



Organizadores

Wagner Barbosa de Oliveira
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Simione de Fátima Cesar da Silva
Júlio Cesar Schweickardt
Marta Gama de Magalhães

Fiocruz é SUS: cuidados, humanização e inovações pelo Brasil



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Organizadores
Wagner Barbosa de Oliveira
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Simione de Fátima Cesar da Silva
Júlio Cesar Schweickardt
Marta Gama de Magalhães

Fiocruz é SUS:

Cuidados, Humanização e Inovações pelo Brasil

1ª Edição
Porto Alegre - RS
2025



Copyright © 2025 by Associação Rede UNIDA

Copyright © 2025 Wagner Barbosa de Oliveira, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Simone de Fátima Cesar da Silva, Júlio Cesar Schweickardt, Marta Gama de Magalhães.

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla e Héider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicolí (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

IDEIASUS, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Mario Moreira Presidente da Fiocruz

Wagner Barbosa de Oliveira Coordenador IdeiaSUS

Conselho Editorial

Wagner Barbosa de Oliveira (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil);

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil);

Marta Gama de Magalhães (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia, Manaus (AM), Brasil);

Simione de Fátima Cesar da Silva (Presidência da República, Brasília (DF), Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo (RS), Brasil).

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Imagem Capa

Descrição: Mãe e filho sorriem um para o outro em um momento de afeto. Ela coloca as mãos sobre o rosto do menino e encosta seu nariz no dele. Vivem na Comunidade Quilombola São Raimundo, situada a cerca de 50 quilômetros da cidade de Alcântara, estado do Maranhão, e formada por aproximadamente 80 famílias. A comunidade já é certificada pela Fundação Palmares como um Quilombo e, até março de 2015, quando o registro da imagem foi feito, o processo de titulação encontrava-se em andamento. Esta comunidade não está na região que foi tomada pelo Centro Espacial de Alcântara - anteriormente conhecido como Centro de Lançamento de Alcântara (CLA).

Data de criação: 2015-03-16 00:00:00

Autor: João Roberto Ripper

Cidade: Alcântara

Estado / Distrito: Maranhão

País: Brasil

Acervo: Acervo João Roberto Ripper/ Fiocruz Imagens

Responsável pela descrição: Breno Lima e Sara Gehren

Direitos patrimoniais: Fundação Oswaldo Cruz

Revisores

Wagner Barbosa de Oliveira

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

Simione de Fátima Cesar da Silva

Júlio Cesar Schweickardt

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz





DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F517

Fiocruz é SUS: cuidados, humanização e inovações pelo Brasil / Wagner Barbosa de Oliveira; Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira; Simione de Fátima Cesar da Silva; Júlio Cesar Schweickardt; Marta Gama de Magalhães (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

254 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 64).

E-book: 15.50 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-208-0

DOI: 10.18310/9786554622080

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Humanização da Assistência. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 108

CDU 614

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

PREFÁCIO 9

Wagner Barbosa de Oliveira, Valber da Silva Frutuoso, Valcler Rangel
Fernandes, Hisham Mohamad Hamida

1 Curadoria IdeiaSUS Fiocruz

**ACOLHIDA, DESAFIO E RESILIÊNCIA: AS PRÁTICAS INOVANDO
OS CUIDADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)..... 15**

Claudia Beatriz Le Cocq D’ Oliveira, Marta Gama de Magalhães, Adriana
Moro, Simione de Fátima Cesar da Silva, Júlio Cesar Schweickardt, Leila
Adesse, Vanderléia Laodete Pulga

2 Região Norte | Rurópolis, Pará

**PARTO E NASCIMENTO: RESSIGNIFICANDO A ATENÇÃO E O
CUIDADO EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA PARAENSE59**

Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso, Eliciane Montanher Felisberto de
Assunção, Júlio Cesar Schweickardt

3 Região Sudeste | Ribeirão Preto, São Paulo

**J154: FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE
TRABALHO DA REDE PROTETIVA91**

Ananda Leticia Fuzo Ferreira, Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves, Hidelnice
Cândido da Silva, Marcia Soares Freitas da Motta, Carolina Scoqui Guimarães,
Jane Aparecida Cristina, Luciene Covre Borotto, Marcelo Pedroso Goulart,
Maria Êlide De Conti Travain, Natália Faleiros Cardoso Carvalho, Naul Luiz
Felca, Rafael José da Silveira, Rafael José dos Anjos Silva, Vanessa Brancato
Camarinha Goulart, Simione de Fátima Cesar da Silva

4 Região Nordeste | Turilândia, Maranhão

EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PREVENTIVO HUMANIZADO NO SUS..... 143

Andrea Costa Ferreira de Abreu, Luanna Soares, Matheus de Jesus Maia Amaral, Leila Adesse

5 Região Centro-Oeste | Juara, Mato Grosso

PLANEJAMENTO ORIENTATIVO DO CTA/SAE SOBRE PROTOCOLO DE PEP ÀS FARMÁCIAS DO VALE DO ARINOS NO MUNICÍPIO DE JUARA (MT) 173

Cristiani de Souza Ávila, Michelli Zanol, Carla Fabiani Riva, Jéssica Duquini Santana, Haroldo Hatanaka, Odenir Carvalho, Adriana Moro, Aryana Carla Assumpção Silveira

6 Região Sul | Viamão, Rio Grