanseníase, dada a sua atuação altamente eficaz e eficiente em relação às principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar.

Ainda, a APS é custo-efetiva, pois há evidências de redução de gastos totais em saúde e melhoria da eficiência, por exemplo, no que se refere à diminuição das internações hospitalares. As complexas necessidades de saúde exigem uma abordagem multissetorial que integre: políticas de promoção da saúde e prevenção; soluções que atendam às comunidades; e serviços de saúde centrados nas pessoas. A APS também inclui os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional de medicamentos e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo a VS (Brasil, 2022).

Assim, decidiu-se que as 13 ESF seriam o local de atuação da prática, em que se realizou um treinamento em serviço para os profissionais de saúde – entre médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais –, objetivando aperfeiçoar o manejo clínico da doença e possibilitando a longitudinalidade do cuidado. Com o apoio do dermatologista sanitário, aulas teóricas em regime de exposição dialogada foram ministradas, versando sobre aspectos clínicos, epidemiológicos, laboratoriais e operacionais, seguidas da realização de aulas práticas com a equipe e com os pacientes da área adscrita.

Uma vez que os profissionais foram devidamente capacitados, os atendimentos continuaram sendo realizados, mas, dessa vez, assistenciados, de fato, pelo hansenólogo. Isso demonstra um diferencial positivo para Pilar, visto que esse profissional foi inserido na equipe antes de a Portaria nº 365, de maio de 2023, entrar em vigor, que preconiza a inserção do hansenólogo na chamada equipe Multiprofissional Complementar na Atenção Primária à Saúde – eMulti, evidenciando, assim, um grande apoio e um vanguardismo do município em relação ao enfrentamento da doença. Sobre essa ação, o hansenólogo explica:

A gente fez primeiro uma parte de capacitação teórica, dividindo por grupos de unidades e depois a prática em cada unidade, depois que fizemos todas as 13 unidades do município, começou esse serviço de assistência às ESFs, praticamente eu faço parte de todas as equipes, até visita domiciliar eu faço, quando tem algum caso suspeito ou para fazer avaliação pós alta. Então assim, eu faço um atendimento aqui um dia pela manhã, de dermatologia para o município, e duas tardes eu vou nas unidades; quando a gente tem caso suspeito, caso confirmado ou reação hansênica eu venho na unidade e aí atendo junto com os profissionais, geralmente médico e enfermeiro juntos, aí a gente vê aquele caso, se é um caso diagnóstico. Examinamos os contatos juntos, [...] eu nunca atendo sozinho, eu não acompanho pessoalmente nem tratamento, nem tratamento de reação, eu acompanho junto com os profissionais de cada unidade, então quando tem um agendamento eles me avisam e eu venho. Então, basicamente, isso aqui dá um fortalecimento muito grande aos profissionais da unidade de saúde, para poder eles terem autonomia também de diagnosticar e acompanhar a situação do paciente. [...] Pouco a pouco, de vez em quando, a gente faz uma revisão, reúne o grupo, faz uma revisão teórica, principalmente porque tem um certo movimento, uma certa migração de profissionais, profissionais novos que chegam e aí a gente faz de vez em quando uma capacitação teórica pra poder abranger para outros profissionais. E aí assim, como o nosso trabalho é contínuo, a nossa capacitação também é contínua e o trabalho é coletivo. (Apolônio Nascimento – hansenólogo).

Nesse sentido, é possível perceber que a inovação e os resultados advindos de tal prática consistiram no conjunto de ações que refletiram em uma ação direcionada e altamente eficaz, convergindo a epidemiologia e a educação continuada no modelo de capacitação em serviço, que é uma importante ferramenta para garantia de melhoria na qualidade do atendimento, segurança do paciente, atualização de conhecimento e desenvolvimento de habilidades dos profissionais, como o hansenólogo traz:

Qual o ponto positivo dessa capacitação em serviço? ‘O profissional de saúde capacitado, ele se torna muito mais seguro em fazer a suspeição diagnóstica em hanseníase’, então, é, a estratégia tem dado muito bom resultado no segmento dos casos, não tem mais casos sendo encaminhado para a referência estadual, todos os casos estão sendo resolvidos aqui. (Apolônio Nascimento – hansenólogo).

Além disso, a respeito de toda a prática, profissionais de saúde que atuam nas áreas de *cluster* do município destacam a eficácia do treinamento em serviço:

Sou Maria José, enfermeira da unidade de saúde PSF 11, trabalho aqui há vários anos, tenho uma área muito extensa e fiquei muito feliz em ser uma das equipes a ser contempladas de um treinamento em serviço, que foi muito importante, [...] pra gente tentar diagnosticar, descobrir casos de hanseníase. Fiquei muito feliz e assim, vi que teve um aproveitamento muito bom, enquanto eu profissional da equipe e até mesmo assim, pra minha área [...] a gente descobriu nesse treinamento alguns casos de hanseníase e com ajuda do Dr. Apolônio a gente conseguiu fazer um trabalho que teve êxito e assim, a abordagem, pra mim foi muito positiva, a gente trabalhar nessa questão de treinamento, porque realmente isso aí pra o profissional é muito importante, a gente se sente muito realizada com relação ao que acontece na área e quando a gente consegue fazer parte desse serviço e colocando assim algumas situações que a gente possa ajudar e a diagnosticar casos, realmente enquanto profissional é muito gratificante. (Maria José – Enfermeira da ESF 11).

Oi gente, boa tarde, meu nome é Ilma, eu sou enfermeira da estratégia de saúde aqui do município do Pilar e nós somos treinados, capacitados, enquanto profissionais da atenção básica no serviço, recebemos um dermatologista, especialista em hanseníase e ele fez um treinamento em serviço para todos os profissionais da estratégia, com esse treinamento nos sentimos capacitados à detecção mais breve possível dos casos

de hanseníase na nossa área, e é isso que nós temos feito, nós temos procurado detectar o mais precocemente possível esses casos, para que eles recebam tratamento adequado e oportuno’.
(Ilma Falcão – Enfermeira da ESF 05).

É importante ressaltar que ações envolvendo a equipe multiprofissional se tornam uma experiência mais positiva para os usuários, que se sentem mais confortáveis e confiantes em relação ao seu cuidado, ajudando o paciente a lidar melhor com a doença, diminuir o estigma e aderir ao tratamento, podendo, assim, prevenir complicações em longo prazo e fazer com que ele tenha uma melhor qualidade de vida. Esses benefícios são perceptíveis na fala de uma das usuárias que foi diagnosticada a partir das ações realizadas em uma das ESF do *cluster*:

Eu achei vergonhoso, ‘mas foi bom, que detectou logo no começo, antes que piorasse’, eu acho importante, eu tô mais tranquila né, mas no começo eu tive medo por causa da minha gestação, que eu ainda fiquei com medo de tomar o medicamento, mas ele [médico] me explicou que não fazia mal algum, e mesmo depois que o bebê nascesse eu poderia continuar tomando, que também não fazia mal, todo mês eu tô lá no PSF e a enfermeira sempre pergunta tudo, se eu tô sentindo alguma coisa, aí eu digo a ela que eu não tô sentindo nada, aí eu tomo o medicamento lá no posto e ela ainda me dá uma cartela.
(JUV – Usuária da ESF 05).

Durante o treinamento prático que ocorreu com médicos e enfermeiros, foram avaliados 78 usuários, os quais evidenciaram um aumento no coeficiente geral de detecção, com a maior incidência dos últimos 10 anos (45,44%), indicando que o nível de endemia foi de alto a hiperendêmico. Além disso, como frutos de tal ação, na área do *cluster*, foram reavaliados 29 contatos dos pacientes diagnosticados nos últimos cinco anos, confirmados quatro novos casos, correspondente a 33% dos casos de 2020 em apenas um dia de busca ativa. Assim, torna-se perceptível que priorizar as ações de assistência por meio de treinamento em serviço aos profissionais da assistência garante uma maior adesão e mobilização dos participantes para atender de forma integral os pacientes.



Mobilização na área do cluster – ESF 11 (arquivo pessoal dos autores).



Treinamento em serviço na área do cluster – ESF 05 (arquivo pessoal dos autores).

O trabalho foi considerado inovador e eficaz, visto que as estratégias favorecem, além da execução da proposta de trabalho, o diagnóstico da situação das ações de controle da hanseníase, incluindo a principal fragilidade do serviço que se refere ao diagnóstico tardio entre contatos. A estratégia inova ao atingir principalmente os profissionais de saúde, colocando-os diante de uma doença endêmica, com o propósito de capacitá-los no atendimento de acordo com protocolos. Além dos benefícios trazidos para os profissionais, muitos casos e contatos puderam ser

adequadamente atendidos e tratados. Conclui-se que a construção e a análise dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase são fundamentais, sendo de extrema importância a identificação dos possíveis *clusters* devido à manutenção de elevadas taxas de detecção, refletindo a real situação da doença, apontando a necessidade de priorizar o planejamento de intervenções estratégicas e o monitoramento mais efetivo, promovendo, assim, maior impacto nas mudanças do quadro epidemiológico.

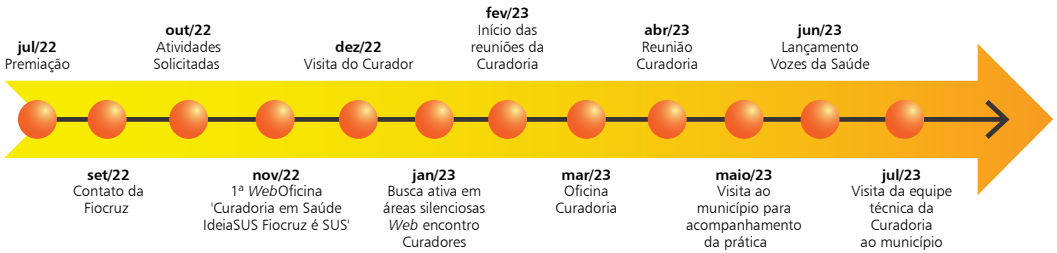
A CURADORIA

Durante o XXXVI Congresso Conasems, realizado no ano de 2022, ocorreu a 17ª Mostra Brasil aqui tem SUS, no qual os municípios com as experiências selecionadas por cada Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) realizaram a respectiva apresentação. O município do Pilar, Alagoas, com a prática apresentada, recebeu o 1º Prêmio IdeiaSUS Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia, que contemplou ao município uma Curadoria em Saúde pelo período de 12 meses, a publicação de um livro sobre a prática e o processo de Curadoria em Saúde e um *WebDoc* relatando a experiência premiada.

Com a dinâmica diária de rotinas e serviços do SUS no território, muitas vezes não paramos para escrever, para contar os desafios, as angústias e até mesmo para relatar tantas inovações que o SUS proporciona para a população. Receber um prêmio de uma instituição pública de grande credibilidade e visibilidade como a Fiocruz, é um reconhecimento das ações e estratégias realizadas nos serviços de saúde com excelência, no âmbito da esfera municipal territorial do SUS, por fim é a concretização que nosso trabalho trilha no caminho certo.
(Francinny Wanderley).

Abaixo, apresentamos a linha do tempo contemplando os principais fatos e acontecimentos em uma sequência linear, de acordo com a data de desenvolvimento da Curadoria.

Figura 2. Linha do tempo Curadoria em Saúde – IdeiaSUS Fiocruz



Fonte: elaboração própria.

No primeiro contato da equipe da Fiocruz, foram encaminhadas orientações sobre as atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Curadoria. Visando alinhar os conteúdos, levantar expectativas e disponibilizar leituras sobre o tema, foram apresentados, assim, a Plataforma IdeiaSUS, a Comunidade de Práticas (CoP) e o Fórum Saúde e Ambiente. Iniciava-se, dessa forma, um processo de produção de conhecimento, encontros e troca de saberes sobre as práticas de saúde do SUS.

Durante a 1ª WebOficina 'Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz é SUS', realizamos apresentação da prática e conhecemos sobre o projeto Curadoria em Saúde, que, por sua vez, apresenta-se como o ato de apoiar e acompanhar os autores das práticas e as equipes envolvidas para qualificação da ação e do processo do trabalho executado, visualizando as diversas possibilidades e potencialidades do trabalho no cotidiano do SUS municipal, por meio da dinamização e qualificação do processo, ampliando sua visibilidade e fazendo um convite para o processo de reflexão crítica.

Ao município, foi apresentado o Curador Artur Custódio, que faz parte do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) – que, no mês de dezembro do ano de 2022, realizou uma visita ao município do Pilar-AL. Na oportunidade, foi abordado sobre a rede de cuidado da hanseníase no município, bem como dialogamos sobre a prática premiada e realizamos uma reunião em uma ESF, com o objetivo de sensibilizar profissionais e pacientes para o pré-núcleo do Morhan municipal. Alguns acontecimentos chamaram atenção: um dos pacientes presentes na reunião relatava muitas dúvidas acerca da doença, mesmo já estando no final do tratamento. Ora, como um paciente que tem parentesco primário com um profissional de saúde, que realizou

um tratamento diário diretamente supervisionado, finalizando um tratamento, tem dúvidas acerca da doença? Os esclarecimentos acerca da doença estão sendo fornecidos aos usuários na suspeita e no diagnóstico? Como será a abordagem aos pacientes?

Outra reflexão do Curador nesse primeiro momento baseou-se no fato de que o município apresentava um *cluster* em uma área adscrita de duas ESF, porém, ao realizar a distribuição espacial de pacientes diagnosticados ao longo de 10 anos, percebeu que havia unidades que não relatavam casos diagnósticos de hanseníase. Seriam estas áreas silenciosas? Assim, como se aproximava o mês de mobilização, janeiro, o município elaborou a estratégia inversa à dos *clusters* realizada no ano anterior, de modo que executamos – nessas ESF, correspondentes às ESF 01 e 02 – busca ativa nessas áreas ditas até então silenciosas, que se localizam no centro do município. Como resultado, teve-se a avaliação de 32 usuários que, por sua vez, foram casos suspeitos e contatos dos pacientes diagnosticados nos últimos cinco anos; no entanto, nenhum caso novo foi identificado.



Hansenólogo realizando avaliação dermatoneurológica na enfermeira da ESF 01, prática inversa, Pilar, Alagoas, 2023 (arquivo pessoal dos autores).

A partir disso, considerando a etimologia da palavra ‘curadoria’ – que encontra suas raízes no latim *curator* e significa ‘aquele que administra’ e ‘aquele que cuida com apreço’ –, no contexto específico desse trabalho em Pilar, a Curadoria procurou estabelecer uma relação igualitária entre todos os envolvidos. O Curador enfatizou que essa era

sua primeira experiência nessa função e que se tratava de um processo de aprendizado coletivo, que a Curadoria era um prêmio da prática, mas que o Curador e sua equipe se consideravam premiados também.

A dinâmica dos encontros entre a equipe da Curadoria – Artur Custódio como Curador, e Julia Barreto e Diana Brito como assistentes – e a equipe da prática ocorreu a partir de grupos de WhatsApp, que auxiliavam na organização do cronograma e no fomento de discussões, e reuniões virtuais mensais, iniciadas em fevereiro, algumas das quais foram gravadas e serviram como base para transcrições. Assim, o processo de curadoria em saúde – como apresentado na oficina realizada em março de 2023 no Rio de Janeiro – foi sendo construído, de modo que o registro da prática, como explicitado anteriormente, foi capaz de ser formado, assim como a sistematização de sua trajetória, o que contribuiu para o entendimento de potencialidades dessa e, também, de obstáculos a serem superados para a consolidação da prática no município, como a descentralização, a necessidade de intersetorialidade e a ampliação da comunicação entre a Vigilância Epidemiológica – que idealizou a prática – e a Atenção Primária, que a sediou.

A Integração das ações de VS com a Atenção Básica (AB) é necessária para a integralidade da atenção à saúde, porém, continua sendo um desafio do SUS. Essa temática se fez presente nas reuniões da Curadoria, e é evidente a necessidade dessa articulação para identificação de problemas de saúde nos territórios e realização de planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária. Precisávamos envolver a gestão da AB haja vista a hanseníase ser um problema de saúde pública, logo, mostrava-se essencial a realização das ações de promoção e prevenção à saúde. Decidimos, então, retomar a prática nos territórios das ESF, que se realizou no período de maio a agosto de 2023, em que os ACS realizaram busca ativa utilizando o questionário de suspeição da hanseníase, ferramenta criada pela Universidade de São Paulo que aumenta 15 vezes as chances do diagnóstico precoce da hanseníase, acelerando, assim, o seu tratamento e evitando as sequelas incapacitantes da doença. Sendo assim, foi realizada a reavaliação de contatos de hanseníase dos últimos cinco anos e avaliação de casos suspeitos provenientes da busca ativa, sendo examinados 127 usuários.

A gestão da saúde elabora sua programação anual de saúde de acordo com os indicadores pactuados e com a necessidade de saúde da população. Muitas vezes, a epidemiologia do município não apresenta tantas mudanças; e, anualmente, é necessário ações de promoção da saúde, principalmente quando estamos diante de doenças negligenciadas. Sendo assim, percebemos que as ações, as práticas que tiveram êxito, precisam ser internalizadas nas rotinas do serviço de saúde, de modo a fazer parte da programação anual de rotinas e serviços, devendo a Gestão apoiar essas programações. É necessário o fortalecimento da educação permanente dos profissionais de saúde, com a oferta de capacitações e atualizações.

Sabendo que o treinamento em serviço para a hanseníase se mostrou eficaz, resolvemos aplicar um questionário aos profissionais da AB, abordando sobre a percepção dos profissionais da AB acerca de formas efetivas de capacitação em temáticas de saúde e desenvolvimento de práticas de saúde, com o objetivo de aperfeiçoar as futuras capacitações ofertadas. Como resultado dessa pesquisa, tem-se: em relação ao local de realização das capacitações, 77,8% acreditam que a unidade de saúde ou um espaço na proximidade é uma metodologia eficaz; quanto à a realização rotineira de educação permanente em temáticas da saúde, 66,7% não realizam; quando as perguntas são sobre a prática da hanseníase, 78% avaliaram como muito bom e bom a metodologia de capacitação teórico-prática, e 81,5% perceberam mudanças na sua prática profissional após a capacitação em serviço. Sendo assim, devemos ofertar o treinamento em serviço para as demais temáticas da saúde uma vez que as ESF não realizam de forma rotineira a educação permanente.

Diante disso, como potencialidade, visualizamos a possibilidade da formação de um Grupo de Apoio ao Autocuidado em Hanseníase (GAC) para pacientes, ex-pacientes e familiares das pessoas atingidas pela hanseníase, tendo esse como objetivo principal a troca de experiências entre pessoas atingidas pela doença, que desejam passar pelo processo de tratamento acompanhadas por profissionais e pessoas que também enfrentam a doença. Além de contribuir para melhor adesão ao tratamento, também é uma ferramenta essencial para diminuição de incapacidades físicas, melhora a autoestima, incentiva o autocuidado e estimula a busca pelo conhecimento, assim, diminuindo o preconceito à doença (D'Azevedo *et al.*, 2018). Além disso, os GAC trabalham também à reabilitação socioeconômica, oferecendo

cursos que criam oportunidades para que as pessoas entrem no mercado de trabalho, contribuindo para melhor qualidade de vida de suas famílias e se tornando integrantes financeiramente independentes, para que a cura da doença seja efetiva às pessoas que precisam voltar a ter saúde, mas também ter condições socioeconômicas para viver de forma digna (Pinheiro *et al.*, 2014).

O município recebeu a visita da equipe técnica da IdeiaSus Fiocruz, que conheceu um pouco da cultura do município, a rede de serviços de saúde, realizou a visitação *in loco* à ESF 05 na área do *cluster*, visualizando a operacionalização da prática premiada.

Desse modo, todo o processo de curadoria se concentrou em respeitar o tempo necessário para o desenvolvimento do grupo e na construção de laços afetivos e cumplicidades, o que, apesar de ter resultado em atrasos no cronograma de produção do texto final, foi considerado crucial. Durante o processo, houve um esforço significativo para compreender a maioria das oportunidades, conjunturas, circunstâncias e o papel desempenhado pelos líderes, indivíduos e organizações. Isso permitiu que todas as potencialidades, independentemente de serem exploradas ou não, fossem identificadas. Essa abordagem possibilitou e continua permitindo que a prática seja revista, aprimorada e replicada em outros locais dentro do SUS.



Visita técnica da equipe da Curadoria da Fiocruz ao município do Pilar, Alagoas, 2023 (*arquivo pessoal dos autores*).

Por fim, vale ressaltar que a sistematização da prática foi um instrumento necessário para que ela fosse possível de ser realizada. Segundo Jara (2006), sistematizar vai muito além de seguir algo já estabelecido, é um processo construído a partir das experiências de cada grupo, de cada prática, é dinâmico, fluído, algo que pode ser coerente e logo ser incoerente. É isso que permite que o processo de sistematização seja tão rico em detalhes, fortalecendo a identidade daquele que o executa, pois ajuda e dá sentido às nossas experiências de maneira singular, promovendo diálogo entre diferentes tipos de conhecimento, unindo o saber do cotidiano com o científico, respeitando os múltiplos modos de viver, de ser e de existir.

PÓS-CURADORIA

Sempre é tempo de inovar, de fortalecer qualquer prática do serviço de saúde. Não paramos por aqui, continuamos com novos desafios. A gestão municipal de saúde mudará seus atores, sendo assim, internalizar a prática nas rotinas continua sendo um desafio; os movimentos sociais precisam ter voz, são agentes de mudança social e desempenham um papel fundamental na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O Morhan luta pela dignidade e pelos direitos das pessoas atingidas pela hanseníase há mais de 40 anos, promove núcleos do Movimento espalhados por todo o País, de modo que os objetivos principais do movimento são: promover educação em saúde sobre a doença; combater o estigma e discriminação; oferecer apoio emocional e social; e incentivar a detecção precoce e a busca pela inclusão de políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas atingidas pela patologia. Portanto, é essencial a criação de outros núcleos para que mais pessoas estejam envolvidas na luta contra a doença, principalmente nos municípios considerados endêmicos, como é o caso do município de Pilar, Alagoas, no qual já foi proposta a criação de um pré-núcleo na cidade, como ferramenta de apoio na detecção precoce e no tratamento oportuno da doença.

Além disso, tornou-se perceptível que fortalecer a rede de cuidado municipal dos pacientes atingidos pela hanseníase e uma parceria com a clínica de reabilitação municipal de fisioterapia são aspectos essenciais

para o desenvolvimento do município e para o cuidado contínuo do paciente acometido pela doença. Logo, tais propostas seguem em construção, assim, esperamos, mesmo que após a finalização da Curadoria em Saúde, que essas possam ser mais exemplos dos frutos colhidos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F.; CUZICK, J. Methods for the assessment of disease clusters. *In: ELLIOTT, P. et al., ed. lit. Geographical and environmental epidemiology: methods for small-area studies.* Oxford: Oxford University Press, 1992.

BRASIL. Lei 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 4509, 30 mar 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Guia prático sobre a hanseníase.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 365, de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96-b, p. 11, 22 maio 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 8 out. 2023.

BUEHLER, J. et al. *Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks.* Atlanta: CDC, 2004. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5305a1.htm>. Acesso em: 8 out. 2023.

CARVALHO, G. B. *Reis, papas e "leprosos"*. Belo Horizonte: Pelicano Edições, 2004. 292 p.

D'AZEVEDO, S. S. P. *et al.* Percepção de pacientes com hanseníase acerca dos grupos de autocuidado. *Rev. enferm. UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 6, p. 1633-1639, 2018.

DUCATTI, I. *A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador*. 2009. 199 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde soc.* v. 13, n. 2, p. 76-88, maio-ago, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>. Acesso em: 8 out. 2023.

Google. *Município de Pilar com distribuição da rede de serviços de saúde*. Google Earth Pro [Versão: 7.3.6.9345 (64-bit)]. Disponível em: <https://earth.google.com/web/@-9.59431129,-35.954648,125.22808297a,7327.30692694d,35y,14.1573138h,37.34653885t,0.00329958r/data=OgMKATA>. Acesso em: 8 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 8 out. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pilar/panorama>. Acesso em: 8 out. 2023.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, out-dez, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140074>. Acesso em: 8 out. 2023.

PAZ, W.S. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of leprosy in Brazil: An ecological and population-based study. *Lancet*, [s. l.], v. 9, p.

100181, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100181>. Acesso em: 8 out. 2023.

PINHEIRO, M. G. C. *et al.* Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 895-906, 2014.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. MV Informática Nordeste Ltda. Versão: 18.2.7. Disponível em: c3925prd.cloudmv.com.br/sigss/. Acesso em: 8 out. 2023.

Região Norte - Presidente Figueiredo, Amazonas



**PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA TERRA DAS
CACHOEIRAS: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO
E PROMOÇÃO DE DIREITOS EM PRESIDENTE
FIGUEIREDO, AMAZONAS**

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NA TERRA DAS CACHOEIRAS: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE DIREITOS EM PRESIDENTE FIGUEIREDO, AMAZONAS

Delcicleide Machado da Silva

Camilla Maria Nery Baracho de França

Cibely Machado de Holanda

Marilaine Queiroz de Oliveira

Mariane de Souza Abreu

Júlio Cesar Schweickardt

CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A participação é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que promove a democratização do debate sobre as políticas públicas e os direitos. A política é uma prática social com embates e interesses de diferentes grupos que colocam as suas percepções e historicidades (Batista; Mattos, 2011). Assim, ela é uma disputa de poder que concorre por recursos e discursos para se tornar hegemônico diante de outros discursos possíveis. No entanto, os discursos que se impõem diante dos outros, como, por exemplo, os considerados perdedores em um processo eleitoral, não desaparecem, permanecem nas pessoas e nas instituições.

As Conferências Locais de Saúde (CLS) são espaços democráticos de discussão que envolvem os princípios da Educação Permanente em

Saúde (EPS), que é uma ferramenta que possibilita a transformação de práticas em saúde por meio da identificação de problemas e da busca de soluções no cotidiano dos serviços. Já o planejamento em saúde, tendo como principal instrumento de gestão o Plano Municipal de Saúde (PMS), é um modo de promover o debate sobre as necessidades em saúde da população, em um determinado tempo, buscando responder às especificidades de cada grupo social.

As estratégias de EPS podem ser empregadas nos serviços para diversas finalidades, gerando benefícios a usuários, trabalhadores e gestores. Na experiência apresentada, o formato de um planejamento participativo possibilitou o fortalecimento da participação social, o conhecimento da realidade das Unidades de Saúde e a construção colaborativa das ações de saúde com o olhar a partir dos territórios.

Nesse contexto, este texto busca apresentar a experiência da aplicação da EPS com usuários, profissionais e gestores da saúde, na construção do PMS, por intermédio das CLS, realizadas no município de Presidente Figueiredo, interior do estado do Amazonas. A experiência foi premiada na Mostra Estadual ‘Aqui tem SUS’ no estado do Amazonas, organizada pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems-AM) e, posteriormente, pela Mostra Nacional ‘Aqui tem SUS’, planejada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), sendo premiada como melhor experiência da região Norte, com o 1º Prêmio IdeiaSUS Fiocruz é SUS.

As CLS permitiram a promoção de espaços de diálogo entre trabalhadores da saúde, gestores e usuários, colocando-os na posição de protagonistas na identificação conjunta dos problemas e na busca de soluções para seu enfrentamento, pois não havia pessoas mais qualificadas para essa tarefa do que esses atores que vivenciam o cotidiano dos serviços. A maioria das propostas que surgiram da ‘ponta’ estão associadas às necessidades reais do local, sendo incorporadas no PMS, vigência 2022/2025.

É interessante notar que o problema que apareceu com mais frequência nas Unidades de Saúde foi a falta de comunicação entre profissionais das equipes, entre profissionais e usuários, e entre profissionais e gestores. Nesse sentido, entendemos que a EPS tem grande

potencial na melhoria da comunicação nos setores de saúde. Além disso, ficou evidente a falta de informação sobre a Rede de Atenção à Saúde do município pelos próprios profissionais e usuários, tendo como proposta um investimento na EPS e na comunicação.

Por fim, partimos do pressuposto de que aprendizagem faz parte do processo de trabalho, em que todos sabem algumas coisas e ignoram outras (Freire, 1989) Os encontros abrem possibilidades para a aprendizagem significativa de todas as pessoas que participam do cuidado em saúde.

O diálogo entre áreas diferentes esbarra em questões epistemológicas e teóricas, pois partem de lugares e de matrizes de saberes diferentes, mas nada disso impede o diálogo, já que apostamos na potência da conversa entre diferentes. Reconhecemos que é desse diálogo que surgem a inovação e a transformação. Podemos adiantar que escrever sobre esses temas significa ter uma opção e uma escolha política, ou seja, de onde estamos falando já é uma opção éticopolítica. Então, podemos dizer que as escolhas são pela inclusão, pela justiça, pela emancipação das pessoas, pela democracia do pensamento e das ideias e por uma atenção à saúde integral e humanizada. (Schweickardt, *et al.*, 2023, p. 152).

APRESENTANDO O MUNICÍPIO DE PRESIDENTE FIGUEIREDO

O município de Presidente Figueiredo tem seu nome em homenagem ao primeiro Presidente da Província do Estado do Amazonas, João Batista de Figueiredo Tenreiro Aranha. No dia 25 de fevereiro de 1982, por meio do Decreto nº 6.158, foi criado o município de Presidente Figueiredo, em obediência ao disposto 1, do art. 177 da Constituição Estadual, introduzido pela Emenda Constitucional nº 12, de 10 de dezembro de 1981, que estabeleceu os limites dos 61 municípios que passaram a constituir. Em 13 de maio de 1985, foi declarado nulo, por inconstitucionalidade, o referido decreto que alterou os limites do Estado, restabelecendo a antiga divisão territorial e administrativa. Por meio da Lei nº 1.707, de 23 de outubro de 1985, Presidente Figueiredo retornou à condição de município,

desmembrado dos municípios de Itapiranga, Novo Airão, Silves e Uruará, sendo constituído pelo distrito de Balbina, Vila de Pitinga e sede, com uma área total de 24.781 km², limitando-se com os municípios de Uruará, São Sebastião do Uatumã, Itapiranga, Rio Preto da Eva, Novo Airão, Manaus e com o estado de Roraima (IBGE, 2023).

Os primeiros núcleos populacionais localizaram-se ao redor do km 107 da BR-174 devido à construção da Hidrelétrica de Balbina. O solo rochoso com várias desigualdades e sua topografia ondulada é propício para a formação de cachoeiras, grutas, corredeiras e cavernas, por isso o município é conhecido como o ‘Paraíso das Cachoeiras’ ou ‘terra das cachoeiras’.

A construção da BR-174 gerou uma grande polêmica nos movimentos sociais porque corta o território do povo Waimiri-Atroari, que foi duramente atingido pela construção da estrada, chegando a quase extinção desse povo. No entanto, a estrada se tornou uma realidade e é a principal forma de acesso ao município, que conecta a capital Manaus com a capital Boas Vista, no estado de Roraima, por onde é possível chegar até a fronteira com o município de Santa Elena de Uairén, na Venezuela. Assim, a estrada tem um movimento de caminhões pesados que fazem o transporte de mercadorias para o estado e para o país vizinho.



Vista aérea da cidade de Presidente Figueiredo (Prefeitura Municipal de Presidente Figueiredo).

O município de Presidente Figueiredo possui 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 9 Postos de Saúde Rural. Composta por 12 equipes de

ESF, distribuídas em 6 equipes na zona rural e 6 equipes na zona urbana, além de 2 equipes em processo de implantação na zona urbana, todas são compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista, 1 técnico em enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário, Agentes Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar de serviços gerais, agentes administrativos e atendentes de farmácia.

A unidade de saúde tem em sua característica a oferta de serviços com acesso a: assistência médica; ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas com a saúde da mulher, da criança; saúde mental; planejamento familiar; prevenção do câncer; pré-natal; e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. A equipe ainda realiza curativos, inalações, vacinas, tratamento odontológico, dispensação de medicação básica, encaminhado para atendimentos com especialistas.

SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

As atividades de EPS se iniciaram com a instituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps), pela Secretaria Municipal de Saúde no município de Presidente Figueiredo. O Neps foi composto por uma comissão de trabalhadores da saúde, que recebeu apoio e formação do projeto de Implantação da Política de Educação Permanente na Amazônia do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD)/Fiocruz Amazônia.

Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município de Presidente Figueiredo, Amazonas



Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município de Presidente Figueiredo, Amazonas. Presidente Figueiredo, 2021 (Neps, Presidente Figueiredo).

Os facilitadores em EPS foram qualificados por meio de oficinas para a realização das CLS, com a assessoria da equipe do LAHPSA. As oficinas utilizaram uma abordagem participativa de planejamento, partindo dos problemas de saúde do município até chegar às ações e estratégias de enfrentamento dos principais problemas. A formação aconteceu em três encontros que tiveram a temática dos princípios da EPS e na metodologia participativa.



Oficina ampliada sobre a metodologia em 2021 (Neps, Presidente Figueiredo).

A terceira oficina aconteceu nas dependências do Instituto Federal do Amazonas (Ifam) com a participação de trabalhadores e trabalhadoras das Unidades de Saúde do município para o aprendizado da metodologia participativa. A atividade começou com a apresentação ao conceito de EPS, apresentação do Neps, apresentação da proposta de trabalho nas CLS, bem como os objetivos a serem alcançados. Em seguida, realizamos a apresentação do Método Zopp e suas etapas. Ao final, fizemos o cronograma das CLS nas Unidades de Saúde do município.

Nas oficinas, discutimos a relação entre as ações de saúde e a experiência de vida de usuários e de trabalhadores, tendo a aprendizagem significativa como um caminho comum para todos os envolvidos na saúde. Portanto, a aprendizagem não se restringe ao aprender uma técnica, mas sim na sistematização, análise e interpretação das infor-

mações e problematizações vivenciadas no processo de trabalho (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Assim, a utilização de metodologias ativas e de abordagens participativas é estratégia que potencializa as questões de equidade de gênero, raça, cor, aspectos culturais, crenças e escolhas sexuais. Esses princípios estão fundamentados na educação libertadora e emancipadora de Paulo Freire, na justiça social e na defesa do SUS.

O MOVIMENTO DAS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE NOS TERRITÓRIOS

A realização das CLS se deu mediante quatro etapas: I- Planejamento; II- Execução; III- Avaliação; IV- Registro. A etapa I consistiu em um levantamento das Unidades de Saúde do município e na escolha das unidades que receberiam as CLS. Houve também uma sondagem dos facilitadores e dos materiais a serem utilizados nas CL, como papel colorido, papel cartão, tesoura, fita adesiva.

A etapa II se deu por meio da execução propriamente dita das CLS, quando os facilitadores foram divididos em equipes de três pessoas para acompanhar cada Unidade de Saúde do município. Os participantes da CLS foram os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde e os usuários da Unidade de Saúde. Para a realização das conferências, foi utilizado o método ‘Zopp’, sigla alemã que significa ‘planejamento de projeto orientado por objetivos’. Esse método apresenta uma metodologia dinâmica, que utiliza a visualização e a escrita em tarjetas coloridas e cartazes. O método permite que todos os envolvidos participem de forma igual e ativa na tomada de decisões.

Em algumas CLS, também foram realizadas dinâmicas para melhoria da interação do grupo. Após as CLS, a comissão do Neps realizava a etapa III de avaliação do desenvolvimento das atividades e fazia os ajustes. A etapa IV consistiu no registro das CLS que foram realizadas por meio de relatórios com fotos da experiência em cada território.

Foram realizadas 22 CLS no município, no período de julho a dezembro de 2021. As CLS foram realizadas em 6 UBS da zona urbana e 8 da zona rural, 1 na Secretaria Municipal de Saúde, 3 no Hospital

Geral Eraldo Neves Falcão, 1 na Policlínica (incluindo a equipe do Centro de fisioterapia e Saúde Bucal), 2 na Vigilância em Saúde (incluindo a Gerência de Endemias).

O resultado das atividades foi compilado em uma matriz unificada que compreendeu todos os objetivos advindos das CLS. A partir dessa matriz, os objetivos foram distribuídos em três eixos temáticos: I- Direito e garantia ao acesso nas redes de atenção à saúde; II- Desafios no novo financiamento do SUS; III- Direito e garantia da equidade à saúde. A organização desses eixos subsidiou os trabalhos de grupo na Conferência Municipal de Saúde que ocorreu em dezembro desse mesmo ano, cujo objetivo foi a construção do PMS, com vigência 2022/2025, quando os objetivos se tornaram propostas que foram validadas na plenária final da Conferência.

As CLS foram um modo de fazer a escuta da população e dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde com o objetivo de qualificar a atenção e o cuidado em saúde do município. As propostas foram incorporadas no PMS, contudo, o mais importante foi ter vivenciado o processo de convivência com as comunidades e com os espaços do trabalho e gestão da saúde. A metodologia permitiu a participação de todas as pessoas, sem fazer distinção, sendo ouvidas e respeitadas as suas opiniões e sugestões sobre a saúde no município.

METODOLOGIA PARTICIPATIVA: UM APRENDIZADO 'EM ATO'

O método Zopp é dinâmico e promove a participação por meio da visualização das propostas por todas as pessoas. Ele possibilita uma comunicação de natureza dialógica e propõe uma cooperação entre as pessoas, buscando a construção de ações que responde aos problemas locais. Assim, o método permite o envolvimento de todas as pessoas na tomada das decisões, criando responsabilidade pelas decisões consensuadas no grupo.

O método utiliza a técnica de visualização em tarjetas, com a valorização das vozes das pessoas em qualquer nível de trabalho, de poder e de escolaridade. A escrita na tarjeta é para evitar o monopólio da fala de uma pessoa, permitindo que todos participem. A escrita não significa

um domínio da redação, mas uma forma de expressar o seu pensamento em palavras, mesmo não sabendo escrever porque há solidariedade na ‘escrita’, especialmente quando se trata de populações marcadas pela oralidade como é o caso das populações ribeirinhas da Amazônia.

Ao chegar nas unidades, a equipe de facilitadores realizou a apresentação da proposta e do método; em seguida, eram realizadas as etapas de: a) análise dos envolvidos, em que os usuários e os profissionais eram estimulados a escrever, em uma tarjeta, seu nome, formação, função e o que desejava para a saúde do município; b) identificação e priorização de problemas, etapa na qual o grupo era estimulado a escrever os problemas dos serviços de saúde percebidos por eles, e, em seguida, havia uma priorização de problemas, mediante a escolha de um problema principal; c) causas e consequências – nesta etapa, por intermédio da utilização de uma ferramenta visual, o desenho de uma árvore explicativa dos problemas, era possível identificar em conjunto as raízes, que eram as causas, e os frutos, consequências dos problemas identificados; d) objetivos, estratégias e ações; a partir da identificação e da priorização de problemas, deu-se origem aos objetivos/propostas, assim, para cada problema encontrado, um objetivo ‘solução’ era gerado e, a partir dos objetivos, estratégias e ações foram traçadas para especificar como e de que forma os objetivos seriam realizados; e) *feedback*, quando os participantes avaliavam de forma verbal ou escrita as atividades realizadas, quando muitos relataram que pela primeira vez tiveram a oportunidade de serem ouvidos.

Os participantes eram divididos em grupos, quando eram distribuídos os materiais, para que adicionassem seus nomes, formação, setores, função e o que desejavam para melhoria do trabalho, atenção e qualidade aos serviços de saúde do município, em que puderam identificar os problemas mais recorrentes em seus locais de trabalho. Em seguida, era aberta uma discussão, para que os apontamentos dessas problemáticas fossem levados como proposta para a Conferência Municipal de Saúde e, assim, à adição ao PMS. Os problemas foram agrupados para identificação do problema central, aquele que foi resolvido e que reflete nos demais; e, assim, chegou-se à árvore explicativa do problema.

Conforme as CLS aconteciam, outros métodos foram introduzidos. Para complementar as atividades, de acordo com a necessidade de cada localidade, utilizaram-se rodas de conversas e dinâmicas. As dinâmicas utilizadas nesse processo foram: ‘Segure sua equipe’, ‘A caneta’, ‘Papel Amassado’ e ‘A Teia’.



Dinâmicas nas Conferências Locais de Saúde, 2021 (Neps, Presidente Figueiredo).

ÁRVORE DOS PROBLEMAS/RESULTADOS DE ACORDO COM OS RELATÓRIOS

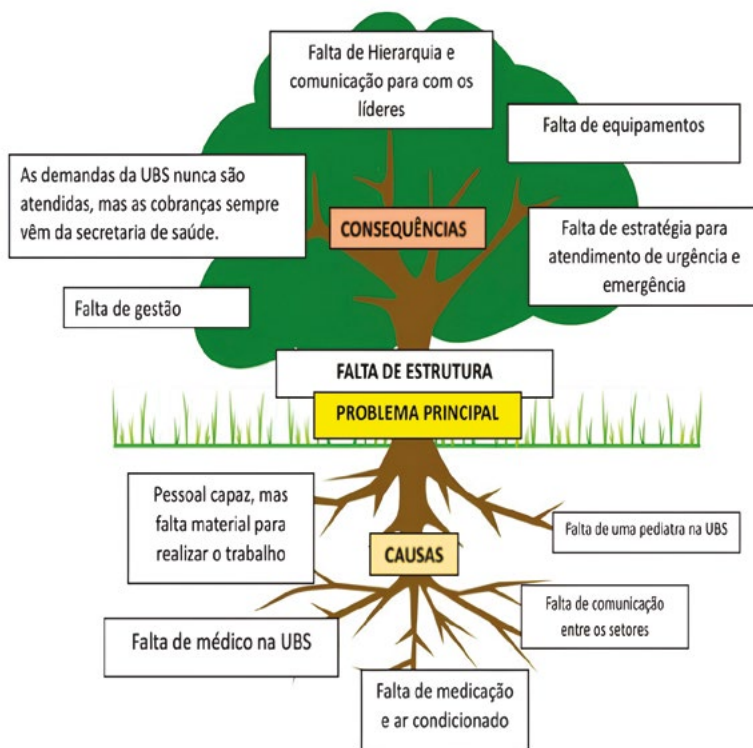
Depois da apresentação dos problemas, o segundo momento foi a identificação do problema central, quando se desenhou a Árvore dos problemas: o problema central é identificado no tronco, as causas são as raízes e as consequências/efeitos são os frutos (figura 1).

Os participantes registram em suas tarjetas:

- a. Causas imediatas abaixo do problema central, com um enca-deamento lógico de causa-efeito;
- b. Efeitos/Consequência do problema central, organizando as tarjetas na forma de diferenciar as causas. Por isso, foi muito importante que os facilitadores discutam longamente com os

participantes o que consiste uma causa e uma consequência, como está exemplificado na figura 1.

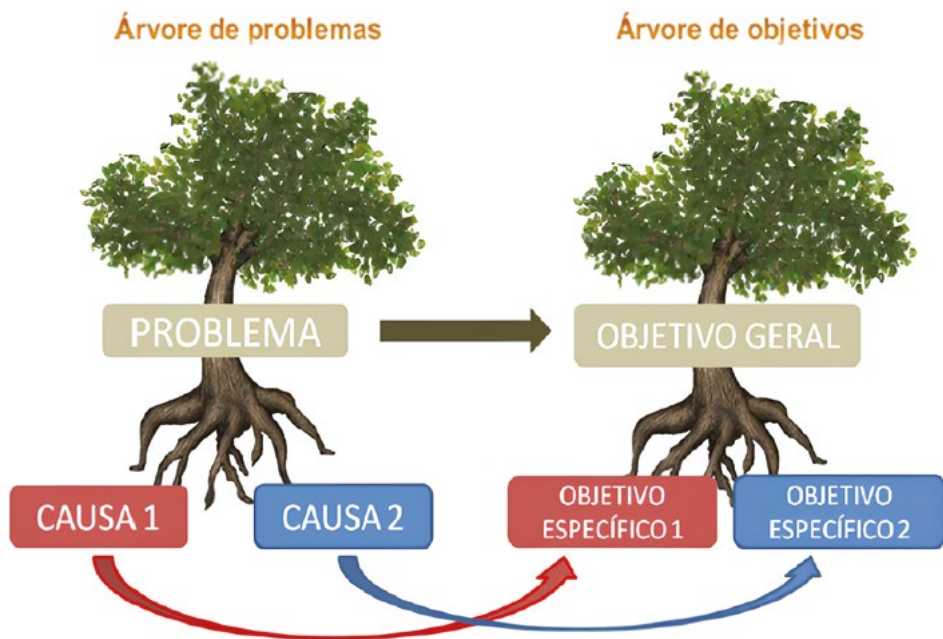
Figura 1. Árvore explicativa dos problemas



Fonte: Neps, Presidente Figueiredo, 2021.

Após a definição da Árvore, o grupo elaborou, a partir de cada causa, um objetivo. Os problemas deixaram de ser problemas para serem objetivos para aquilo que deseja alcançar ou superar. Em seguida, elaboraram-se as ações para alcançar os objetivos propostos.

Figura 2. Da árvore de problemas à árvore de objetivos



Fonte: UFSC, 2013, p. 51.

Por fim, a última parte da metodologia gerava um plano de ação. O cronograma, os recursos (físicos, materiais, financeiros, entre outros) e as estratégias de monitoramento e avaliação não eram discutidos nas CLS porque não dominavam as informações necessárias para essa construção, sendo apresentados na Conferência Municipal de Saúde.

Foi fundamental que os participantes pudessem visualizar todas as etapas do processo, revendo completamente os passos para que quaisquer pessoas tivessem noção da construção coletiva do Plano. É importante reiterar que as soluções propostas são desejáveis e possíveis de serem realizadas, mesmo que as explicações sobre as dificuldades e as limitações financeiras ou de gestão façam parte de um processo de planejamento.

A partir da Árvore dos problemas, foi possível gerar os objetivos: o problema central deu origem ao objetivo geral, e os problemas secundários deram origem aos objetivos específicos, em que puderam escrever um

objetivo para cada problema secundário. Após esse momento, os objetivos foram validados com todos os participantes, e alguns foram reescritos para melhor atender ao objetivo da proposta.

Nessa etapa, foram elaboradas as estratégias e as ações, ou seja, para esse momento, cada grupo ficou responsável por criar estratégias e ações para cada objetivo, que, posteriormente, foram apresentadas e validadas pelo grupo ampliado. O resultado desse momento foi transcrito na Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos:

Quadro 1. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos – UBS Marcos Freire

Objetivo geral	Objetivos específicos	Estratégias	Ações
Descentralizar a UBS Marcos Freire da UBS Custódio Inocência	Redefinir a população por área	Levantamento cadastral da população no e-SUS pelos ACS	Busca ativa dos usuários
	Melhorar a UBS para um melhor acolhimento	Aumento da estrutura do local	Capacitação profissional
		Aumento do número de fichas	Atendimento de maior qualidade e humanizado
		Motivação ao profissional	Disponibilização de equipe médica fixa
		Processo seletivo para funções administrativas	Promoção de reuniões trimestrais

Quadro 2. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos UBS Rumo Certo (Rural)

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Melhorar a estrutura da unidade	Contratar médico que resida na comunidade para suprir necessidade dos atendimentos	Salário atrativo e Moradia	Médico na comunidade e Visita na Cacaia uma vez na semana

Quadro 2. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos UBS Rumo Certo (Rural)

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Melhorar a estrutura da unidade	Concluir o consultório odontológico	Compra de equipamentos novos	Visita constante do coordenador de saúde bucal
	Fazer uma nova UBS bem estruturada	Nova licitação	Reunião da equipe para discutir as ações que irão ser realizadas na comunidade
	Fornecer Materiais de Limpeza/EPIS	Nova licitação	
	Melhorar o salário	Melhorias para as ACS	Ação social dentro da comunidade Novo Rumo
	Fornecer Transporte adequado: bote e motor	Compra dos meios de transporte	Que a gestão se faça presente para ver a realidade das visitas domiciliares
	Trabalhar em uma UBS adequada	Realização de atendimento adequado para usuários	Mais visitas da coordenação de APS à UBS para saber mais das dificuldades
	Ter uma UBS equipada para realizar o trabalho com eficiência	Parceria com as secretarias para realizar ações no lago, em que as pessoas têm poucas condições	Comunicação direta entre UBS e secretaria, para que nossos problemas sejam ouvidos e resolvidos, o que há tempos não ocorre
	Possuir local de trabalho adequado	Construção de um prédio novo	Mudança de prédio ou finalização de construção do antigo

Quadro 3. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos – UBS de Balbina

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Melhorar a comunicação entre coordenação equipe	Melhorar a comunicação interna e externa	Realização de reuniões mensais com coordenação/enfermagem e equipe para apresentação de problemas e soluções	Solicitação de visitas constantes dos representantes da atenção básica na unidade
	Fazer a troca das balanças para melhoria do trabalho das ACS	Efetuação de um levantamento das condições atuais de todas as balanças existentes	Compra de novas balanças para melhoria do trabalho das ACS
	Fazer a reforma da UBS	Execução de um levantamento de todos os setores e encaminhamento aos responsáveis	Cobrança da reforma e da troca de móveis aos responsáveis
	Melhorar o abastecimento de medicamentos e material de limpeza na UBS	Aumento da quantidade dos medicamentos que faltam, principalmente do Hiperdia. Aumento da quantidade do material de limpeza	Proporcionar mais informações aos profissionais a respeito dessa falta
	Contratar um médico fixo	Oferecimento de um salário atrativo	Se necessário, flexibilização da jornada de trabalho.

Quadro 4. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos – UBS Graça Brasileiro

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Melhorar a logística de atendimento	Melhorar o atendimento	Oferecimento de transporte	Implementar nos ramais
	Melhorar a qualidade no atendimento	Contratação de mais profissionais de saúde	Mais transporte, médicos e comunicação
	Qualificar profissionais	Estratégia de melhorias	Colocar em prática mudanças para melhorias do atendimento
	Disponibilizar mais transporte	Disponibilização de transporte para a população	Levar a população até o atendimento

Quadro 5. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos – Hospital

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Qualificar a Gestão	Promover a comunicação entre os profissionais	Fazer reuniões entre os funcionários dos setores	Implementar os 5 'S'
	Propiciar a união entre os funcionários da copa	Promover reuniões para exposição dos problemas e busca de consensos e soluções	Advertir os indivíduos causadores de problemas
	Melhorar a infraestrutura do Hospital	Fazer um levantamento do que pode ser reformado e o que pode ser comprado ou construído	Fazer orçamento de licitações e levantamento de custos

Quadro 5. Matriz do Planejamento Estratégico por Objetivos – Hospital

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Estratégias	Ações
Qualificar a Gestão	Melhorar a organização dos setores para os finais de semana	Buscar resolver o problema através de diálogo com a administração	Colocar, à disposição dos coordenadores, as ferramentas (materiais) adequadas para suprir as necessidades dos seus respectivos setores
	Melhorar a organização hierárquica	Usar o Decreto Municipal 652-2006 (Organograma do Hospital)	Pôr em prática a sensibilização de cada coordenador

As principais necessidades elencadas em todas as pré-conferências foi a falta de estrutura física, pois as Unidades de Saúde, em sua grande maioria, estavam por muito tempo sem manutenção predial, assim como os mobiliários que estavam deteriorados, gerando descontentamento tanto nos profissionais como para os usuários de saúde. Outro ponto importante foi a falta de profissionais de serviços gerais. Outra questão relevante foi a falta de comunicação entre os profissionais de saúde a respeito dos serviços oferecidos.

A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE COMO POLÍTICA DO TERRITÓRIO

A comissão do Neps sistematizou as propostas que vieram das CLS para apresentar na Conferência Municipal de Saúde, quando seriam apresentadas as propostas aos participantes dos três segmentos (gestão, trabalhadores e usuários) e depois aprovadas. As propostas foram organizadas em três eixos temáticos: I- Direito e garantia ao acesso nas redes de atenção à saúde; II- Desafios no novo financiamento do SUS; III- Direito e garantia da equidade à saúde. Os trabalhos de grupo na Conferência Municipal de Saúde foram organizados a partir dos eixos temáticos. As propostas aprovadas foram incorporadas no PMS, vigência 2022/2025.



1ª Conferência Municipal de Saúde – 17 de dezembro de 2021
(Neps, Presidente Figueiredo).

OS EFEITOS SOBRE OS TERRITÓRIOS

As CLS geraram consequências significativas no cotidiano das Unidades de Saúde, trazendo propostas para a Conferência Municipal, especialmente a demanda sobre a reforma e a ampliação das UBS. Respondendo a essa demanda, foram realizadas a reforma e a ampliação de oito Unidades de Saúde e pontos de apoios, uma construção em andamento e três em planejamento para iniciar no mês de novembro de 2022. O Hospital Geral Eraldo Neves Falcão também recebeu reforma e ampliação, assim como a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), a ampliação do Centro de Fisioterapia, a implantação do Laboratório Central (Lacen), um laboratório ambulatorial que foi descentralizado do hospital, a mudança do prédio da Vigilância em Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Isso gerou um efeito positivo para a comunidade e para os profissionais, pois quem participou do início do processo consegue acompanhar todas as melhorias que já foram realizadas e que ainda estão sendo feitas, causando a sensação de que as demandas que foram inseridas no nosso PMS estão sendo executadas e são satisfatórias para todos.

Outro efeito relevante, aconteceu após a premiação na mostra nacional, quando os profissionais da saúde se sentiram motivados a escrever suas experiências na I Mostra do Município de Presidente Figueiredo, quando foram inscritos 19 trabalhos, sendo 3 deles selecionados para a Mostra Estadual Amazonas 'Aqui Tem SUS'. As temáticas premiadas foram as seguintes: 'Gestão da assistência farmacêutica: aplicação da curva ABC na de medicamentos de uma CAF do SUS'; 'A implantação do

vigidesastres no Município de Presidente Figueiredo'; e 'Qualificação nas unidades de saúde: a importância da monitoração das doenças diarreicas agudas e as competências da vigilância em saúde'.

COM A PALAVRA, A GESTÃO, O TRABALHO, O CONTROLE SOCIAL E O USUÁRIO

Secretária Municipal de Saúde

A EPS mudou nossa história, a nossa forma de pensar, pois através da implantação no município de Presidente Figueiredo em parceria com a Fiocruz, conseguimos enxergar que precisávamos ser atores do nosso cotidiano, detentores das tomadas de decisões, promover uma escuta qualificada dos nossos profissionais e usuários e principalmente, acolher, respeitar e ouvi-los. Está sendo um aprendizado a cada dia, a EPS sem dúvida alguma, é de suma importância para todos nós, para essa gestão principalmente, pois reforça a promoção da saúde dos nossos munícipes.

Os resultados obtidos através das Conferências Locais mostraram que nossos servidores se sentiram valorizados, respeitados, motivados como verdadeiros protagonistas, pois pela primeira vez na história do município, a equipe da secretaria de saúde foi em todas as Unidades de Saúde tanto da sede quanto da zona rural, ouvir os anseios e necessidades da população que há anos necessitavam da devida atenção. Trago como exemplo, a porta de vidro de uma determinada UBS da zona rural, que há mais de 3 anos não abria, simplesmente por uma peça que estava quebrada, e após ter sido colocado na Conferências Locais, conseguimos providenciar imediatamente o ajuste da mesma, e no outro dia já estava funcionando, ou seja, algo tão simples, mas que não se tinha dado a devida atenção anteriormente por não se ter o hábito de praticar a escuta qualificada com os profissionais que estão na ponta.

Conseguimos enxergar as verdadeiras necessidades dos locais que visitamos, e planejar quais as prioridades para interven-

ções estruturais como as reformas de todas as UBS e postos de saúde, ofertando, assim, um local seguro, salubre, digno e que promovesse qualidade de vida para os profissionais e principalmente para nossos usuários do SUS.

A premiação tem grande significado para mim, até me emociono quando lembro, pois para muitas pessoas era algo impossível de alcançar, quando passamos na primeira fase, já sabíamos que tínhamos potencial para as próximas fases, por se tratar da participação da sociedade, dos usuários, dos profissionais. Isso nunca tinha acontecido na história do nosso município, que também se orgulha dos profissionais, pois foi uma experiência INÉDITA.

Recebemos apoio incondicional da nossa prefeita Patrícia Lopes, pois investiu na equipe e desde o início incentivou e apostou em nós. Sem dúvida esse prêmio mudou a vida de muitos profissionais, assim como a minha, pois como gestora acompanhei de perto todos os passos e a evolução da equipe, tivéssemos um crescimento profissional e muita motivação de outros profissionais na escrita de novas experiências! Foi incrível, trazer para nosso município o 'PRIMEIRO troféu de uma experiência exitosa na saúde'. Isso demonstra compromisso, dedicação e empenho!

Sou muito grata a Deus e a todos os profissionais que nos ajudaram nesse sonho, desde o início Secretária Maria Adriana Moreira [atualmente secretária de Manicoré-AM] que nos apresentou ao professor Júlio, e ele nos adotou nesse projeto junto com a Fiocruz.

Tivemos até o momento 8 unidades de saúde: UBS e pontos de apoios reformadas e ampliadas, estamos com 1 construção em andamento e 3 em planejamento para iniciar no mês de novembro, porém TODAS as 21 serão reformadas!

Conseguimos implantar o Caps, ampliar o centro de fisioterapia e implantar o Lacen que foi descentralizado do hospital. Conseguimos fazer algumas melhorias no hospital, ampliar a

copa e o refeitório que era muito pequeno e nossos profissionais não se alimentavam em um local digno e amplo. Conseguimos um novo prédio para funcionar a vigilância em saúde, endemias e conselho municipal de saúde.

Sem dúvida gerou impacto positivo para a comunidade e para os profissionais, pois quem participou do início do processo, consegue acompanhar todas as melhorias que já foram realizadas e ainda estão sendo feitas, a sensação de que as demandas que foram inseridas no nosso Plano Municipal de Saúde estão sendo executadas e satisfatório para todos nós.

Essas melhorias só foram possíveis, pois após as Conferências Locais, pois conseguimos organizar os instrumentos de gestão, que desde 2018 estavam com pendências, pois a partir deste processo democrático, conseguimos alinhar os o plano municipal, as programações e os relatórios quadrimestrais, dando mais transparência no processo de gestão.

Outro impacto relevante foi a realização da 'primeira mostra municipal Aqui Tem SUS', quando tivemos 19 trabalhos inscritos e apresentados. Sinto muito orgulho da nossa equipe, dos nossos profissionais, que pela primeira vez, tiveram incentivo a produzir a escrita de experiências maravilhosas vivenciadas no município, isso não tem preço!

Servimos de exemplo positivo para outros municípios, pois na primeira mostra, de 62 municípios do Estado, apenas 20 participaram, e já na segunda, foram 50 municípios que participaram. Com toda certeza, ao ver que a premiação era possível, influenciou fortemente aos demais a escreverem e apresentarem suas experiências! Isso foi muito legal.

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Como presidente do conselho Municipal de saúde, foi a primeira vez que participei de uma ação tão grandiosa e importante para o nosso município, como foi participar das Conferências Locais, pois nos trouxe outra visão de conhecimento e integração

sobre o que nosso o que precisava. Foi uma experiência única e que ficará marcado na história do Conselho, as conferências nos levaram a conhecer na íntegra as comunidades e as necessidades de nossos usuários de saúde, trazendo assim uma nova perspectiva de atuação. Com as premiações, percebo que podemos construir juntos um projeto de qualidade e atenção junto ao SUS e que nos deixa mais fortes, para um processo de trabalho de acordo com o que pensamos juntos, de melhoria e qualidade a toda nossa comunidade. (Fátima Couto, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo-AM).

Profissional de Saúde

Como Trabalhadora da saúde, acredito muito no compromisso do Conselho Municipal, por se um órgão deliberativo que atua como um espaço participativo, no controle das ações e avaliações das políticas públicas, com as Conferências Locais, percebi o quanto importante foi para o nosso município, fortalecendo nossas falas, onde discutimos propostas que foram adicionadas ao Plano Municipal de Saúde. Ainda foi mais enriquecedor com o uso dos métodos CL, pois com um olhar diferenciado pode envolver todos os participantes, trazendo a melhor forma de envolver o controle social. Assim, articulando o interesse e a necessidade do coletivo. O resultado de tudo isso foi surpreendente, no meu ponto de vista, pois ser reconhecido por todo o país com nossas ações, referência que devemos seguir à diante, fazendo toda a diferença em nosso município. (Raíres Marques, Conselheira Municipal de Saúde).

Usuário de Saúde

Me sinto muito honrado por ter participado das Conferências Locais, como representante da minha comunidade, vejo a importância do controle social trabalhar essas pautas, onde pude verificar a real situação. Surgiram excelentes propostas para a melhoria do atendimento, o que estávamos precisando há muito tempo e ver os comunitários trazendo suas sugges-

tões, nos fortalece cada vez mais para seguirmos a diante. O resultado em formato de prêmio nos motiva para seguir firmes e confiantes. Isso demonstra o compromisso com nossa população e meu dever enquanto representante do conselho é seguir no propósito de avançar cada vez mais junto a essas ações. (Cosmo Nogueira, Conselheiro Municipal de Saúde).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As CLS possibilitaram a participação e o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, algo difícil de alcançar e de acontecer nos municípios brasileiros apesar da participação ser um dos princípios do SUS. Em segundo lugar, as CLS foram espaços de refletir sobre os problemas da saúde a partir do local, sendo pensadas pelos que vivem e atuam no território, promovendo uma escuta a partir da ‘ponta’ ou de ‘baixo’. Em terceiro, as CLS se constituíram em um exercício da EPS com a participação e a formação de ensino, gestão, trabalho e participação social, o famoso quadrilátero da EPS (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A participação utilizou os espaços do controle social para a construção do PMS que classicamente somente acontece nas Conferências Municipais de Saúde. O território é vivo, seja a Atenção Básica ou o Hospital, é o lugar do trabalho vivo e em ato (Merhy, 2002). O trabalho em saúde está em debate, não isoladamente, mas com os outros componentes do trabalho como os usuários e a gestão. Não foi surpresa que o trabalho e as relações interpessoais apareceram de modo evidente nas CLS porque é uma permanente arena de disputas e de negociação.

A EPS dificilmente aparece na agenda prioritária dos gestores porque não há tempo nem interesse de que esta seja um investimento ou que faça parte da gestão. A EPS normalmente é vista como uma oferta de cursos, mas isso faz parte do que chamamos de educação continuada que promove uma formação com caráter mais formal. No entanto, é o cotidiano do trabalho e sua problematização que são objeto da EPS, ou seja, colocar a gestão do cuidado como parte de um processo de formação de modo ‘permanente’ e ‘significativo’, como está expresso na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007).

Por fim, a EPS se constituiu um espaço de trocas e de encontros, incluindo diferentes linguagens e outros modos de entender o cuidado. Desse modo, os encontros se transformaram em espaços terapêuticos e lúdicos. Ao valorizar a experiência vivida de usuários e de trabalhadores e trabalhadoras, foram criadas as condições para uma ética do cuidado, fundamentada na escuta, no diálogo e nas relações mais simétricas na atenção em saúde. Concluindo, acreditamos que os territórios da Amazônia produzem inovações potentes que podem transformar a realidade e promover relações mais justas e igualitárias na e a partir da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente ao IdeiaSUS Fiocruz pela oportunidade de fazer parte deste processo de curadoria e de registro da experiência.

Agradecemos ao LAHPSA/Fiocruz Amazônia pela parceria na construção da proposta, formação e execução das atividades do projeto.

Agradecemos aos usuários, trabalhadores e trabalhadoras que participaram das oficinas e abriram os seus territórios para pensar a saúde.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ensp; Joaquim Venâncio; IMS; Faperj, 2011. p. 52-91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FREIRE, P. *A importância do Ato de Ler*. São Paulo: Cortez, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e Estados*: Presidente Figueiredo. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 dez. 2023.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Diálogos com Paulo Freire no encontro da educação popular com o ensino da saúde. *In*: Teixeira, C. P. *et al.* *Educação na Saúde: fundamentos e perspectivas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2023.

Região Sudeste
Santo André, São Paulo



**REDUZINDO DANOS E PROTEGENDO VIDAS:
RELATOS DE CUIDADO A GESTANTES, USUÁRIAS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, VIVENDO NA RUA EM
SANTO ANDRÉ**

7

REDUZINDO DANOS E PROTEGENDO VIDAS: RELATOS DE CUIDADO A GESTANTES, USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, VIVENDO NA RUA EM SANTO ANDRÉ

*Narrativas de experiências em atendimento às gestantes em
situação de rua: expectativas, desejos e realidade*



O Prêmio (arquivo pessoal – Equipe do Consultório na Rua – Tatiana Christine da Silva).

*Antonio Rinaldo Pagni
Andrea Franco Romeiro
Claudemilson José do Nascimento
Carla Leonel Rocato
Daniel Pereira e Silva
José Félix de Oliveira
Leonardo Felipe Rocha
Mábila Rodrigues
Márcio Ferreira Agues
Maria do Carmo do Nascimento Dias
Marinês Santos de Oliveira
Nilzete Aparecida Pereira Borges
Patricia Tomé Romano*

INTRODUÇÃO: O MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

Santo André é um município com 748.919 (IBGE, 2022) habitantes, localizada no centro da região Metropolitana de São Paulo, ocupando

pouco mais de 175km² (IBGE, 2022). O município faz parte da Região do Grande ABC, composto por sete cidades, cujo desenvolvimento se deu fortemente pautado nas indústrias química, metalúrgica e montadoras (Santo André, 2022).

O Grande ABC também é reconhecido pelo histórico de grandes manifestações de operários, precursores do movimento trabalhista e sindical em todo o território nacional na época da ditadura militar, entre 1978 e 1980, e lançou nomes de sindicalista como Luiz Inácio Lula da Silva, atual presidente do Brasil. Muitas mudanças ocorreram partir da década 1990:

Santo André, assim como a região metropolitana de São Paulo, passou por um forte processo de desindustrialização e migração para o setor de serviços, que atualmente responde por 65% da distribuição do valor adicionado, conforme números divulgados pela Fundação SEADE 2021, aspecto este que impactou fortemente no mercado de trabalho formal e no perfil de renda da população. Neste cenário, estima-se que cerca de 40% da população economicamente ativa do município esteja empregada formalmente. (Santo André, 2022).

A região também teve importante participação na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no País e no processo de construção e formulação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Consultório na Rua de Santo André: histórico, promoção à vida e ao cuidado

O município de Santo André, historicamente, investe na estratégia de Redução de Danos (RD), como uma das possíveis formas de atendimento em saúde:

A partir de junho de 2002, o município de Santo André organizou suas primeiras ações de redução de danos, tendo como público principal as crianças e adolescentes em situação de exploração sexual que, na sua grande maioria, o fazem em troca de facilidades para se conseguir cocaína e crack. (Silva, 2009).

Essas ações realizadas de maneira integrada entre o Programa de Saúde Mental e DST/Aids foram ampliadas em abril de 2003, para um público mais abrangente, envolvendo profissionais do sexo, travestis, usuários de droga injetável e de outras drogas, tornando-se um programa de RD que era integralmente custeado pelo município e vinculado à saúde mental.

No ano de 2011, o Programa de RD tornou-se uma unidade de saúde de atendimento especializado, subordinada à Coordenação de Saúde Mental do município, com enfoque na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e assistência às pessoas em situação de rua com agravos em saúde, saúde mental e principalmente pelo uso prejudicial de Substâncias Psicoativas (SPA).

Em 2013, a Unidade de RD, composta por oito profissionais redutores de danos, um psicólogo e um técnico de enfermagem, oficializou-se como serviço Consultório na Rua (CnR). Nesse momento, recebe investimentos como uma unidade móvel (van) de uso exclusivo, *kits* de RD, ampliação da equipe de enfermagem, que passou a contar com duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem e com atendimento médico pela primeira vez, tornando-se o primeiro CnR implantado fora de uma capital no País.

A partir de 2014, o serviço iniciou a oferta de vacinas, Testes Rápidos (TR) para IST e pré-natal ao seu público-alvo na perspectiva territorial, na dimensão da rua, intensificando e fortalecendo outras ações de cuidado da Clínica Ampliada: vínculo, escuta, acolhimento.

No ano de 2019, o serviço recebeu investimentos que permitiram expandir e implementar novos arranjos de cuidado em rede socioassistencial. Outras ofertas para além da clínica em saúde, conjugando ações no âmbito da arte e cultura, culminaram na produção coletiva do ‘Sarau da Diversidade’, de periodicidade mensal, que buscava refletir sobre o uso de drogas, direitos humanos, sexualidade e cuidados em saúde com as populações mais vulneráveis do município e da sociedade civil.

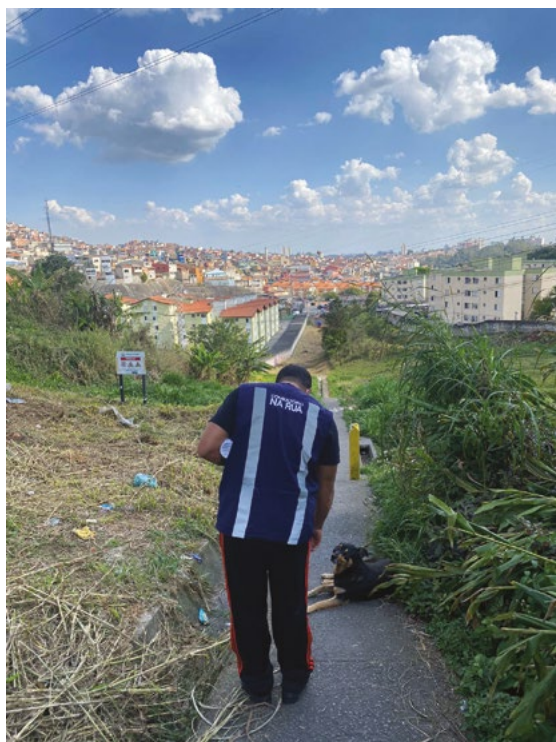
Diante do contexto pandêmico da Covid-19 em 2020, apesar das dificuldades inerentes a todo campo da saúde pública, a equipe permaneceu diariamente nas ruas, garantindo a equidade nos atendimentos de saúde dessa população mais vulnerabilizada, afetadas principalmente

por não ter condições concretas para garantia das orientações sanitárias, tais como: uso de máscaras, higienização constante, isolamento social e ‘ficar em casa’, entre outras.

Embora tivéssemos inúmeros desafios, realizaram-se a essa população: acolhimento; escuta; orientações acerca dos riscos e da gravidade da Covid-19, dos fluxos de atendimento; distribuição de máscaras cirúrgicas, de álcool em gel, de *kits* de higiene (escova de dente, creme dental, lâmina de barbear, preservativo e gel lubrificante) e de *kits* de RD (copo de água, água de coco, bolacha de maisena, bolacha de água e sal, bombom, e saches de mel), mantendo a distribuição, por livre demanda, de gel lubrificante, preservativo feminino e preservativo masculino. Além disso, a equipe seguia atendendo os infectados pelo vírus na rua e os que se encontravam internados nos Hospitais de Campanha do município.

Durante o período crítico da pandemia, foram realizadas campanhas de vacinação contra Influenza e Covid-19 na rua e por intermédio de parcerias com os serviços da Assistência Social e da Saúde Mental, totalizando 651 aplicações. Esse processo iniciou em 2021 com a sensibilização desse público em relação à vacina de dose única para proteção e imunização da Covid-19. Em 2022, a vacinação na rua se restringia aos casos excepcionais, tendo em vista a complexa logística do processo, considerando ainda que tal recurso estava acessível nos postos de saúde a todos os públicos.

Ainda no ano de 2022, o CnR, por meio de relato de experiência intitulado ‘Reduzindo danos e protegendo vidas: relatos de êxito, na linha de Cuidado de Saúde das gestantes, usuárias de SPA, vivendo na rua, em Santo André’ recebeu quatro prêmios:



Os caminhos (arquivo pessoal – Equipe do Consultório na Rua – Livia Sabioni).

- 1º lugar de experiência exitosa no prêmio 'Histórias de Cuidado na Pandemia' da Secretaria de Saúde de Santo André;
- 'Prêmio David Capistrano' do 35º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo;
- Vencedor da Região Sudeste do 1º Prêmio IdeiaSUS – 'Fiocruz é SUS: direito universal saúde, equidade e democracia', promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- 1º lugar do '3º Prêmio Atenção Primária Forte: Caminho para a Saúde Universal', promovido pela Organização Pan-americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde e pelo Conasems.

No presente momento, o CnR segue sob gestão da Coordenação de Saúde Mental, seguindo as diretrizes do Projeto de Gestão da Saúde Mental de Santo André, pautado no Modelo de Atenção Psicossocial e da RD, contemplados e orientados pelas proposituras técnicas assistenciais, portarias e protocolos, conforme modalidades de atenção, tipologias, particularidades sanitárias, econômicas, sociais e organização da rede de cada território, reafirmados e pactuados por intermédio do Plano Municipal de Saúde (2022 a 2025):

Garantir e Fortalecer o Modelo de Atenção Psicossocial Antimanicomial e da Redução de Danos como diretrizes da Política Municipal de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, descentralizando as ações de cuidado nos territórios, promovendo atendimento e acompanhamento em tempo adequado. (Santo André, 2022).

O serviço é composto por uma única equipe, Modalidade III, sendo contemplada por 1 gerente técnico, 2 profissionais médicos clínicos, 1 enfermeira, 2 redutores de danos, 1 técnica de enfermagem, 1 assistente social, 2 psicólogos, 1 motorista, 2 administrativos e 1 Terapeuta Ocupacional, com atenção no período que compreende entre segunda-feira e sexta-feira, das 8h às 17h.

A Equipe trabalha essencialmente com as condições de extrema vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, que possuem questões psicossociais e sofrimentos psíquicos associados ao uso de drogas, geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, com agravos à saúde. Entre as ações realizadas, estão: abordagem, acolhimento, cadastro no SUS; atendimento médico, de enfermagem e RD; avaliação de vulnerabilidade, encaminhamento e transporte para atendimentos em outras unidades de saúde, até serviços de urgência, coleta de exames, distribuição de insumos de higiene e preservativos; múltiplas orientações visando promoção, prevenção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde. Algumas vezes, os atendimentos são realizados em conjunto com a equipe da Abordagem Social da Secretaria de Cidadania e Assistência Social.

As ações de cuidado são organizadas na agenda semanalmente, com revisão diária, entre 16 campos de atuações fixos e outros pontos que são estabelecidos de acordo com a necessidade, composição de cenas de uso, pontos transitórios de moradia, entre outros. Antes e após cada ida ao território, a equipe se reúne na base para discussão de casos e organização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que poderá envolver outros pontos da rede. Nos agravos identificados nessas ações, que extrapolam as possibilidades de atuação da equipe, há sensibilização do usuário para que seja levado até os serviços da rede de saúde. Em alguns casos, faz-se necessário o acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Há ainda ações coletivas de saúde pactuadas com a Assistência Social, realizadas no Albergue e no 'Centro POP', que objetivam atendimento, acolhimento, orientações em saúde, vacinação, entre outras. Com o setor do Núcleo de Prevenção de IST/HIV/Aids, há agendas para o cuidado dos profissionais do sexo, no que tange a: capacitação,

abordagem, acompanhamento, prevenção, distribuição de insumos, testagem e encaminhamentos para rede assistencial em saúde.

O CnR acaba se configurando como uma importante e imprescindível teia, estabelecendo parcerias e corresponsabilização no cuidado às pessoas em situação de rua no município com os seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Hospitais (Hospital da Mulher e Centro Hospitalar Municipal), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Samu, Centro de Especialidades Médicas, Centro de Especialidades Odontológicas, Vigilância em Saúde, Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), Centro POP, Albergue, Defensoria, entre outros atores.

Ao longo desses 20 anos, desde as primeiras ações da equipe de RD, passando pela implantação do serviço de CnR, são perceptíveis os avanços no cuidado das pessoas em situações de rua com agravos à saúde. Atualmente, não há registros de crianças em situação de exploração sexual nas ruas do município nem do uso de drogas injetáveis, mas novos desafios sempre se apresentam.

Nos últimos anos, elaboramos e implantamos o fluxograma de atendimento em conjunto com o Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) (Anexo A), participamos da elaboração dos protocolos, procedimentos operacionais padrão e manual de normas e rotinas de enfermagem da saúde mental, e construímos um fluxograma interno dos casos de suspeita de tuberculose (Anexo C).

Ademais, a visibilidade com a premiação nos permitiu dobrar o número de horas médicas, adequar a identidade visual do veículo de transporte da equipe, seguindo o manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), facilitando, assim, à população perceber quando estamos atuando no território, gerando segurança para a equipe e visibilidade e mais uma vez, aprimorar o compartilhamento do cuidado às gestantes, que culminou com aprovação por escrito de um fluxograma de atendimento em conjunto com o hospital da mulher (Anexo B). Portanto, é fundamental continuarmos aprimorando nossa atuação uma vez que a curadoria tem nos permitido excelentes reflexões e apoiado esse processo.

METODOLOGIA DE TRABALHO

O relato de experiência apresentado parte da construção de uma narrativa da equipe de CnR sobre um caso de uma mulher gestante em situação de rua. Essa escolha tem como objetivo não apenas aproximar o leitor à intimidade do trabalho da equipe de CnR, mas principalmente devolver a humanidade às pessoas que vivem nessa situação, em uma tentativa de mobilizar a crítica e a empatia, contribuindo para reversão da lógica discriminatória e excludente presente nas práticas da sociedade para uma mulher preta, gestante, usuária de drogas e em situação de rua e o juízo em relação à sua possibilidade de maternar. Todos os personagens desta história possuem nomes fictícios.

A construção da narrativa foi realizada em equipe, a partir da discussão sobre o processo de cuidado às gestantes e do compartilhamento sobre a intimidade dos encontros com cada profissional envolvido. Os profissionais que não estavam na equipe na época do cuidado a essa gestante participaram trazendo reflexões sobre o cuidado a gestantes em situação de rua, o que pode ser acolhido na narrativa por meio dos dilemas vividos pela equipe nesse cuidado.

A partir dessa narrativa, optou-se por problematizar dois temas: a complexidade do trabalho do CnR com gestantes em situação de rua e a questão de gênero e do racismo estrutural no caso apresentado. Além disso, a problematização do processo de trabalho realizado em equipe, com a curadoria, deu origem a um planejamento estratégico com oportunidades de aprimorar as ações que também apresentaremos neste capítulo. Por fim, realizamos uma conclusão sobre como o processo de curadoria contribuiu para a equipe de CnR de Santo André.

NARRATIVA DE UM CASO REAL



As pontes (arquivo Pessoal – Equipe do Consultório na Rua – Márcio Ferreira Agues).

Ela era só uma menina

Mesmo antes de sua gestação, a encontrávamos esporadicamente em nosso território. Magda, mulher preta retinta, de espírito alegre, sorridente, de olhar tímido, aparentando seus trinta e poucos anos, trabalhadora com recicláveis, não era de muita conversa. Dizia apenas seu nome; sem muita aproximação com a equipe, logo respondia: “*Está tudo bem!*”. Justificava morar em outro município, estando ali só de passagem, o que entendíamos como um limite a nossos investimentos, mas, mesmo com um ‘olhar’ desprezioso e permeado por outras demandas, sabíamos que essa mulher deveria ser cuidada por nós.

Soubemos de sua gravidez pelo CnR do município vizinho, com quem compartilhamos o cuidado na divisa de nosso território, em uma relação de articulação e pactuação de rede regional.

Em busca ativa pelo ‘campo’, reencontramos Magda, agora estabelecida, morando com seu companheiro José e seu cachorrinho de estimação, em um ‘mocó’ construído com restos de madeira e plástico em muro de encosta para contenção de enchentes. Era um lar, com vasos de flores naturais que colhia nos jardins da região, quadros, enfeites, tapetes

pelo chão batido e lençóis na cama rústica, um colchão fino apoiado sobre madeira e tijolos. Ao lado, um fogão de lenha improvisado e o carrinho cheio de recicláveis. Pedimos para nos aproximar e logo elogiamos sua casa, ao que ela, toda prosa, respondeu: *“Não é porque tô na rua que eu preciso ser desleixada!”*.

Nesse momento, Magda foi mais receptiva à nossa abordagem e logo nos contou, com sorriso no rosto, que já havia realizado uma consulta na UBS para iniciar o pré-natal, demonstrando o cuidado com a gestação. Naquele momento, a felicidade era recíproca: ela, por um lado, por nos contar sobre seu desejo de maternar, seus sonhos e planos de sair das ruas com o companheiro e a criança; e nós, por outro, com sua aproximação e confiança, permitindo-nos compartilhar e iniciar um vínculo de cuidado.

Assim, ao longo de nossos encontros, foi nos contando sua história de vida. Pertence a uma família pobre e numerosa, era a caçula de cinco mulheres, não aprendeu a ler ou escrever apesar de ter frequentado a escola por alguns anos: *“eu sempre cabulava aulas para soltar pipa”, “Eu só ia pra escola para comer, em casa nunca tinha comida”*.

As ruas já faziam parte de sua vida desde a infância, era um lugar de brincadeira, de liberdade, de afetos, mas também de fuga: *“Dei trabalho para a minha mãe, fugia, mas eu voltava para a casa”*. E nos perguntávamos: *“Mas fugia de quê?”*.

Magda nunca conheceu seu pai, teve um padrasto sobre o qual não gostava de falar. Até que um dia nos disse: *“Eu odiava meu padrasto!”*; e, com olhos marejados, compartilhou conosco o abuso sexual sofrido na infância, falas explícitas ou não tão explícitas, mas que nos fizeram entender sobre o que se tratava. A violência sexual intradomiciliar que leva inúmeras meninas para as ruas também fazia parte da história de Magda.

Ficou órfã de mãe na pré-adolescência, nunca nos contou a causa da morte ou muitos detalhes de sua relação, mas sempre se referiu a ela a partir de um lugar de proteção e apoio.

Após a morte da mãe, foram cada vez mais frequentes suas ‘fugas’: *“Depois que a minha mãe morreu, mesmo minha irmã tentando cuidar de mim, não tinha mais nada que me segurava. Cai para o mundo!”*. Com olhos fixos em Magda, ficamos em silêncio, imaginávamos como, com suas irmãs, viveram a violência, a falta de apoio, a fome e

tantas outras questões para (sobre)vivência e como esse ‘mundão’ foi a única saída de vida possível para uma criança naquele momento: “*com 11 anos eu já cheirava cola*”.

Sempre que saíamos do território Magda ficava mais à vontade para falar sobre si. Certo dia, durante o trajeto da van para uma de suas consultas, com olhar cheio de lágrimas, constrangida e tentando disfarçar sua tristeza, decidiu nos contar sobre seus filhos. Essa era sua sexta gestação. Dois deles estavam com a família do pai, já estão crescidos: “*Eu já sou avó!*”, outro filho ficou com uma de suas irmãs, e um aborto espontâneo. Contou-nos então que teve outra filha, que estava com sua irmã Rita e que foi abrigada. Nesse momento, desviando o olhar, evitou o assunto colocando seu sorriso de volta. Era sempre muito difícil para Magda entrar em contato com esse passado, mas estar gestante novamente lhe renova as esperanças de construir um desfecho diferente para sua vida: “*nas gestações anteriores, eu não consegui, mas essa eu vou*”, sentia-se amparada por seu companheiro e por nós: “*agora vou ter apoio*”.

E foi assim, entre trajetos no carro e salas de espera nos serviços, visitas a parques ou atividades culturais, íamos nos aproximando de Magda, estreitando nosso vínculo, escutando-a em sua singularidade, sem julgamentos, construindo um olhar compreensivo para sua situação atual, fruto da pobreza, do racismo, das violências e do desamparo que a vulnerabilizaram ao longo da vida.

A mulher invisível

Ser uma mulher preta, usuária de SPA, gestante e em situação de rua significa estar exposta a todos os tipos de julgamentos, violências e discriminações que retraumatizam, oprimem e corroboram um agir da sociedade, voltado ao adoecimento e apagamento dessas pessoas.

Em uma de suas primeiras consultas de pré-natal na UBS, realizou TR para HIV e sífilis, relatando-nos orgulhosa: “*eu fiz o exame e tô limpa!*”. No entanto, depois de alguns dias, recebemos o resultado positivo para sífilis, informação que lhe foi negada no momento da testagem. Coube a nós dar-lhe o resultado, o que gerou grande indignação em Magda que, com muita raiva, disse: “*por que não me contaram? Eu sou invisível?*”. Sentimos então o cuidado conosco quando nos falou “*isso não*

é culpa de vocês”, mas era impossível, naquele momento, não partilhar de suas emoções. A raiva e a indignação permeavam nosso cotidiano mais uma vez diante das violências nas relações humanas a que essa população está exposta.

Com o resultado em mãos, tínhamos então que realizar o tratamento completo do casal. Magda concordou prontamente, preocupava-se com seu cuidado agindo de forma participativa e seguindo orientações das equipes de saúde, mas José se recusou. Conseguir garantir o tratamento de sífilis requer da equipe de CnR uma negociação constante entre os diferentes tempos e valores: um da vigilância, baseado em protocolos e em um olhar descontextualizado e de maior importância para o feto; e outro do casal, seu padrão de crenças e sua dinâmica de vida nas ruas, e isso, por vezes, torna-se angustiante para a equipe. Compreender nosso papel ajuda a nos orientarmos, e logo somos tomados pelo olhar do cuidado, construindo ofertas ancoradas, sobretudo, no respeito às singularidades dos sujeitos e implicando-os em suas decisões. O tratamento de Magda, apesar de alguns desencontros, pôde se completar dentro do esperado. Quanto a José, Magda decidiu não ter mais relações sexuais com ele.

Toda essa experiência mexeu com Magda. Dias após a notícia de seu exame positivo para sífilis e de seu desentendimento com o companheiro, a encontramos no território: *“Estou muito nervosa e usei”*. Ela estava visivelmente agitada. Andando de um lado para outro, chegou a pedir desculpas para a equipe por não nos acompanhar à UBS, para a aplicação da medicação para sífilis. Magda fez uso diante da angústia pelo que vivia, e não era pouco. Escutamos e acolhemos, o que permitiu a retomada de seu PTS, reforçando seu compromisso com a escolha de não utilizar substâncias. Magda era uma usuária de crack, e desde o diagnóstico de gestação, esteve motivada a parar. Manteve-se abstinente desde então.

O próprio julgamento pela recaída que atravessava Magda estava presente também entre as outras pessoas em situação de rua, fruto de um olhar social de controle e apagamento das mulheres diante de um ideal de maternidade, que as deixam ainda mais expostas na rua sem privacidade. Sua gestação era de domínio público. Quando a abordávamos, interferências de sua vizinhança aconteciam no território, em que

diziam: “*ela não usou mesmo*”; e, outros afirmavam, “*eu não deixo ela usar*”. Uma mistura de afeto e proteção atravessados pelo controle de seu corpo e julgamento.

Em outro momento, foi diante da equipe da UBS, mais uma vez, que Magda desapareceu. Em uma perspectiva higienista esterilizante, abordada, por vezes, na interlocução com outros serviços da rede de saúde, equipes indicam, explicitamente ou não, a laqueadura como melhor opção para contracepção definitiva ‘nesses casos’. Escutávamos: “*No caso dela seria tão importante, né!*”. Tal questão nos colocava no contexto de rua, pois o adoecimento, a perda de identidade e as fragilidades poderiam influenciar de forma determinante a escolha dessa mulher; entretanto, o papel da nossa equipe estava na mediação e na leitura desses contextos e, em alguma medida, proteger o momento de sua escolha: “*não sei se eu quero*”; você deseja? Pode falar a verdade... “*não quero*”.

Assim, o percurso do cuidado, com o caminhar do tempo, foi se reconfigurando na dimensão do vínculo e do afeto com nossa equipe. Magda nunca esteve invisível ao nosso olhar, e um dia, com orgulho nos olhos, nos disse: “*Meus amigos irão me levar para consulta!*”, fazendo referência ao CnR. Muitos sentimentos, dilemas éticos e técnicos nos atravessavam nesse momento. Misturamo-nos com Magda, nossos encontros eram marcados por trocas que visivelmente aumentavam nossas potências, sentíamos alegria em cuidá-la e ela em nos encontrar. Questionamo-nos, por vezes, se, em algumas situações, as escolhas de Magda não estavam motivadas em responder a nosso ‘olhar’ sobre ela, e qual, de fato, seria o seu ‘olhar’. Sabíamos também que aquilo que vivíamos no encontro dificilmente seria reproduzido em outras experiências sociais e nos responsabilizávamos sobre isso, sentíamos medo de iludi-la em relação às suas possibilidades de maternar e aumentar suas frustrações. Na dúvida, o caminho da equipe foi sempre o da construção de respostas no sentido de afirmá-la e defendê-la.

José

Magda estava com José havia algum tempo. Moravam juntos, demonstravam um laço amoroso, trocavam carinhos, trabalhavam com recicláveis, desejavam essa criança e planejavam a saída das ruas.

Permeados por um modelo de relação patriarcal e machista construída e reproduzida historicamente em sociedade, Magda expressava a vivência de questões de gênero. Em uma relação de suposta proteção de José, a pseudosseguença apareceu: *“prefiro ter um companheiro violento a estar exposta com vários outros”*.

Nessa dinâmica, a partir da realidade concreta vivida por Magda, a gestação surgiu como suposto papel protetivo: *“agora que estou grávida, a violência diminui”*. Atravessada pelo lugar de servir e ser *“mãe de seus filhos”*, o modelo de família mostrou-se idealizado por ela, ganhando nesse momento a hipotética importância para seu companheiro: *“queria muito dar um filho para ele”, “ele tem um filho, mas não está com ele”*, construções difíceis de serem contrapostas.

José evitava contato conosco, Magda, envergonhada, dizia baixinho: *“Ele está dentro do mocô”*. Após visitas constantes ao território, conseguimos uma aproximação do companheiro quando, em uma abordagem ‘despretensiosa’, começamos a ofertar água para seu cachorro. José estranhou o cuidado com o animal e nos convidou para entrar, solicitando que o acompanhássemos para tirar o documento de identidade, pois sabia que havíamos conseguido o de sua companheira. Falou ainda de uma possibilidade de emprego como caseiro em uma chácara com moradia que estava em vista, afirmando seu desejo de dar suporte para o projeto do casal de sair da rua em família.

Assim o fizemos. Acompanhamos José ao Poupatempo. Na saída, percebemos que mancava, seu rosto expressava dor, perguntamos o que houve e ele nos respondeu: *“calço 41, mas o sapato que consegui é 37”*, observamos, ainda, que estava com os pés feridos. Nesse momento, a equipe realizou os cuidados e, posteriormente, levou um calçado de número correto e roupas, aproximando-nos dele.

Falta pouco

Está chegando a hora! Já se passaram o primeiro, o segundo, o terceiro, íamos para o quarto exame de ultrassonografia obstétrica. Tomada pela ansiedade do momento, arrumava os cabelos e, vaidosa, tentava esconder a alopecia. Esperava *“pelos amigos”*. Em seus olhos, sentíamos nossa presença como um refúgio, e com carinho dizia: *“Vamos! Vamos!”*.

No caminho, tínhamos um ritual. Magda estava sempre com fome e com uma “*vontade*” de comer na cafeteria próxima ao Hospital. Qual gestante não tem seus desejos? Seu pedido era: “*pão de queijo e leite com chocolate*”.

Mediamos sua chegada à recepção cheia de pessoas, mas não conseguimos poupá-la dos olhares e dos julgamentos na sala de espera, o que impulsionava o seu desejo e vontade de ir à lanchonete. Algumas vezes, ficávamos na van ou até mesmo na rua: “*qualquer lugar longe desse povo*”, dizia ela. Parte da equipe conduzia os processos burocráticos, e a outra ficava na perspectiva de apoiá-la. Dialogamos sobre tudo e um pouquinho, momentos que fortalecem essa relação de trocas e afetos, construindo para nós sua identidade, desejos e histórias de vida.

Subimos dois lances de escada, logo ouvimos chamar seu nome, Magda entrou na sala e se deitou na maca, a acompanhamos todo o tempo e pudemos partilhar de sua felicidade, era uma menina! Notícia que recebeu abrindo seu lindo sorriso seguido de um pesar pela ausência de seu marido, e logo justificando para si mesma, disse: “*ele não veio porque não tinha roupas limpas e não tinha onde tomar banho, estava com vergonha*”.

Agora, já no avançar da gestação, tinha a certeza de que seu sonho estava mais próximo, mostrava-nos as novas roupinhas, os pacotes de fraldas e a banheira que comprou com dinheiro de seu trabalho com coleta de materiais recicláveis e doações. Confiava na proposta de emprego com moradia que José havia recebido, ela e a filha seriam “*resgatadas*”.

Idealizava sua vida de casada, a nova moradia, sua criação de galinhas e cuidados com as flores. Por vezes, ao pensar sobre sua filha, dizia: “*Espero que minha filha puxe a cor dos olhos e da pele do pai*”, homem branco de olhos claros, “[...] *se for igual a mim, coitada!*”, pressupondo as dificuldades que ela sofreria se fosse preta. Contudo, passadas algumas semanas, descobriram que a tal proposta de emprego se tratava de um trabalho análogo à escravidão. Precisávamos de uma mudança de planos, e o tempo não estava a nosso favor. Sem um local para morar, não conseguiriam sair da maternidade com sua filha.

A pedido de Magda, realizamos visita domiciliar para os pais de José na tentativa de que pudessem mudar para o local por um tempo

até que ele conseguisse um novo emprego. Nessa ocasião, levamos as fraldas, as roupas e a banheira que o casal havia conseguido. O local configurava-se como residência simples, na qual residia apenas o casal de idosos que nos receberam emocionados; entretanto, revelaram não ter condições financeiras e estruturais para acolher Magda e José com a criança. A avó apontava para uma possibilidade – ‘fala da avó’ –, mas o avô foi inflexível, expressou suas dificuldades de convivência com o filho, não aceitando a proposta.

O mundo de Magda ruía. Diante das dificuldades, sem emprego e sem sexo, José não conseguiu sustentar suas promessas e parecia abortá-las de sua vida. Era nítido o distanciamento do companheiro: mesmo ainda sem acreditar no que estava acontecendo, ela confidenciou para a equipe *flashes* de situações permeadas por muitas discussões e traições, e embora não verbalizasse, tínhamos indícios de agressões físicas e violências verbais.

Na tentativa de afastá-la do ambiente ‘domiciliar’ que se tornara hostil, chegamos a lhe oferecer, por vezes, o cuidado no Caps-AD para que pudéssemos pleitear uma vaga na UAA, o que não aceitou. Também não existiam vagas de acolhimento para mulheres em albergues da assistência social naquele momento.

Há exatamente 29 dias de seu parto, estava visivelmente devastada pela ruína de seu relacionamento. Magda informou à equipe que decidiu rever sua posição e optar pela laqueadura no momento do parto. Compartilhou a indignação por tudo que estava acontecendo, revelando nervosa que tinha feito o uso de crack.

Misturam-se sentimentos nesse momento, preocupada com as consequências e os riscos para a filha e, ao mesmo tempo, com raiva e culpa por toda a situação. “*Como me deixei enganar desta forma? Ele me traiu! E agora? O que vou fazer? Vão pegar a minha filha*” (quais as questões que lhe traziam culpa?). Após realizarmos uma escuta acolhedora, tentamos repactuar com Magda a tentativa de abstinência e a busca de saídas possíveis para sua situação. Com o passar dos dias, com desespero em seus olhos, mudou seus planos, quando disse que: “*vou morar com minha irmã*”. Sua dor era inimaginável para nós, mais uma vez suas expectativas foram frustradas, um tanto verbalizadas outras não.

Angustiada, pediu para que tentássemos encontrar a irmã mais velha, Rita, que cuidou dela quando a mãe faleceu, e disse “*ela eu tenho certeza que me ajudaria*”. Assim, em um trabalho de investigação, com as poucas informações que tínhamos, iniciamos uma busca nas redes sociais. Localizamos Léia, sobrinha de Magda, que nos respondeu com abertura para uma escuta. Com delicadeza, a equipe conduziu uma aproximação no sentido de compreender os elementos presentes nessa relação, observando que a família tinha, em alguma medida, a ciência da atual situação de Magda.

Ao longo desse processo de aproximação familiar, precisamos mediar sentimentos como culpa e mágoa. Rita se abriu para falar de si nessa relação que expressa situações de vulnerabilidades e adversidades da vida; era uma mulher que também precisava de cuidados e que, em tese, teria que ter alguma condição para auxiliar Magda.

A complexidade da situação nos exigia um investimento de trabalho que ultrapassasse os limites institucionais. Noites e finais de semana foram necessários para que conversas, visitas domiciliares e mediações fossem possíveis.

Em um de seus contatos, Rita contou-nos sobre a penúltima gestação de Magda, “*fiquei com a criança, e o Conselho Tutelar pegou a criança porque Magda não foi assinar a documentação*”. Apontava para Magda todas as situações que passaram em decorrência de suas atitudes com visível mágoa, entretanto, Magda apontava para nossa equipe que, mesmo assim, sua irmã a auxiliaria, dizendo: “*ela parece durona, mas é coração mole*”.

Deparamo-nos com nossos próprios conflitos, pois, mais uma vez, aqui estávamos, tomando a frente na tentativa de construção de um entendimento possível, que Magda, Rita e Leia pudessem se escutar e construir novos contratos em seus relacionamentos. Foram momentos de muita tensão, insegurança, dúvidas, os quais permeavam todos os envolvidos no processo, mas que culminaram no fortalecimento das relações.

Uma experiência surreal

Nesse contexto de tamanha complexidade, certo dia, estávamos pelo território quando soubemos da chegada da polícia ambiental escoltada

pela guarda municipal próximo ao mocó de Magda. Receosos com uma possível violência na abordagem policial, voltamos ao local. Havia uma denúncia de que dois filhotes de corujas estavam com alguma pessoa em situação de rua na região. Surpresos, soubemos que os filhotes estavam em poder de José, companheiro de Magda. Entretanto, naquela ocasião, ele não se encontrava no local, e Magda precisou enfrentar os policiais que estavam bastante hostis. Nosso corpo presente funcionava ali como um escudo, na tentativa de garantir um desfecho sem maior violência. Magda pedia que saíssemos, estava de alguma forma acostumada com aquelas abordagens e se preocupava conosco, mas decidimos ficar até o final, quando ela tirou as corujas de sua casa e disse *“fui eu que peguei e podem levar”*.

No dia seguinte, houve notícia no jornal: ‘Santo André resgata dois filhotes de coruja na Vila Palmares’ⁱ, fato noticiado de que uma pessoa estava cuidando das corujas até a guarda resgatá-las, não expressando momentos vivenciados, os quais foram permeados por apreensão e tensão no território com acusações e ameaças, que sem intervenção de nossa equipe poderia ter tido outro desfecho.



As corujas (Prefeitura Municipal de Santo André (PMSA) -).

i <https://www.dgabc.com.br/Mobile/Noticia/3825025/santo-andre-resgata-dois-filhotes-de-coruja-na-vila-palmares>.

O nascer da SOL

Agora sem José, que estava supostamente indo e voltando do trabalho em local distante, Magda trabalhava para sua sobrevivência, coletando recicláveis até o último dia de sua gestação. A equipe realizava atendimentos quase diários no território. Por vezes, a encontrávamos tocando seu cotidiano, em algumas ocasiões demonstrou-nos um pouco cansada, verbalizando preocupação efetiva com relação à irmã, porque percebia ali um alicerce para suas expectativas, hora antes depositadas em José. Quando, em uma de nossas visitas no campo, soubemos do nascimento de Sol. Surpresos, fomos recebidos por José que nos contou sobre o nascimento naquela madrugada. A Ambulância havia sido acionada pelos vizinhos no local, e ele foi acompanhando Magda em todo o trajeto, entretanto, quando chegou ao Hospital, foi ‘proibido’ de entrar por não portar seus documentos. Chegou a permanecer aproximadamente quatro horas no hospital, mas, sem respostas do Serviço Social sobre a possibilidade de ser liberado para acompanhar Magda no parto, acabou indo embora.

Fomos até o hospital visitá-la e a encontramos decepcionada com a ausência do companheiro, sentia-se abandonada. Em conversa com a assistente social do serviço, ela relata que o companheiro nem tentou entrar. Não sabemos até o momento o que, de fato, aconteceu.

Rita e Léia se emocionaram com o nascimento de Sol, e as dúvidas em relação à possibilidade de se responsabilizar por ela se dissiparam. Rita orientou Léia, que ainda estava receosa, a assinar a documentação para saída do bebê, comprometendo-se totalmente pela puérpera e sua filha.

No momento da alta hospitalar, Sol ainda não estava registrada, Magda tinha esperanças de que José apareceria, ou gostaria de fazê-lo em outra oportunidade, mas, nesse mesmo dia, havíamos feito busca ativa do companheiro, e ele se recusou a nos acompanhar para ver sua filha e fazer o registro. Com Léia, orientamos Magda sobre a importância de registrar a criança, e, novamente, fomos portadores de más notícias contando sobre nosso encontro com José.

Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela. (Angela Davis, 2017).

Tudo ficou organizado da seguinte forma: Rita a receberia em sua casa em outro município do Grande ABC (Diadema), mas precisava de um tempo para organizá-la. Enquanto isso, Magda e Sol ficariam com Leia em São Bernardo do Campo. No percurso do hospital até a casa de Leia, mostramos algumas fotos dos encontros no território com nossa equipe, e, ao ver José, Léia, que é mulher preta, direcionou-se a Magda e disse: *“ele é branco e muito bonito para você, tem razão de estar sofrendo por ele”*. O racismo explícito daquela forma, sem constrangimentos, surpreendeu-nos. Ficamos paralisados diante da violência e nos mantivemos em silêncio. Naquele momento, permitimos que Magda fosse apagada.

O silêncio que nos acometeu causou dor e nos calou a voz, é o mesmo silêncio que muitas vezes nos acomoda pela rotina e excesso de trabalho e o mesmo que faz com que a sociedade vislumbre diariamente violências aos corpos negros.

A vida com Sol

Já em casa no município de Diadema, mais organizada, começamos o trabalho de referenciá-la aos serviços onde estava residindo. Acompanhamos Magda e o bebê na UBS e, como estávamos com uniformes de Santo André, quase todo o tempo de que dispúnhamos foi gasto explicando que, apesar de sermos um serviço de outra cidade, ela estava morando no território e que seu comprovante de endereço estava em nome de sua irmã. Era como se Magda não estivesse presente, todos os questionamentos eram feitos a nós trabalhadores. Depois de muita discussão, saímos de lá com consulta agendada para ambas. Nesse mesmo dia, fomos até o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), tiramos o uniforme na tentativa de evitar o problema, porém os mesmos questionamentos se repetiram, mas ficou agendado um retorno para seu cadastro.

A criança foi matriculada em uma creche para que a mãe pudesse trabalhar e a acompanhamos até sua antiga escola para pedir segunda via do histórico escolar, pois ela desejava voltar a estudar. Pouco tempo depois, relatou que a família achava *“bobeira sua volta às aulas, tinha que procurar um emprego e que não era bom ela estudar à noite, pois teria o risco de voltar ao uso”*. Nesse mesmo dia, fomos até o Cras devido

à demora de resposta, e o técnico informou que havia tentado entrar em contato várias vezes sem sucesso, agendando nova data para cadastro.

As violências que essas mulheres enfrentam na rua não são nada comparadas às violências que muitas vezes sofrem dentro das famílias. A cultura que uma pessoa usuária de drogas e em situação de rua está no fundo do poço e que não há salvação para isso acaba fazendo com que as famílias entrem em um processo de expulsão dessas mulheres com a certeza de que proporcionarão uma vida, educação, e poder aquisitivo melhor que essas mães, que passam a entender que seus filhos são bem-vindos, mas que elas não são. Muitas mulheres, depois de todo o trabalho sobre o reconhecimento de si mesmas como ‘gente’ cumprindo o pré-natal corretamente, após o nascimento dos filhos, voltam às ruas.

As relações de racismo se agravaram na família. Percebemos a tentativa de empurrá-la para um relacionamento às escuras com um homem muito mais velho que ela, como houve resistência, começou o processo de expulsão muito antes de sua volta às ruas, com frases do tipo: “*Essa aí só come e dorme*” ou “*O tiquinho é bem-vinda aqui, esta macaca vocês jogam no rio, levem pro lugar de onde a trouxeram*” e “*a criança já é nossa, ela só pariu*”. Esses comentários sempre em tons de brincadeiras causavam novas dores em Magda e preocupação na equipe, que passou a entender que precisava de uma moradia para ela e sua filha o quanto antes ou a rua seria novamente seu destino. Oferecemos o ‘Vem Maria’ (Serviço da Assistência Social do Município), que acolhe mulheres em situação de violência, oferta recusada, pois ela nem mesmo tinha a percepção que essas ofensas eram violências e sentia culpa pela necessidade de ter sido acolhida pela família, mesmo com todo nosso esforço em orientá-la de que era uma vítima.

O processo de expulsão concretizou-se logo após a laqueadura, cansada de tantas ofensas, de ser colocada em um lugar de incapacidade, de não pertencimento, voltou para a rua no mesmo território em que a atendemos, mas lá também não fora aceita, novas cobranças, “*como você trocou o aconchego de um lar pelas ruas?*”, então ela procurou novos horizontes e não mais a vimos. Entretanto, soubemos de uma tentativa de ver ou buscar a filha na creche em Diadema um tempo depois.

A ‘liberdade’ da rua, como encontro de pertencimento, o único lugar que restou, o que sobrou para mim, não há outro lugar, “*a rua é minha*”.

DISCUSSÃO



A curadoria (arquivo pessoal – Equipe do Consultório na Rua – Mábila Rodrigues).

Um recorte de gênero no caso de Magda

Ninguém nasce mulher, torna-se mulher.
(Simone de Beauvoir, 1980).

Engels (1984) observa que, à medida que se processa o desenvolvimento social, o homem não somente passa a ser o detentor das riquezas e da família, mas também a ter o direcionamento da construção do ser social, por intermédio das instituições e da política, desenvolvendo um conjunto de mecanismos reguladores e punitivos das ações sociais, sejam elas coletivas ou individuais, naturalizando a submissão e a desvalorização da mulher. Com a hegemonia da sociedade patriarcal, o controle sobre as ações das mulheres passa a ser transmitido culturalmente por homens e mulheres, naturalizando o pensamento patriarcal.

Às mulheres fica destinada a tarefa de ‘limpar o mundo’, cozinhar, lavar, passar, tirar o pó, banhar o bebê, educar, alimentá-lo, etc. Esse sentido de eterna limpeza, de manter o mundo privado em seu eixo centrado e harmônico, marca o corpo feminino. É a cadeia de dominação, o paranóico motor – contínuo. (Silva, 1995, p. 114).

Priori (2004), em seus estudos históricos sobre a condição feminina no Brasil, enfatiza a existência de uma estrutura social, política, religiosa e econômica responsável pela manutenção e disseminação dos valores morais, controle do corpo e das ações das mulheres, que determinam a conduta das mulheres. Na sociedade patriarcal capitalista, o papel social da mulher foi historicamente construído para ser desempenhado com obediência, doçura, fragilidade, beleza, recato e ser do lar.

A mulher que é levada, por várias violações de seus Direitos Humanos e Sociais, a habitar as ruas rompe com todos os preceitos sociais e é vista, por parte expressiva da sociedade e pelo Poder Público, com sentimento de desprezo, indiferença, invisibilidade e inutilidade. Para as mulheres em situação de rua, a vida é mais cruel, e as vulnerabilidades, potencializadas. Logo, as mulheres convivem com a indiferença, a discriminação e o desprezo; conseguem passar despercebidas mesmo estando bem visíveis.

Ao dar luz às condições observadas, durante os atendimentos da equipe do CnR, fica evidente que, para as mulheres em situação de rua, as condições adversas que enfrentam em seu dia a dia são marcadas por riscos e vulnerabilidades, que se expressam cotidianamente na situação biográfica em que se encontram. A ausência de infraestrutura na rua para atender às suas necessidades básicas – com destaque para aquelas relacionadas com o universo feminino, a impossibilidade de higienização e repouso, a questão da vulnerabilidade à violência física, mental, sexual, convívio com as drogas e o enfrentamento das questões climáticas – torna a situação de rua ainda mais difícil para elas.

Tiene (2004) aponta para o agrupamento estratégico dessas mulheres como forma de proteção. As mulheres em situação de rua procuram sempre viver em grupos como forma de proteção, pois a violência surge de todas as partes, e essas mulheres, além de conviverem com o

preconceito, vivem também com o medo que lhes afligem diariamente. As mulheres não vivem isoladas, têm um parceiro ‘marido’, porque as relações de afeto, de amor e de entrega sexual parecem assumir um caráter vital nessa condição de vida: tanto como forma de troca pela proteção, pelas próprias carências afetivas, quanto pela disponibilidade de tempo e por ser alvo de disputa pelos homens, que constituem em maioria na rua.

Para essas mulheres em situação de rua, a esfera do privado coexiste no público. Na tentativa de manter sua privacidade, elas cocriam espaços de habitação que mantêm contornos íntimos, lugar de suas necessidades fundamentais individuais, relações afetivas, confidenciais e de discussão da relação com o parceiro, tornando público o que é da esfera do privado. Magda tenta, a partir do mocó, manter sua intimidade, entretanto, a dimensão do público invade seu espaço, a tentativa da privacidade escapa, como no momento em que ficam visíveis as violências vividas

Em sua condição social de mulher preta, Magda também é atravessada pelas expressões de questões sociais, culturais e econômicas que interferem em suas relações interpessoais e autoestima. As ações depreciativas por ela vivenciadas no seu processo de vida que a calavam a transformaram em uma mulher sem voz. As frustrações nos relacionamentos afetivos, os constantes abandonos, de seus parceiros, genitores de seus filhos, expressam a realidade de uma parcela significativa das mulheres pretas e pobres do Brasil, as mães solo. O Brasil tem 11 milhões de mulheres que são as únicas responsáveis pelo cuidado com filhos e filhas, a maioria das mães solo no País é negra, 61% em 63% das casas chefiadas por mulheres negras estão abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2019).

Ao homem, no caso da maternidade solo, coube a decisão de não ser pai, o que é aprovado socialmente, fato que não ocorre com a mulher que opta por não criar os filhos. A culpa pelo abandono paterno também a afeta, e por mais que dedique tempo e amor, o vínculo materno não supera a falta da figura paterna na vida da criança.

Vivemos em um país continental culturalmente machista, com o maior número de feminicídio, e essa cultura hegemônica de privilégios masculinos, brancos e cisgênero, que infelizmente aumentaram nos últimos anos com a cultura do ódio, afeta drasticamente a vida de mulheres que

historicamente são vítimas de sexismo e de machismo independentemente de sua classe ou sua cor. Com as mulheres que se encontram em situação de rua e que fazem uso de SPA, sobretudo mulheres negras, todas essas diferenças, indiferenças e violências são acrescidas consideravelmente. O estereótipo de falta de vontade, incapacidade, vadiagem e de dependência química acompanha o cotidiano dessas mulheres, inclusive de mulheres que não fazem nenhum tipo de uso e que estão nas ruas por falta de moradia, por situações de abandono ou violências domésticas. Em seu período gestacional, essas mulheres são sentenciadas como adictas e, por causa disso, padecem de todos os pré-julgamentos, violações de direitos e apagamento de suas histórias, na grande maioria das vezes sentenciadas a não capacidade de quer amamentar seus filhos, tendo muitas vezes unicamente a equipe do CnR como um diferencial apoio na mudança de suas vidas e na realização de cuidar de seus filhos.

Ela começa a viver na verdade aquele sub-mundo que ela está vivendo e esquece que existe outro mundo. Ela começa a ver as pessoas que vivem nesse outro mundo como se fossem ETs, como se fossem pessoas superiores a ela ao máximo. Por mais capacidade que essa pessoa tenha, ela não consegue botar isso para frente, ela não consegue botar isso para uma mudança da própria vida dela. (Mattos, 2003, p. 75).

O histórico sociocultural construído de uma sociedade patriarcal transcorre a ideia de que a mulher se torna completa a partir ‘do ser mãe’ e perpassa também os homens, que ‘são educados’ a ver a mulher unicamente como possibilidade de criar sua prole e perpetuar sua história por meio do filho.

As mulheres que se encontram em situação de rua não são diferentes disso, tentam se encaixar nessa vertente cultural. Esse desejo de maternar aumenta ainda mais seu sofrimento pelo fracasso de não conseguir ‘ser mãe por completo’; amamentar, cuidar, entre outros desejos afetivos que a sociedade espera de uma maternidade, gerando mais preconceitos e julgamentos, repetindo incansavelmente as tentativas, com o ‘sonho’: ‘desta vez ficarei com meu filho’ na fantasia de ‘que um dia terá competência para ser mãe’. Podemos também refletir sobre as

dificuldades de acesso ao uso de contraceptivos, devido a todos os preconceitos que sofrem pela rede de saúde, que já vêm mesmo antes de estarem gestantes.

Fui até o postinho e porque eu não tinha documento não me deram o anticoncepcional. (frase de uma usuária).

Ah, naquele postinho não quero ir, já fui maltratada. (frase de uma usuária).

‘Está na rua e continua engravidando’, ‘Nossa essas mulheres engravidam fácil e eu que quero, não consigo’. ‘Grávida de novo’. ‘Como vai sustentar sua criança se não consegue nem largar da pedra’. (frases que ouvimos em alguns serviços da rede de saúde e assistência).

A cultura da negação ao uso do preservativo também é uma forte realidade brasileira, um mito que reforça a ideia da monogamia, “*não preciso usar preservativo, sou casada(o), meu(minha) companheiro(a) acha que quero trai-lo(a) quando falo sobre o assunto*”, “*Se chego na galhada com preservativo meu companheiro quer me bater*”, frases repetidas por inúmeros usuários homens e mulheres. Observamos como a questão do machismo afeta também esses homens que, mesmo em situação de rua, sentem a necessidade de ser o provedor e dar conta do sustento da família.

A romantização da maternidade e o desejo de um recomeço

Para algumas mulheres atendidas pelo CnR, a maternidade é a expectativa de mudar de vida para melhor, constituir família, comprovar sua capacidade de cuidadora, de amar e ser amada, de conquistar uma vida longe das violências das ruas, sem privações, sem vícios; é a oportunidade de uma vida digna. Elas vivenciam preconceitos e violências por parte da família, pelos companheiros do território, pelo pai da criança, por trabalhadores da rede de saúde e assistência e pela sociedade. A todo custo, querem realizar o sonho de ser mãe, de contemplar o companheiro com um filho – “*Esta é a décima primeira e vou continuar criando barriga até conseguir cuidar de um filho meu*” (fala de uma usuária) –, engravidando novamente após seus filhos serem abrigados renovando a

esperança de exercer o direito de maternar. No caso específico de Magda, ela buscou o branqueamento de seu filho escolhendo um homem branco, mesmo que isso tenha proporcionado muitas violências.

Distanciamento masculino ao autocuidado

Por várias vezes, a equipe discutiu as dificuldades de vinculação com o companheiro da gestante, que associamos com os prejuízos causados pelo machismo na sociedade e no homem, o que justifica a problemática de aproximação para o cuidado masculino no geral e como esse sofrimento tem o preço pago sempre pela figura feminina. Isso justifica também a ausência da figura paterna durante o período de pré-natal e que se estende após o nascimento da criança, responsabilizando somente as mulheres/mães aos cuidados e seus possíveis agravos.

Um recorte de raça no caso de Magda

A desigualdade racial no Brasil, de caráter estrutural e sistêmico, é inquestionável e persiste devido à ausência de políticas socioeconômicas e práticas antirracistas. Sendo assim, institucionalizadas na construção do imaginário brasileiro, a violência e a exclusão racial permeiam diversas esferas e contextos sociais, como na justificção das desigualdades sob a ótica do racismo científico e o determinismo biológico que guiou políticas públicas de caráter eugênico, barrando o acesso aos direitos humanos básicos (Almeida, 2018). De forma resumida, podemos entender que essa problemática acontece estruturada no capitalismo que, por meio do colonialismo, desumanizou o negro para que pudesse escravizá-lo sem que sofresse um juízo moral dessa ação, introduzindo então um conceito de raça inferior.

A predominância de negros entre a população em situação de rua expressa um problema social e não limitado à esfera individualizada dos sujeitos, ancorada na segmentação de uma sociedade racista, que historicamente destituiu o acesso à cidadania a esses grupos. Essa população, explorada pelos modos de produção escravocrata, mantém-se na condição de desumanização e desigualdade socioeconômica em um sistema de classes. Logo, considerando o contexto supracitado e as diferentes intersecções sociais que atravessam a vida de mulheres negras em

situação de rua, foi possível compreender que os mecanismos da desigualdade racial e social impulsionaram Magda, mulher preta, a reproduzir a ideologia do branqueamento. Esse padrão destrói a identidade racial e cultural do povo negro, por intermédio da desculturização dos valores positivos de sua ancestralidade, pautada na incorporação de elementos de “subalternização e destituição material e simbólica dos bens sociais que geram respeito e estima social aos negros – ciclo de desvantagens” (Silva; Pires, 2015, p. 66).

Nesse contexto, o relacionamento afetivo e inter-racial de Magda pode ser interpretado sob a perspectiva da ascensão social e tentativa de que o sofrimento causado pelos mecanismos do racismo acabe nela. Durante a trajetória com a equipe, algumas frases de Magda, como “*tomara que minha filha tenha a pele clara como a do pai*”, e de sua sobrinha, que, ao ver a foto do genitor, disse “*ele é muito bonito para ela, tem razão de estar tão apaixonada*”, revelam as influências e a efetivação do projeto político de branqueamento, que atua diretamente na perpetuação e na interiorização de modelos culturais brancos. Diante dessas relações, a introjeção do racismo foi explicitada nas vivências de Magda, em que pode ser percebido o quanto:

A violência racista subtrai do sujeito a possibilidade de explorar e extrair todo o infinito potencial de criatividade, beleza e prazer de que ele é capaz; em mulheres negras soma-se a isso a violência de gênero. (Carrijo; Martins, 2020, p. 1).

Toda mulher negra em situação de rua tem resquícios de um navio negreiro, sendo a importância desses corpos resumida à reprodução, ao mesmo tempo que seus direitos maternos são negados e violados em esferas macro pela sociedade e micro por familiares nas relações cotidianas. Quando essas mulheres não têm seus filhos institucionalizados por políticas que promovem o sequestro de crianças negras pelo Estado, não conseguem exercer sua maternidade por vulnerabilidades socioeconômicas e pelo julgamento social, muitas vezes introjetado pelas próprias mães, de não serem capazes de cuidar, amar, sustentar ou propiciar uma vida digna para seus filhos.

No caso de Magda, esse contexto é agravado pelos estereótipos associados à condição de usuária de drogas. O olhar social de que pessoas que fazem uso de substâncias e que estão em situação de rua ‘estão no fundo do poço e que não há salvação para isso’, associado às fragilidades nas relações familiares, influencia o processo de expulsão dessas mulheres com a certeza de que proporcionarão uma vida melhor, em que passam a entender que seus filhos são bem-vindos, mas que elas não são. Sendo assim, muitas mulheres, depois de todo o trabalho e dedicação material e simbólica, retornam às ruas após o nascimento dos filhos, pois o reconhecimento de si mesmas como sujeito de direito se restringe ao período pré-natal e aos olhares e cuidado à gestação.

Diferentes configurações raciais de desigualdades puderam ser observadas durante o processo de acompanhamento da equipe com Magda. Seus relatos, em inúmeros momentos, refletiam a construção social de um país ancorado em estruturas perversas para a manutenção do racismo, das desigualdades sociais e a negação da necessidade de uma reparação histórica. Por outro lado, percebeu-se a necessidade de políticas internas e externas para o resgate do campo das manifestações da cultura negra para a construção de um senso afetivo, em que, mesmo com suas fragilidades, perpassa a relação materna pelos processos de identificação racial, guiada pela proteção e resistência. Seria nas possibilidades de conexão com a ancestralidade e no fortalecimento de elementos simbólicos e materiais da cultura negra que Magda poderia, em algum momento, distanciar-se de um padrão subjetivo imposto pela lógica racista, incorporando novas perspectivas em sua identidade de mulher negra e mãe.

Um olhar do Consultório na Rua

Todos esses estigmas e preconceitos pessoais tornam-se obstáculos de acesso e de atendimentos a essas mulheres e dificultam às equipes de saúde oferecer um trabalho de qualidade e eficiência a elas.

Sabemos que a implantação da unidade visa facilitar o acesso ao SUS, sendo o CnR fundamental para a construção do cuidado a essas pessoas com seus direitos, muitas vezes até desconhecidos, violados.

Legalmente, crianças, gestantes, idosos e pessoas com deficiências possuem prioridade de atendimento por possuírem fragilidades, e

essas vulnerabilidades se evidenciam mais quando na rua. Com essas demandas, mudamos a nossa rotina para conseguir garantir os seus atendimentos e direitos. Para isso, buscamos aprimorar continuamente nossos atendimentos, realizando semanalmente encontros de educação permanente e nos reunindo com as outras equipes de saúde ou de outros setores, para apresentar, discutir e construir um cuidado compartilhado, garantindo que não sejamos os únicos a prestar assistência a essas pessoas.

Para atender as gestantes em situação de rua, aumentamos a frequência de idas ao local para iniciar o pré-natal de alto risco, articularmos a rede intersetorial, e com esses múltiplos encontros, aproveitamos para conhecer ou reconhecer a munícipe e o território. Isso garante a troca de informações sobre os seus direitos, hábitos, alimentação e medicação, com isso, construindo o empoderamento dessas gestantes ao apresentar suas potencialidades, criando caminhos para o cuidado dentro do desejo delas.

Em alguns casos, essa gestação foi a oportunidade encontrada para referenciá-las a diferentes serviços da saúde, assistência, defensoria e educação, apoiando o restabelecimento do vínculo afetivo e familiar, a reinserção no mercado de trabalho e o retorno aos estudos, com gestantes cessando o uso de SPA ou migrando do uso dependente para um uso recreativo.

Por esses motivos, a equipe, mesmo durante a situação caótica da pandemia de Covid-19, apostou e trabalhou para um bom atendimento, um pré-natal estruturado e em conseguir trabalhar as questões clínicas e psicossociais de Magda.

Um estudo realizado no Canadá aponta como barreiras de acesso aos serviços de saúde à PSR a perda e ou falta de confiança dessa população perante aos profissionais de saúde, as condutas profissionais inadequadas, a baixa escuta profissional, as dificuldades em transporte e acessibilidade, a falta de compreensão e empatia e os julgamentos inadequados.

A Política Nacional sobre Drogas trouxe avanços no cuidado às pessoas com problemas de saúde mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com novos dispositivos e práticas, norteados pela redução de danos que é o caso dos

Caps álcool e outras drogas. Porém, as atuais diretrizes impostas vêm em um crescente na implementação de instituições excludentes. Ressalta-se que a cultura manicomial, hoje, apresenta-se vestida com outras roupagens, e, entre elas, destaca-se um esvaziamento da dimensão subjetiva e existencial do sofrimento mental em prol de uma versão fisicalista, eliminativista e reducionista. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. (Oliveira, 2021).

A solidão da equipe

Em paralelo ao atendimento da gestante, da pandemia de Covid-19 e da vacinação, tivemos outros casos que chamavam nossa atenção devido à gravidade clínica. A falta de leito para um rapaz muito abaixo do peso, com dificuldades de fala e de mobilização, com suspeita de tuberculose, câncer nas cordas vocais e com apenas 44 quilos, saturação 68, do qual não conseguimos diagnóstico nem internação, tampouco vaga em abrigo; e por fatalidade, soubemos de sua morte pelas redes sociais, dentro do carro, voltando de um atendimento em Diadema. Por ironia do destino, seu diagnóstico foi confirmado dias após seu falecimento.

Outro caso foi a falta de acesso à saúde de um senhor que residia em uma carcaça de perua enferrujada, em condições extremamente precárias, sem mobilidade, que possuía várias escaras pelo corpo, em seu leito com urina e fezes. No único dia que conseguimos tirá-lo do carro, fizemos uma limpeza, deixamos sacos de lixo, sabonete líquido, desinfetante e papel higiênico; atendemos também sua filha que faleceu de Covid-19 e ele também foi a óbito dias após o falecimento dela. Essas histórias se difundem, e cada uma delas com sua singularidade e questões com consideráveis agravantes, necessitando de toda assistência do Estado. Novamente, a sensação de que mesmo sendo uma equipe multiprofissional, com avaliações de diferentes profissionais do município, éramos o único serviço que tentava remediar isso.

Para a equipe do CnR, a expectativa não era muito diferente dos sonhos de Magda, esperávamos aproveitar o período gestacional e transformá-lo no divisor de águas na vida dessa mulher, auxiliá-la em seu

pré-natal, referenciá-la a outros serviços como na UBS, no Hospital da Mulher, na Assistência, no Caps-AD, Educação, Defensoria e Habitação. Provavelmente, toda essa expectativa foi criada, baseada em exemplos de atendimento a gestantes anteriores em que isso foi possível. Por esse motivo, acreditávamos ser possível devolver o direito a sonhar dessa mulher e restituir todos seus direitos violados, a autonomia e sua dignidade.

Com tudo isso, ainda foi preciso lidar com os receios da rede em relação ao pré-natal feito na rua, com falas direcionadas à equipe do CnR mesmo com a paciente ao nosso lado. Assim, salientamos que a mãe é a protagonista de sua história, de seu corpo e com a saúde do bebê. Percebemos que apesar de existir um fluxograma de atendimento às gestantes estabelecido pelo Ministério da Saúde, quando esse atendimento é direcionado a mulheres em situação de rua, entra todo o julgamento humano e preconceitos que acometem os profissionais dos serviços.

Quando chegamos a algum serviço acompanhando um usuário, mesmo com dez anos de trabalho no município, quase sempre os trabalhadores não enxergam o usuário e passam e falar e a perguntar sobre o nosso serviço, com frases como “*De que ONG vocês são?*”, “*Que trabalho maravilhoso vocês fazem!*”, “*Como faço para me voluntariar?*”. Todos esses questionamentos feitos enquanto o usuário aguarda, na maioria das vezes, com dor, com fome e em processo de abstinência, continuam invisibilizados diante dos olhos do profissional da saúde que está ali com o poder de atendimento e com a oportunidade de uma escuta qualificada, olhar humanizado e completo para essa pessoa. Temos a impressão de que somente nós enxergamos essas pessoas, que acreditamos em sua humanidade, na sua história, em sua força e capacidade, na sua resiliência, em seus direitos e sonhos.

Histórico dos atendimentos e consultas à gestante antes e após o nascimento

Ao longo da história do CnR, atendemos 35 mulheres gestantes em situação de rua, algumas delas com várias gestações, das quais algumas estão exercendo a maternidade e vivendo com seus filhos. Escolhemos cinco outros casos que consideramos os atendimentos exitosos.

Em relação à primeira gestante, o pré-natal foi realizado integralmente pelo CnR assim como o acompanhamento após o parto. As estratégias de RD possibilitaram o estabelecimento do vínculo da equipe com a paciente. Atualmente, a paciente faz uso recreativo de SPA, restabeleceu vínculo com a família e recuperou a guarda de seus três filhos, que já tinha antes da nossa assistência. Após os benefícios das estratégias de RD aplicadas a essa paciente, ela conseguiu utilizar abordagens semelhantes com seu pai, que também fazia uso de crack diariamente com impacto em sua vida pessoal e familiar, e, passou a fazer apenas uso recreativo, recuperou os vínculos familiares e retomou suas atividades laborais.

A segunda gestante já possuía outros filhos, que não estavam sob os cuidados dela. O pré-natal foi realizado pelo CnR em conjunto com o Caps-AD. Após o parto, ficou na UAA com seu filho e, assim, conseguiu ter seu direito ao exercício da maternidade preservado. Depois, restabeleceu vínculo com a tia e a irmã, que auxiliaram a paciente a ter sua própria moradia em uma comunidade do município.

A terceira mulher estava em sua décima terceira gestação quando o CnR iniciou os cuidados para com ela; a assistência pré-natal foi realizada em conjunto com a UBS Vila Guiomar. Durante a gestação, foi trabalhado o restabelecimento de vínculos familiares, e, assim, a paciente retomou seu vínculo com a mãe, que já cuidava de um dos filhos anteriores, e atualmente mora com seus filhos e cuida da mãe que a acolheu.

A quarta exerceu seu direito de maternar o filho por cinco anos. Nesse período, teve outra filha que também ficou sob seus cuidados por três anos, e foram abrigados após perder seu emprego e fazer uso de SPA durante um fim de semana, mesmo pagando uma babá para cuidar de seus filhos durante seu uso.

A quinta, uma mulher foragida com ameaças de morte pelo companheiro, portadora do vírus HIV e que estava em situação de rua por ter sido expulsa de casa por familiares, foi acompanhada à Defensoria Pública e, assim, conseguiu restituir sua casa que estava em posse de familiares, vivendo com sua filha até os dias de hoje.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou expressar a complexidade da atenção e do cuidado do pré-natal de uma mulher em situação de rua, preta, trazendo elementos para reflexão sobre uma linha de cuidado, na qual se priorize a dimensão subjetiva e humana dessas mulheres, mostrando também o trabalho do CnR.

O processo dessa construção contextualizou e exigiu o investimento em uma reflexão quanto à dimensão sócio-histórica e sobre as estruturas compostas a partir da dinâmica social que criminaliza e marginaliza essas mulheres.

Acreditamos que cada conversa, cada atendimento, cada preservativo ou copo d'água oferecido são um ensinamento e um aprendizado, os dois simultaneamente e para ambos, profissionais e atendidos, presumindo que é justamente a junção desses saberes a maior e mais potente ferramenta de construção para uma linha de cuidado mais funcional e sensibilizada que acolha e amenize as dores e demandas da população atendida.

Desejamos que o leitor e os profissionais da saúde compreendam a complexidade de um pré-natal de uma mulher em situação de rua e que acreditem ser possível uma linha de cuidado na qual os desejos, as necessidades, as singularidades, as vulnerabilidades e os direitos dessa mulher possam ser recuperados e restabelecidos. Ademais, que esse período possa servir para maiores vinculações e para uma gama de possibilidades à gestante, à criança e às equipes.

Agradecemos a todas as profissionais que integraram a equipe, principalmente as que cuidaram de Magda. Eliene Rocha dos Santos, Esther Silva Santos, Tamiris Pichirilo Rodrigues, Giovanna Feliciano de Oliveira, Maureen de Alencar Filone, Deborah de Oliveira Mancuso e Daniel Felix Valsechi, sua dedicação, empenho e parceria foram fundamentais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVES, A. Angela Davis: “Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”. *El País*, São Paulo, 27 jul. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/27/politica/1501114503_610956.html. Acesso em: 2023 jul. 7.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Tradução: Sérgio Milliet. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Identidade Visual: consultório na rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARRIJO, C.; MARTINS, P. A. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Revista Estudos Feministas*, [s. l.], v. 28, n. 2, p. e60721, 2020.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e o Estado*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>. Acesso em: 13 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Panorama da População de Santo André*. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santo-andre/panorama>. Acesso em: 7 jul. 2023.

MATTOS, R. M.; TUCCI, C. A situação de rua por ela mesma: relatos de sobreviventes. São Paulo: Semana de Psicologia da Universidade São Marcos, 2003. [No prelo].

OLIVEIRA, M. A. et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, p. e03744, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J5B4q6h6HFm5rCmjCJMZF8x/>. Acesso em: 30 nov. 2023.

PRIORI, M. D. *História das Mulheres no Brasil*. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

SANTO ANDRÉ (Município). Secretaria de Saúde. *Plano de inclusão Produtiva 2022*. Santo André: Secretaria de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www3.santoandre.sp.gov.br/portaldoempreendedor/wp-content/uploads/2022/12/Lei-Institui-o-Plano-de-Inclusao-Produtiva-Anexo.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2023.

SANTO André resgata dois filhotes de coruja na Vila Palmares. *Diário do Grande ABC*, 10 jan. 2022. Setecidades - Animais silvestres. Disponível em: <https://www.dgabc.com.br/Mobile/Noticia/3825025/santo-andre-resgata-dois-filhotes-de-coruja-na-vila-palmares>. Acesso em: 7 jul. 2023.

SANTO ANDRÉ (Município). Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde, 2022 - 2025*, 2021. Disponível em: <https://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/2015-06-17-15-09-59/file/1487-pms-2022-2025-final-28-10-2021>. Acesso em: 13 Nov 2023.

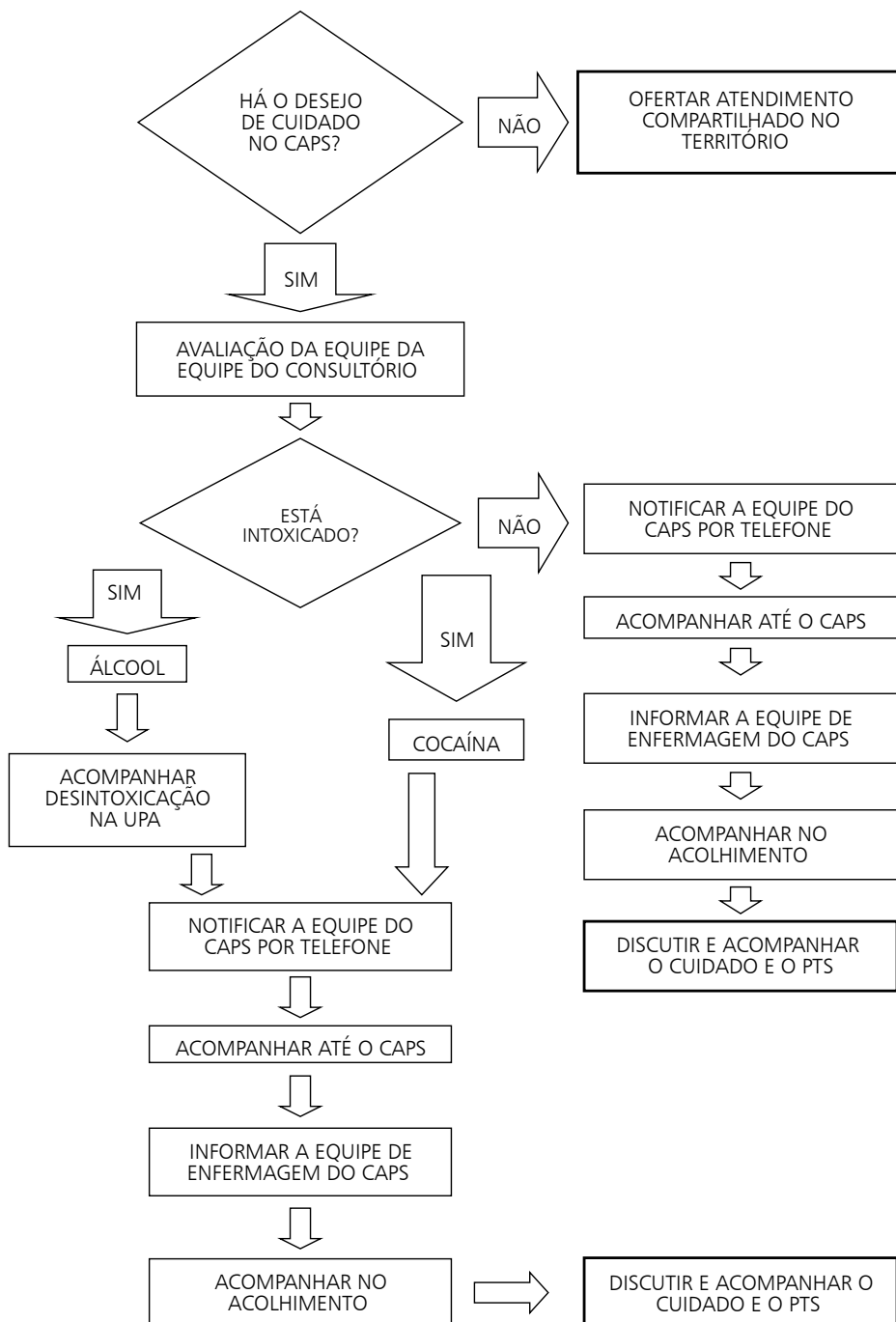
SILVA, M. M. Mulher, identidade fragmentada. In: ROMERO, E., (ed.). *Corpo, Mulher e Sociedade*. Campinas: Papéis, 1995.

SILVA, S. M. Redução de Danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André – SP. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, 2009.

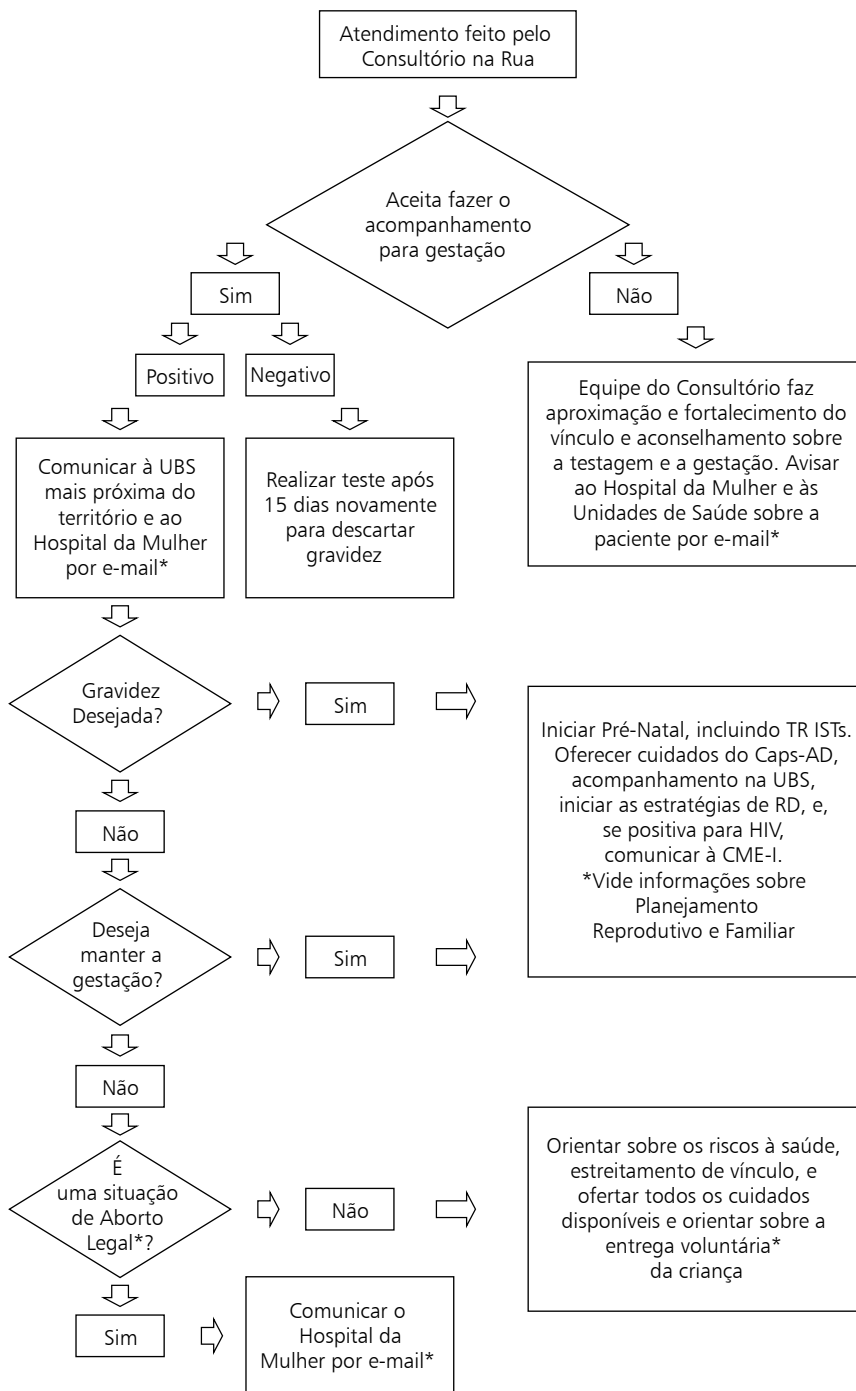
SILVA, C. L.; PIRES, T. R. O. Teoria Crítica da Raça como referencial teórico necessário para pensar a relação entre Direito e Racismo no Brasil. In: DANTOS, F. A. C.; GORDILHO, H. J. S.; STEINMETZ, W. A. (coord.). *Direitos dos conhecimentos*. Florianópolis: CONPEDI, 2015.

TIENE, I. *Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais*. Campinas: Editora Alínea, 2004.

ANEXO A. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ENTRE CAPS-AD E CONSULTÓRIO NA RUA DE SANTO ANDRÉ



ANEXO B. FLUXOGRAMA DO CUIDADO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO



E-mail para comunicar ao Hospital da Mulher: gestao.cuidado@hospitaldamulher.org.br / dir.tecnica@hospitaldamulher.org.br

E-mail para comunicar ao Consultório na Rua: consultorionarua@santoandre.sp.gov.br / arpagni@santoandre.sp.gov.br

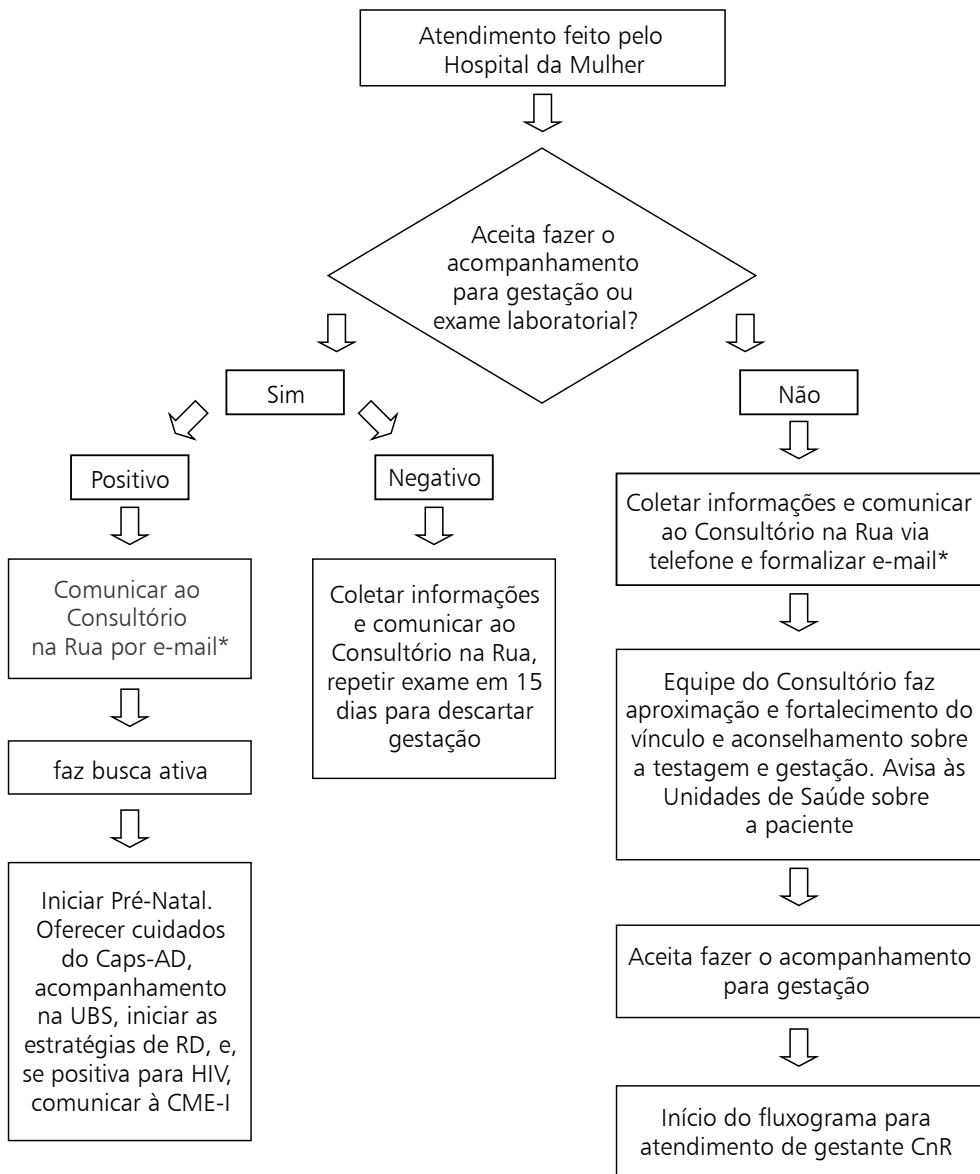
E-mail para comunicar à CME-I: emmatsuda@santoandre.sp.gov.br

*Planejamento reprodutivo e familiar. A paciente que, após confirmação da gestação, tiver o interesse em realizar o procedimento de laqueadura, deve iniciar o Planejamento Familiar e Reprodutivo no Hospital da Mulher. Assim que confirmada a gestação da mulher, o Consultório na Rua entrará em contato com a UBS de referência para agendar o Papanicolau, via telefone e documentado via e-mail. No caso de o Hospital ser o local de referência territorial da gestante, a UBS Santo Alberto será a direcionada para coleta de Papanicolau e tratamento de sífilis da paciente.

*Aborto Legal. Art. nº 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

*Entrega voluntária: Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017.

Art. 1º. Esta lei altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre entrega voluntária, destituição do poder familiar, acolhimento, apadrinhamento, guarda e adoção de crianças e adolescentes, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para estender garantias trabalhistas aos adotantes, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para acrescentar nova possibilidade de destituição do poder familiar.



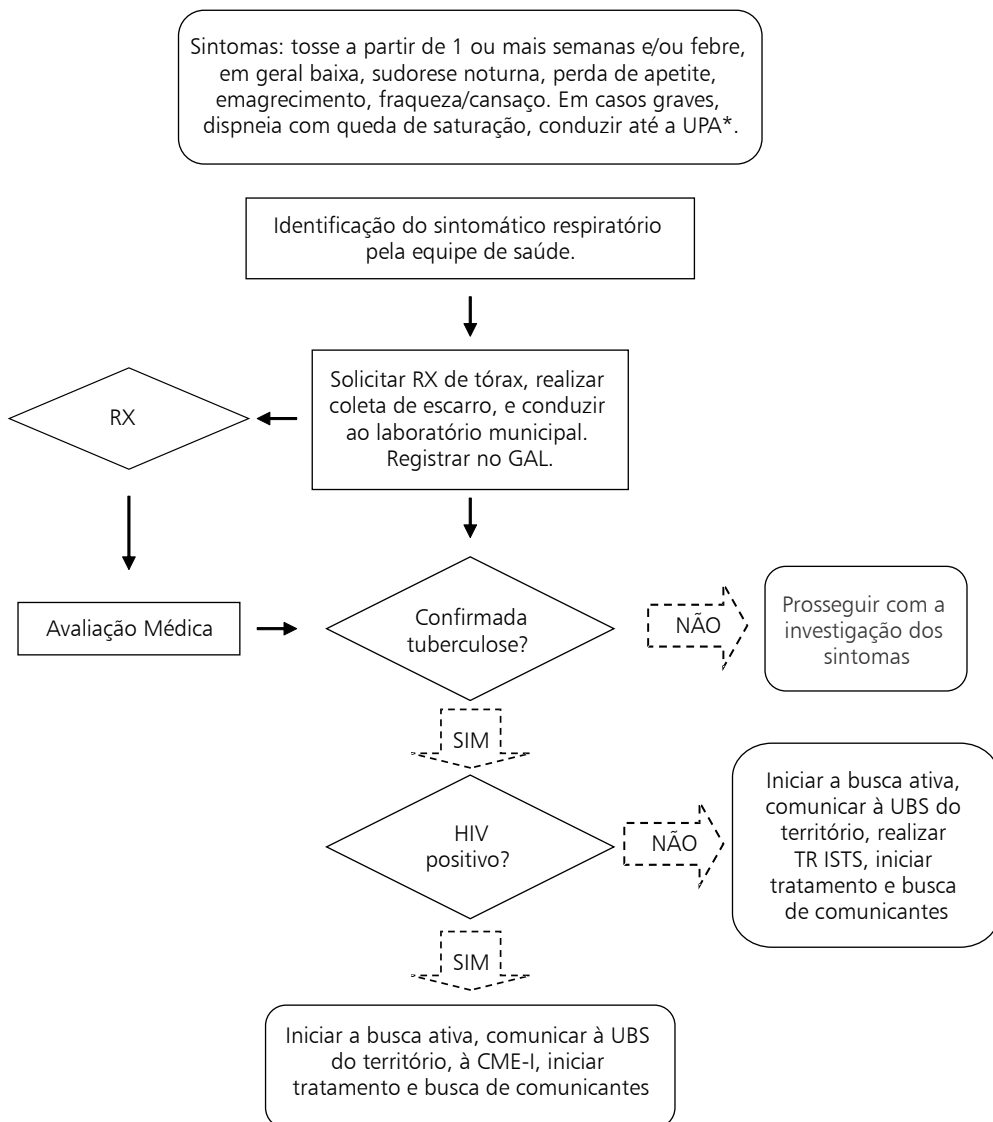
E-mail para comunicar ao Hospital da Mulher: gestao.cuidado@hospitaldamulher.org.br/ dir.tecnica@hospitaldamulher.org.br

E-mail comunicação ao Consultório na Rua: consultorionarua@santoandre.sp.gov.br/ arpagni@santoandre.sp.gov.br

E-mail comunicação à CME-I: emmatsuda@santoandre.sp.gov.br

ANEXO C. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR DO CONSULTÓRIO NA RUA DE SANTO ANDRÉ

Manter a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios iniciada durante a pandemia de Covid-19:



* Os pacientes internados nas UPA, com ou sem o nosso encaminhamento, serão acompanhados regularmente pela equipe do CnR até receber alta, com ao menos duas visitas semanais; e, se desejarem, receberão o acompanhamento do Caps-AD e terão prioridade de acolhimento noturno

CURADORIA: O DESAFIO DE APOIAR, QUALIFICAR E MULTIPLICAR PRÁTICAS

Carolina Chacur Abou Jamra (curadora)

Eduarda Rimes Salgueiro Ferreira (assistente)

Layane Franciele de Lima Martins (assistente)

Quando fui convidada para atuar como curadora, já estávamos na metade do tempo proposto para o trabalho. Tinha o desafio de substituir Eduardo Alves Melo, que assumiria como vice-diretor da Escola de Governo em Saúde da Ensp/Fiocruz, a quem agradeço esta oportunidade, pois o tema do cuidado a mulheres gestantes em situação de rua já havia me atravessado em inúmeras oportunidades, seja como gestora de maternidade, como médica de uma equipe de CnR, como psiquiatra de UBS, seja como humana – e poder trocar experiências e ocupar este lugar de curadoria na equipe do CnR de Santo André era e foi para mim um privilégio. Agradeço a toda a equipe o acolhimento e a disponibilidade para o trabalho, ao secretário municipal de saúde, à coordenação em saúde mental e sua assessoria a seriedade e o compromisso da gestão com o projeto, assim como à equipe do IdeiaSUS/Fiocruz a confiança, e às assistentes do projeto a parceria.

CAMINHOS NA CONSTRUÇÃO DO RELATO DA EXPERIÊNCIA

Os primeiros encontros com a equipe do CnR estavam atravessados por inúmeras questões próprias de qualquer equipe de saúde, mas fez-se necessário trabalhar uma delas durante todo o processo de produção do relato de experiência: ‘Ganhamos o prêmio como experiência exitosa, mas a mãe não está mais com o bebê’. Já se passavam meses do nascimento da criança, e novos fatos se fizeram presentes. A mudança de município da paciente dificultou o acompanhamento da equipe após o puerpério, e os conflitos familiares levaram-na de volta às ruas. Havia ali um conjunto de sentimentos que atravessavam os trabalhadores, desde a confiança

de terem feito todos os investimentos possíveis no cuidado a essa gestante, inclusive se dispondo a atuar em períodos fora de seus horários de trabalho, até a alegria com o vínculo que estabeleceram e com os momentos compartilhados, mas também a frustração por esse desfecho, a tristeza pelo testemunho das violências vividas, a impotência pela falta de recursos disponíveis para amparar aquela mulher, a solidão diante de outros atores na rede e a preocupação com este relato de experiência com a não exposição dela novamente.

Encontrei ali uma equipe cuja vida de seus pacientes lhe importava, cidadãos mobilizados eticamente com seu trabalho e que puderam escutar o desejo de maternar verbalizado por uma mulher preta, gestante, em situação de rua e usuária de substâncias despidos dos valores engendrados em nossa sociedade capitalista, colonialista, patriarcal e racista que a desumaniza e a criminaliza, tirando-lhe esse direito e a apagando da vida de seus filhos.

Uma equipe que pôde estabelecer uma relação humana e tomar o desejo manifesto dessa mulher como expressão de sua vontade de viver, de criar, de amar (Guattari, 2008, p. 261) e, diante dessa possibilidade, implicar-se e investir em um PTS que apostava na sustentação dessa experiência, apoiando-a no enfrentamento de uma estrutura adoecedora.

Entendi que esse é o olhar que se destaca na experiência do CnR de Santo André. Apesar da mudança no desfecho do caso após o prêmio que receberam, não podiam subestimar a dimensão da aposta e as repercussões dela na vida dessa mulher e dessa criança com quem puderam conviver até os 8 meses de idade, construíram um vínculo com aleitamento materno, viveram uma experiência amorosa que não se apaga com a separação. Então, como poderíamos relatar essa experiência se não fosse fazendo exatamente o que está em sua essência? Assim, decidimos produzir a narrativa do cuidado a essa mulher que chamamos de Magda para que o leitor pudesse se aproximar de sua realidade, tirando-a da invisibilidade, denunciando relações violentas a que foi exposta e demonstrando parte do trabalho da equipe do CnR no cotidiano, a complexidade que envolve um pré-natal nesse contexto e a dimensão do investimento necessário para produzir mudanças sustentáveis, em uma tentativa de, assim como proposto por Ferigato (2014), dar relevo não apenas ao saber, mas ao sabor da experiência.

Concluimos que multiplicar práticas, nessa experiência, é multiplicar olhares. A narrativa do cuidado com Magda pode também ser aplicada à experiência de Rosa, Ana Paula, Cristina, Joana, Beatriz e tantas outras mulheres em situação de

rua que viveram a gestação e tiveram seus filhos abrigados ou acolhidos no convívio familiar. Assim, esperamos que essa oferta da equipe possa ser um disparador de reflexões acerca do cuidado a mulheres gestantes em situação de rua e de políticas necessárias para a garantia de seus direitos.

CURADORIA COMO AGENCIADOR NO MUNICÍPIO DE NOVOS PROCESSOS E QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Todo o processo da curadoria no município de Santo André deu-se baseado em seus princípios, diretrizes e metodologia propostos em sua formulação (Fernandes, *et al.*, 2022).

Vale destacar o envolvimento da gestão como um diferencial nessa experiência. Partimos de uma reunião com o Secretário de Saúde, sua equipe de gestores, coordenação do projeto IdeiaSUS/Fiocruz, curadoria e equipe de CnR para trocar experiências, alinhar expectativas em relação ao projeto da curadoria e sustentação política dele no município. Isso porque o projeto se propôs a atuar dentro dos pilares da educação permanente conforme proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), colocando a experiência em análise. Dessa forma, com a problematização, surgem sempre questões a serem enfrentadas pela gestão, o que foi imediatamente validado por toda a equipe.

Dentro da metodologia proposta, todos os encontros aconteceram no coletivo, em roda, mesmo quando on-line, fazendo a palavra circular e incentivando o protagonismo de toda a equipe. Aproveitamos o momento da análise do prontuário da paciente para, baseados na metodologia de análise do fluxograma descritor (Franco; Merhy, 1999; Franco, 2003), problematizar o processo de trabalho da equipe e suas estratégias de gestão do cuidado em rede identificando problemas a serem enfrentados para a qualificação do cuidado e ações propostas para seus enfrentamentos. O resultado dessa discussão está no quadro a seguir:

Quadro 1. Resumo da problematização sobre o cuidado de gestantes em situação de rua no município de Santo André

Problema	Operação proposta	Resultados esperados
<p>O machismo e a violência contra a mulher presentes em nossa sociedade se revelam na rua tanto pela ausência de privacidade do casal, tornando pública violências que infelizmente também ocorrem nos domicílios brasileiros, como pelo agravamento dessa situação diante de inúmeras vulnerabilidades a que essas mulheres estão expostas. A quebra dos vínculos familiares e das redes de apoio, a busca de proteção diante da violência das ruas e a resignação por sofrer agressões de um único parceiro 'protetor', o desejo de construir uma saída da rua baseada em um ideal de família, o que inclui ter um filho, responder ao desejo de seu parceiro de afirmar a sua masculinidade engravidando uma mulher, a busca de um olhar de cuidado estando gestante, a exclusão social como fator de desumanização dessas mulheres que, com a dependência química, leva a uma alienação de si, de seu próprio corpo e a um desafeto a um possível sentido de maternidade, entre outros, são fatores que influenciam o desejo de gestação de uma mulher em situação de rua.</p>	<p>Organizar ações de promoção à saúde periódicas específicas para as mulheres fora das cenas de uso que possibilitem encontros potentes nessas mulheres, produção de deslocamentos subjetivos, autocuidado, segurança e empoderamento delas.</p>	<p>Estreitar vínculos, abrir escuta para a violência vivida por essas mulheres e para a possibilidade de busca de uma saída possível, investir no autocuidado e, quem sabe, idealmente, em um olhar de sororidade no território.</p>
<p>Quando do desejo de prevenir a gestação, a população em situação de rua enfrenta dificuldades no acesso aos métodos disponíveis, seja pela distância da UBS, pela dinâmica de vida e suas necessidades, pelas exigências e constrangimentos sofridos nos serviços de saúde que inibem a busca ou mesmo por falta de oferta a métodos específicos de maior duração, que podem responder às necessidades específicas dessa população, como no caso do implanon, tendo em vista a contraindicação do DIU.</p>	<p>Mapeamento de espaços com grande concentração de pessoas em situação de rua sem acesso à dispensação de preservativos sob livre demanda e construção de estratégias locais que garantam a oferta.</p>	<p>Todas as áreas de concentração de pessoas em situação de rua com acesso a <i>dispenser</i> com preservativos.</p>
	<p>Garantir acesso ao implante subcutâneo para mulheres em situação de rua.</p>	<p>Oferta de implanon para as mulheres que optem por este método contraceptivo.</p>
	<p>Acesso ao contraceptivo oral e a outros medicamentos quando indicado independentemente de comprovante de endereço e documento físico.</p>	<p>Dispensação de medicação para a população em situação de rua pelas farmácias das unidades de saúde sem a exigência de documento de identificação e comprovante de residência.</p>

Quadro 1. Resumo da problematização sobre o cuidado de gestantes em situação de rua no município de Santo André

Problema	Operação proposta	Resultados esperados
Falta de equipamentos básicos para acompanhamento do pré-natal.	Comprar dois equipamentos de doppler sonar (detector fetal) móvel.	Qualificação do pré-natal das pacientes que não estão vinculadas à UBS garantindo a oportunidade de cuidado na rua.
Quando uma pessoa em situação de rua busca um equipamento de saúde, muitas vezes enfrenta dificuldades no acolhimento às suas necessidades, seja por ato discriminatório por suas condições de higiene e de autocuidado, desumanizando-o e invalidando sua demanda, seja por dificuldade de o serviço perceber riscos de agitação psicomotora em situações de abstinência de drogas que levam à evasão do paciente sem que o cuidado (consulta/exame/vacina etc.) seja efetivado.	Manter programa de sensibilização para os equipamentos de saúde em relação ao cuidado às pessoas em situação de rua.	Profissionais sensíveis ao cuidado à população em situação de rua e suas especificidades.
Dificuldade no Poupatempo no acolhimento e na liberação de documento sem agendamento prévio.	Definir protocolo com Poupatempo sobre as necessidades e especificidades da população em situação de rua, sensibilizando-os quanto às dificuldades em cumprir protocolos rígidos e longos tempos de espera.	Todas as mulheres gestantes com documento disponível na hora do parto e registro do recém-nascido.
O fato de a entrega dos exames de pessoas em situação de rua para o laboratório precisar respeitar o mesmo horário da rede dificulta a execução dos exames de pré-natal das gestantes tendo em vista que a oportunidade de coleta nem sempre consegue respeitar esses horários.	Pactuar fluxo que possibilite a coleta de exames de pré-natal oportuna e sua realização.	Cumprimento do protocolo de pré-natal para gestantes em situação de rua, aumento no diagnóstico de sífilis, HIV e doenças gestacionais.
Dificuldade no tratamento de sífilis das pessoas em situação de rua.	Criar protocolo para aplicação de penicilina benzatina na rua pela equipe de enfermagem sob supervisão médica.	Aumento do índice de tratamento de sífilis do casal, redução da sífilis congênita, redução da transmissibilidade de sífilis entre a população em situação de rua.

Quadro 1. Resumo da problematização sobre o cuidado de gestantes em situação de rua no município de Santo André

Problema	Operação proposta	Resultados esperados
<p>Dificuldade no tratamento de pessoas com HIV devido à distância do Centro de Referência.</p>	<p>Discutir descentralização do cuidado do HIV para outras unidades de referência, capacitação em serviço e autorização dos médicos do CnR na prescrição de antirretrovirais e criação de fluxos de cuidado entre o CnR e o serviço de referência, incluindo o matriciamento médico do infectologista com os médicos da equipe.</p>	<p>Aumento do índice de tratamento de gestantes portadoras de HIV, redução da transmissão vertical de HIV, redução da transmissibilidade de HIV entre a população em situação de rua.</p>
<p>Ausência de acolhimento para gestante não usuária de drogas e casais durante pré-natal e após o parto nos primeiros meses de vida do bebê.</p>	<p>Discutir descentralização do cuidado do HIV para outras unidades de referência, capacitação em serviço e autorização dos médicos do CnR na prescrição de antirretrovirais e criação de fluxos de cuidado entre o CnR e o serviço de referência, incluindo o matriciamento médico do infectologista com os médicos da equipe.</p>	<p>Redução de vulnerabilidade e exposição a riscos da mulher ou casal, garantia de direitos humanos, oportunidade de sustentar projeto terapêutico que inclua o desejo à maternagem dessa mulher e mudança de sua dinâmica de vida.</p>
<p>Fragilidade da defesa da gestante no direito à maternagem e ao abrigo arbitrário da criança.</p>	<p>Fazer aproximação à defensoria já no início do pré-natal, levantamento dos antecedentes da gestante em relação às questões civis e outros filhos que possam impactar no julgamento do juiz, constituição de defesa de direitos humanos e sustentação do projeto de maternagem quando do desejo da mulher.</p>	<p>Garantia de direitos e defesa.</p>
<p>Decisão sobre notificação da Vara da Infância e da Juventude sobre o olhar exclusivo da equipe de assistência social do Hospital que, na maior parte das vezes, desconhece a gestante durante o pré-natal e realiza essa avaliação após o parto em 24h de permanência dela na instituição.</p>	<p>Discussão dos casos de gestante em situação de rua em rede, pactuar que a saúde (principais serviços que se vincularam ao pré-natal da gestante) indique a necessidade de notificação da vara e realize relatório conjunto.</p>	<p>Olhar cuidadoso da equipe de saúde dos diferentes serviços para as necessidades de proteção da criança diante da vulnerabilidade física e ou psíquica de seus pais.</p>

Quadro 1. Resumo da problematização sobre o cuidado de gestantes em situação de rua no município de Santo André

Problema	Operação proposta	Resultados esperados
Ausência de políticas de empregabilidade, como treinamentos e ofertas de frentes de trabalho, com prioridade para mulheres gestantes e puérperas recém-egressas da rua.	Oferta de treinamentos e frentes de trabalho para mulheres que busquem a maternagem e sua sustentabilidade econômica.	Sustentabilidade econômica do projeto de vida.

Após formulação desse planejamento na equipe, todos os pontos foram discutidos e acolhidos pela gestão e tiveram encaminhamentos, sendo que, ao final da curadoria, o município já havia feito importantes avanços em seus protocolos, fluxos e processos, por exemplo:

- criação de Grupo de Trabalho (GT) permanente e institucional para o cuidado às pessoas em situação de rua com envolvimento da saúde (CnR, UBS, Rede de urgência e emergência, Hospitais e maternidades e rede especialidades em especial infectologia) e intersetorial;
- mudança no fluxo para coleta e análise dos exames laboratoriais, respeitando a oportunidade da coleta em qualquer horário do dia;
- implantação de protocolo de enfermagem para aplicação de Penicilina Benzatina no tratamento da sífilis fora do equipamento de saúde;
- compra de equipamentos específicos para a avaliação fetal na rua;
- reunião com a defensoria pública de Santo André com a proposta de instituição de Comitê de acompanhamento e monitoramento de gestantes em situação de rua composto pelas diversas secretarias do município, universidades e controle social com o objetivo de propor ações e políticas voltadas à proteção e à garantia do direito dessas mulheres e crianças.

REFLEXÕES DA CURADORIA

Uma equipe de CnR, quando atua no cuidado a mulheres gestantes, assume o papel de Unidade de Terapia Intensiva na atenção básica, pois está diante de uma situação de saúde crítica e prioritária, em que toda a equipe precisará se envolver e se responsabilizar pelo caso, e que envolve um grande adensamento tecnológico e diferentes movimentos de cuidado para dar sustentação ao PTS. Essa intensividade no cuidado fica evidente no caso de Magda e, de forma breve, sistematizaremos aqui.

Pensando no trabalho em saúde como um trabalho vivo em ato assim como proposto por Merhy (2002), podemos fazer um exercício sobre quais seriam essas tecnologias necessárias para o cuidado destas mulheres gestantes:

Tecnologias duras:

- estrutura de acolhimento e moradia para a gestante ou para o casal, a depender da situação, com ou sem o bebê. Esse, sem dúvida, é o maior estrangulamento na rede, com baixa oferta nos municípios, aspecto essencial quando pensamos no cuidado a essa população baseados nos princípios do Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Brasil, 2022);
- fácil acesso à análise de exames laboratoriais, ultrassonografia, odontologia, de forma que possam ser realizados de acordo com a oportunidade diante da dinâmica das ruas;
- insumos e protocolos para realização de consultas, coleta de exames e tratamentos na rua se necessário;
- acesso a benefícios como Bolsa Família, transporte para realização de exames e consultas no pré-natal de alto risco; documento de identificação para registro em maternidade;
- acesso a defensor público para defesa e garantia de seus direitos;
- acesso a frentes de trabalho e programas de geração de renda e economia solidária etc.

Tecnologias leve-duras – saber técnico estruturado sobre os determinantes sociais que operam sobre o contexto das ruas e os processos

de adoecimento, compreensão sobre o território e suas dinâmicas, sobre o pré-natal, cuidados do HIV, sífilis e doenças específicas da gestação, em especial, hipertensão gestacional com maior prevalência em mulheres pretas, avaliação nutricional, saúde mental, redução de danos, gestão do cuidado em rede, conhecimento sobre a rede intersetorial disponível no município e como articulá-la, entre outros.

Tecnologias leves – relacionais como a capacidade de produção do vínculo com a gestante e seu companheiro, possibilidade de implicação subjetiva no cuidado, capacidade de trabalho em equipe, articulação com os diferentes atores nos diferentes equipamentos da saúde e intersetoriais pactuando o processo de trabalho, articulação com familiares etc.

Assim, todas essas tecnologias se articulam em movimentos de cuidado que devem ser realizados pela equipe, não necessariamente sequenciais ou evolutivos, mas que precisam ter constância, frequência e ritmo ao longo de todo o pré-natal, parto e puerpério.

Movimento básico profissional: estar aberto ao encontro com essa mulher, a escutá-la em sua dimensão subjetiva, colocando em suspenso seus preconceitos e juízos de valor, apostando no desejo como manifestação da vontade de viver e no percurso do pré-natal como oportunidade de produção de novas experiências e novos agires no mundo, independentemente do desfecho que possa acontecer.

Movimento para produção de vínculo: ao longo dos encontros, interrogar-se sobre: quem é esta mulher? Qual a sua história? Como se produz nas ruas? O que a potencializa na vida? Como vive esta gestação? O que pensa em relação a maternar? Tem parceiro/a que deseja exercer a paternidade/maternidade? Quais seus medos, anseios, dúvidas? Teve experiências anteriores? Como as viveu? Como se percebe atualmente? Tem planos? Produz demandas? Está em sofrimento? Necessita de cuidados especiais? etc.

Movimento de proteção: ao longo dos encontros, interrogar-se sobre: existem situações de risco que exigem proteção? Está exposta a violência? Como apoiá-la em seu enfrentamento?

Movimento de apoio no planejamento de vida: possui planos? Onde pretende viver? Tem acesso a programa de Moradia Primeiro?

Qual sua relação com o centro de acolhida, esta é uma possibilidade? E se for casal? Quais as possibilidades de renda? Possui apoio familiar?

Movimento de apoio em pendências jurídicas: esta mulher e/ou seu parceiro possuem pendências judiciais? Como apoiá-los na resolução? Possuem documentos para poder registrar a criança?

Movimento de cuidado com a gestação: realização de consultas e exames de pré-natal conforme protocolo, cuidado com avaliação nutricional e garantia de suplementação alimentar se necessário, garantia de acesso a exames laboratoriais, de ultrassom, de odontologia e pré-natal de alto risco, articulação e visita à maternidade antes do parto.

Movimento de cuidados especiais de saúde: como a paciente está em relação à saúde mental? Faz uso de substâncias? Se sim, como se relaciona com elas? Quais propostas podem ser pactuadas com ela para redução de danos? Possui outras comorbidades como HIV, sífilis, tuberculose etc.?

Movimento de garantia dos direitos: existem situações de risco para violação de direitos, incluindo o exercício da maternagem? Como atuar nesta defesa?

Movimento de articulação de rede: participação em fórum de discussão no município que pactue estratégias de cuidado a essa mulher com os trabalhadores dos demais serviços de saúde e intersetoriais.

Esta descrição não visa esgotar a discussão sobre o cuidado a mulheres gestantes em situação de rua, mas lançar luz à complexidade dele e ao tamanho do investimento que uma equipe faz ao longo de um pré-natal, sendo que esse é apenas um caso entre centenas de outros acompanhados no território. Assim, pensar no cuidado à população em situação de rua exige da política nacional maiores investimentos em número de equipes, incorporação de agentes comunitários de saúde em sua composição, supervisão clínico-institucional para os trabalhadores e, principalmente, valorização desses profissionais pelos quais temos profunda admiração e respeito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos. *Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Housing First)*. Brasília, DF, 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERIGATO, S. O Processo de Curadoria em Saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf. Acesso em: 10 nov. 23.

FERNANDES, R. V. *et al.* Guia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. São Paulo: Hucitec, 2022.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). *In: Merhy E. E. et al., (org.). O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 161-98.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

POSFÁCIO

INICIATIVAS LOCAIS: ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A CONQUISTA DE VIDA DIGNA E SAUDÁVEL PARA TODAS AS PESSOAS

Nos últimos anos, o Brasil e o mundo atravessam um dos períodos mais difíceis da história. Passamos, e continuamos a passar, por graves e poderosos abalos envolvendo, de forma sinérgica, a economia, a política, o meio ambiente, as relações internacionais e a saúde. Complementam esse quadro: as guerras, as crises migratórias, as crises climáticas e a intensificação do surgimento de ‘tempestades perfeitas’ como as pandemias. Estas últimas são resultantes da interação entre integração de mercados que caracteriza a globalização e o avanço da fronteira econômica sobre nichos ecológicos até então em equilíbrio. Um quadro que Merrill Singer definiu, na década de 1990, como crises sindêmicas. Crises resultantes do avanço neoliberal no mundo. Crises que puseram fim à chamada era de ouro do capitalismo: décadas situadas entre os anos 1945 e 1980, em que o capital, pressionado pela guerra fria, conviveu de forma menos agressiva com a democracia e os direitos da cidadania.

De fato, de Margaret Thatcher e Ronald Reagan para cá, o avanço neoliberal se manifestou sob a forma de ataques sistemáticos aos direitos sociais e às instituições do *welfare state* erigidas no pós-guerra. O mecanismo da dívida pública, associado à elevação das taxas de juros e de câmbio, a falácia das políticas de austeridade e a concepção enganosa sobre a necessidade de redução do Estado foram, e continuam sendo, instrumentos de concentração de renda, crescimento da miséria e de promoção de retrocessos no processo civilizatório. Uma ação que avançou sobre os

fundos públicos construídos coletivamente, a exemplo da previdência. Uma ação que envolvia, e ainda envolve, o sucateamento da estrutura do Estado e dos serviços públicos e a progressiva drenagem de recursos para o setor privado. No Brasil, após o golpe de 2016 assistimos à chegada ao poder de forças retrógradas, uma aliança entre segmentos da elite econômica, onde testemunhamos ataques às instituições da democracia, promoção da precarização das relações trabalhistas e crescimento do desemprego. Assistimos ao expressivo aumento da população em situação de rua e ficamos estarecidos com a volta da fome.

Foi nesse contexto já dramático que enfrentamos a maior emergência sanitária de nossa história: a pandemia de Covid-19. Foi também nessa conjuntura que vivenciamos um período de governo com ataques às autoridades sanitárias do Brasil e do mundo, de negação à ciência, à vacina, ao uso de máscaras e às estratégias de isolamento e vigilância. Um período em que autoridades assumiram o risco de morte de largas parcelas da população vulnerabilizada e sem condições de defesa diante de uma doença altamente contagiosa, com negação da gravidade da situação que resultou em milhares de mortes evitáveis. Uma prática típica daquilo que Achille Mbembe conceituou como necropolítica. Uma ação que resultou na facilitação da circulação de um vírus com potencial letal e na possibilidade de surgimento de variantes de igual ou maior periculosidade, já que alguma delas pode escapar do escopo de proteção das vacinas disponíveis.

As crises produzidas pelo mundo neoliberal não são uma abstração ou algo difuso e distante das realidades locais. Elas se manifestam no cotidiano dos territórios, na vivência dos indivíduos. Manifestações responsáveis por taxas significativas de morbidade e mortalidade. Dentre elas, podemos destacar as doenças e os agravos derivados das precárias condições de moradia e de trabalho; do trânsito; da violência; do estresse; do sedentarismo; de hábitos alimentares pouco saudáveis; da obesidade ou do consumo de álcool, tabaco, drogas ilícitas, defensivos agrícolas e antidepressivos, entre outras. Da mesma forma, é nos territórios que se dá o combate à propagação de mentiras e preconceitos, bem como a luta contra a produção deliberada da ignorância. Para além das esferas de decisão no topo, no nível local, travam-se batalhas decisivas, em gran-

de parte desconhecidas do grande público. Batalhas de protagonistas anônimos que se dedicam à defesa da vida e de dignidade para todas as pessoas. A plataforma IdeiaSUS é uma homenagem a essa realidade e, também, um instrumento de defesa, de mobilização e de articulação desse conjunto de iniciativas que buscam deter o avanço da barbárie e da morte. Um instrumento a serviço daqueles que estão ao lado da civilização. Em que pesem as tentativas de destruição do Estado de Direito, a democracia se firma e vem melhorando as condições de vida da população. O Brasil retomou um lugar de destaque na esfera internacional. Áreas como a saúde e o meio ambiente voltaram a ter destaque positivo na diplomacia brasileira. O mundo olha com atenção o que acontece por aqui. Nossa luta por direito universal à saúde é um exemplo global.

Nessa perspectiva, as iniciativas retratadas pelo IdeiaSUS são partes constitutivas do país que queremos ver de pé. Práticas premiadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que reúne perspectivas locais diversificadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) se faz presente nessas práticas de atenção e promoção à saúde, visando à melhoria de condições de vida e ambiente nos territórios brasileiros. Além disso, dando visibilidade e fomentando debates em busca de soluções, como pode-se vislumbrar nas páginas dos capítulos tão bem relatados neste livro da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz.

– a prevenção ao suicídio de Anastácio em Mato Grosso, que, criando e organizando uma rede de apoio, vem reduzindo progressivamente os alarmantes números na cidade, contando com a salutar parceria entre a saúde e a educação municipal;

– a iniciativa inovadora de Balneário Barra do Sul voltada para a saúde mental indígena na região, pactuando com as unidades hospitalares uma alimentação saudável que respeita a cultura e a religiosidade dos povos originários;

– o estudo epidemiológico das áreas endêmicas de hanseníase no município de Pilar, em Alagoas, que tem como resultado o tratamento e o acompanhamento nas unidades de saúde, contando com equipes multidisciplinares;

– a experiência exitosa de Presidente Figueiredo, no Amazonas, que demonstra a importância das Conferências Locais de Saúde, tendo

como suporte a educação permanente, ampliando os espaços de diálogos em defesa do SUS;

– e, finalizando, a exitosa prática de cuidado às gestantes em situação de rua realizada em Santo André, no estado de São Paulo, reduzindo danos e protegendo vidas em uma construção de planejamento estratégico para aprimoramento do cuidado às gestantes.

Práticas de um país que desejamos plural, solidário, democrático, soberano, sustentável e promotor da paz. Um país da equidade em que as pessoas possam realizar a potência criativa que vemos expressa nas experiências aqui apresentadas.

Carlos Fidelis Ponte

Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

SOBRE OS AUTORES

PREFÁCIO

Wagner Barbosa de Oliveira. Mestre em Difusão da Ciência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Servidor da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). wagner.oliveira@fiocruz.br

Valber da Silva Frutuoso. Biólogo, Doutor em Biologia Celular e Molecular com ênfase em Farmacologia de Produtos Naturais, Tecnologista Sênior em Saúde Pública Fiocruz, Coordenador de Relações Institucionais/Presidência Fiocruz. valber.frutuoso@fiocruz.br

Valcler Rangel Fernandes. Médico sanitарista, Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz), ex-Coordenador do IdeiaSUS Fiocruz, Assessor Especial para Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Ministério da Saúde.

Hisham Mohamad Hamida. Odontólogo pela Universidade de Franca e Mestre em Odontologia (Reabilitação Oral). Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretário Municipal de Saúde de Pirenópolis/GO. presidente@conasems.org.br

CAPÍTULO 1

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira. Economista, Especialista em Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Analista Sê-

nior do IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. claudia.oliveira@fiocruz.br; lecocqclaudia@gmail.com

Marta Gama de Magalhães. Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz/RJ). Servidora pública, lotada no Programa IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. Colaboradora do Projeto Apoiadores da Rede Colaborativa do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ). marta.magalhaes@fiocruz.br; martamagalhaes47@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-0570-2696>

CAPÍTULO 2

Adriana Moro. Enfermeira, Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz. Curadora do Programa IdeiaSUS Fiocruz. adri.moro@gmail.com

Artur Custódio. Fotógrafo, Mestre em Saúde Pública. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). Curador do Programa IdeiaSUS Fiocruz. arturmorhan@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6199-0533>

Carolina Chaccur Abou Jamra. Médica Sanitarista e Psiquiatra. Mestre em Saúde Coletiva. Curadora do Programa IdeiaSUS Fiocruz. carol.chaccur@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0001-3417-5867>

Júlio Cesar Schweickardt. Professor. Doutorado. Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Curador da Programa IdeiaSUS Fiocruz. julio.ilmd@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-8349-3482>

Vanderléia Laodete Pulga. Filósofa, Especialista em Preceptoria no SUS, Mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo (UPF) e Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Curadora do Programa IdeiaSUS Fiocruz. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo-RS e Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). vanderleiapulga2@gmail.com

CAPÍTULO 3 – ANASTÁCIO (MS)

Tatiane Marques da Silva. Graduada em Psicologia pelo Unigran, em Psicologia Organizacional e do Trabalho, pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Coordenadora de Saúde Mental do Município de Anastácio-MS. tatianemarques995@gmail.com

Alexandra Sousa e Silva. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Pós-Graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Psicóloga na Rede de Prevenção ao Suicídio e na Equipe Multiprofissional de Saúde. alexandra14crp@gmail.com

Caroline Aparecida Nunes. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados (Unigran), pós-graduanda em Psicopedagogia Clínica e Institucional e Psicologia Perinatal e da Parentalidade. Psicóloga Clínica no Centro de Especialidades Médicas de Anastácio-MS em atendimento infantil e na Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio. carolinenunespsico@gmail.com

Endy Willians de Assis Gomes. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Psicólogo da Rede de Atenção e Prevenção de Suicídio pelo município de Anastácio-MS, especialista em Sexualidade e Psicologia. endywillians@gmail.com

Flávia Ribeiro da Trindade. Graduada em Psicologia pela Universidade Anhanguera (Uniderp), Pós-Graduada em Avaliação Psicológica. Psicóloga atuante na Rede de Atenção e Prevenção de Suicídio pelo Município de Anastácio-MS. flaviaribeirotrindade@hotmail.com

Jéssica Aparecida Alves Simon. Neuropsicóloga e Mestre em Psicologia pela UFGD. Realiza estudos na área de Psicologia Jurídica e atua como Psicóloga Clínica na Prefeitura de Anastácio-MS. jessicalvesimon@gmail.com

Kelly Torresani Moura. Graduada em Serviço Social. Técnica em Saúde Bucal. Prefeitura Municipal de Anastácio-MS. kellytorresani374928social@hotmail.com

Lucas Silva Florentino. Graduado em Psicologia pelo Unigran Capital, Pós-Graduado em Gestalt-terapia, Mestrando em Estudos Culturais pela UFMS. Psicólogo e coordenador e-Multi em Anastácio-MS. lucassflorentino@gmail.com

Priscila de Cássia Gomes. Graduada em Psicologia pelo Unigran Capital. Psicóloga Clínica no Centro de Especialidades Médicas de Anastácio-MS e na Rede de Atenção e Prevenção ao Suicídio, pós-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental e Psicologia Organizacional e do Trabalho. priscilagomes1606@gmail.com

Adriana Moro. Enfermeira, Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz. Curadora do Programa IdeiaSUS Fiocruz. adri.moro@gmail.com

Ana Laura Piske. Graduanda em enfermagem pela Universidade do Contestado-SC. Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. analaurapiske@gmail.com

CAPÍTULO 4 – BALNEÁRIO BARRA DO SUL (SC)

Eloisa de Lacerda. Psicóloga, Mestra em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela UFSC e Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família (Univali). eloisa_lacerda@hotmail.com

Patricia Samu Ferreira Batista. Enfermeira, Especialista em Biossegurança em instituições de saúde (Ipec-Fiocruz). Ministério da Saúde em cessão para o estado de Santa Catarina, atuando na Gerência Estadual de Saúde – Joinville-SC. pat.samu@hotmail.com

Andreia Moreira/Djadjuca Rokadju Poty Mirim. Cacica da Aldeia/Tekoa Tarumã. Professora de Cultura Guarani na Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe'e da Aldeia Tarumã, pela Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Coordenadora da Comissão Yvyrupa (uma organização dos byaguery). Membro do Controle Social: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) do Polo Base Marcação/PB Araquari e Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), conselheira e representante dos usuários em ambos. andreiamoreira406@gmail.com

Ana Luiza Pfutzenreuter Nunes. Nutricionista, Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina – lotada no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – Joinville-SC. analuizapnunes@gmail.com

Andreza Carolina Rodrigues Castanho. Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Prefeitura Municipal de Araquari-SC. andrezarspsico@gmail.com

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira. Economista, Especialista em Ouvidoria do SUS pela UnB e UFPB. Analista Sênior do IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. claudia.oliveira@fiocruz.br; lecocqclaudia@gmail.com

Ivy Karla de Aragão Martins Francisco. Enfermeira e Bacharela pela Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Responsável Técnica do PB Araquari-SC, pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL)/Secretaria de Saúde Indígena/MS (Sesai/MS) – Ministério da Saúde. Membro do Condisi, conselheira e representante da classe de trabalhadores. ivykarlaaragao@gmail.com; ivy.francisco@saude.gov.br

Liana Melissa Chaves. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica pela Faculdade Evangélica do Paraná (Fepar). Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina – lotada na Maternidade Darcy Vargas – Joinville-SC. lianamelnutri@gmail.com

Lívia de Oliveira Sabioni. Graduanda em Medicina da UFFS, Campus Passo Fundo-RS. Assistente da Curadoria em Saúde da Fiocruz. Técnica em Química pelo Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (Ifes) Campus Aracruz. livia.sabioni@estudante.uffs.edu.br

Marta Gama de Magalhães. Psicóloga, Mestra e Doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ. Servidora pública, lotada no Programa IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. Colaboradora do Projeto Apoiadores da Rede Colaborativa do Cosems-RJ. marta.magalhaes@fiocruz.br; martamagalhaes47@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-0570-2696>

Pedro Eginio Leites de Alexandre. Professor de Educação Escolar Indígena e Quilombola na Escola Indígena Estadual Kirikue Nhemboea, pela Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Licenciado em História e Pós-Graduado em Gestão Escolar – Centro Universitário Leonardo da Vinci. Mestrando em Educação – Fundação Universitária Ibero Americana. professorpedroalexandre@gmail.com

Sérgio Moreira/Kuaray Nhe’e Garai. Pedagogo. Orientador pedagógico em língua materna na Escola Indígena de Ensino Fundamental Tupã Poty Nhe’e da Aldeia Tarumã, pela Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. sergiokuaray@gmail.com

Vanderléia Laodete Pulga. Filósofa, Especialista em Preceptoría no SUS, Mestra em Educação pela Universidade de Passo Fundo (UPF) e Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Curadora do Programa IdeiaSUS Fio-cruz. UFFS, Campus Passo Fundo-RS e Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). vanderleiapulga2@gmail.com

Wilson Moreira/Karai Nhe’e Garai. Professor indígena na Escola Indígena da aldeia Pindoty (Wera Poku), pela Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina. Cacique da aldeia Ka’aguy Mirim Porã e Membro do CLSI do PB Araquari, conselheiro e representante na classe de usuários. wilsonkaraimoreira@gmail.com

CAPÍTULO 5 – PILAR (AL)

Francinny Lima Wanderley da Rocha. Biomedicina e Direito. Especializada em Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde Pilar-Alagoas. francinny_rocha@yahoo.com.br. <https://orcid.org/0009-0005-7793-114X>

Apolonio Nascimento. Médico Dermatologista Hansenólogo, Pós-Graduado em Dermatologia. Secretaria Municipal de Saúde Pilar-AL. apoloniocnn@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0006-0371-8941>

Clodis Maria Tavares. Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências. Universidade Federal de Alagoas (Ufal) e Morhan. clodistavares@yahoo.com.br. <https://orcid.org/0000-0001-6804-3064>

Eneidyne Lays Albuquerque Santos. Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstetrícia. Secretaria Municipal de Saúde Pilar-AL. laysalbuquerque0507@outlook.com. <https://orcid.org/0009-0001-6516-8432>

Fábio Brasil Fernandes de Araújo. Analista de Sistemas, Pós-Graduado em Gestão de Projetos. Ifal. fabio.fernandes@ifal.edu.br. <https://orcid.org/0009-0004-7100-5578>

Artur Custódio. Fotógrafo, Mestre em Saúde Pública. Morhan. Curador do Programa IdeiaSUS Fiocruz. arturmorhan@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6199-0533>

Julia da Silva Barreto. Graduanda de Enfermagem pela Ufal. Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. julia.barreto@eenf.ufal.br. <https://orcid.org/0009-0003-0437-4173>

Diana Damasceno de Brito. Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. Morhan. dianadamascenobrito@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-0371-0297>

CAPÍTULO 6 – PRESIDENTE FIGUEIREDO (AM)

Delcicleide Machado da Silva. Sanitarista, Bacharela. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo (SEMS Presidente Figueiredo). emmymachado65@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-8028-3473>

Camilla Maria Nery Baracho de França. Odontóloga. Mestrado. SEMS Presidente Figueiredo. camillafranca.odo@hotmail.com.

Cibely Machado de Holanda. Sanitarista, Especialista Lato Sensu. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi/DF). cibelymachado0410@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-0495-5125>

Marilaine Queiroz de Oliveira. Assistente Social. Mestrado Acadêmico. Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. Fundação de Amparo à Pesquisa (Fapeam). mariqueiroz15@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-4722-5183>

Mariane de Souza Abreu. Secretária Municipal de Saúde de Presidente Figueiredo. Mestrado. SEMS Presidente Figueiredo. mariane.souza.abreu@gmail.com.

Júlio Cesar Schweickardt. Professor. Doutorado. Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Curador da Programa IdeiaSUS Fiocruz. julio.ilmd@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-8349-3482>

CAPÍTULO 7 – SANTO ANDRÉ (SP)

Antonio Rinaldo Pagni. Psicólogo. Encarregado Técnico de Saúde. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. antonio_pagni@msn.com. <https://orcid.org/0009-0004-6563-540X>

Andrea Franco Romeiro. Enfermeira. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. andreafrromeiro@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0000-9809-425X>

Claudemilson José do Nascimento. Agente Redutor de Danos. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. dinhokarioka13@live.com. <https://orcid.org/0009-0003-6172-3931>

Carla Leonel Rocato. Psicóloga. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. carla.leonel@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0008-8035-7953>

Daniel Pereira e Silva. Terapeuta Ocupacional. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. daniel_pes83@hotmail.com. <https://orcid.org/0009-0001-0909-9989>

José Félix de Oliveira. Agente Redutor de Danos. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. jfelixoli0173@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0009-4221-8837>

Leonardo Felipe Rocha. Psicólogo. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. leonardofelipe822@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-5538-7607>

Mábila Rodrigues. Médica. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. mabila_rodrigues@hotmail.com. <https://orcid.org/0009-0006-2933-0515>

Márcio Ferreira Agues. Médico. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. drmarcioagues@outlook.com. <https://orcid.org/0009-0007-7287-016X>

Maria do Carmo do Nascimento Dias. Técnica de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. maria01.nascimento68@hotmail.com. <https://orcid.org/0009-0002-2484-2571>

Marinês Santos de Oliveira. Psicóloga. Prefeitura Municipal de Santo André-SP. Coordenação de Saúde Mental, Coordenadora de Saúde Mental. marioliveira1900@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0007-8401-6219>

Nilzete Aparecida Pereira Borges. Assistente Social. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Consultório na Rua. nilzete.bernardo@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-5165-4730>

Patrícia Tomé Romano. Assistente Social. Apoiadora técnica. Prefeitura Municipal de Santo André-SP – Coordenação de Saúde Mental. patiomano353@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-8534-013X>

Carolina Chaccur Abou Jamra. Médica Sanitarista e Psiquiatra. Mestre em Saúde Coletiva. Curadora do Programa IdeiaSUS Fiocruz. carol.chaccur@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0001-3417-5867>

Eduarda Rimes Salgueiro Ferreira. Graduanda de Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. eduardarimes@id.uff.br. <https://orcid.org/0009-0004-3439-2142>

Layane Franciele de Lima Martins. Graduanda de Medicina pela UFF. Assistente da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz. layanefranciele@id.uff.br. <https://orcid.org/0000-0003-4271-6966>

POSFÁCIO

Carlos Fidelis Ponte. Historiador, Mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, Doutor em Políticas Públicas e Estratégias e Desenvolvimento pelo Instituto de Economia da UFRJ. Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). carlosfidelisponte@gmail.com



Balneário Barra do Sul, Santa Catarina



Santo André, São Paulo

Anastácio, Mato Grosso do Sul

Presidente Figueiredo, Amazonas

Pilar, Alagoas

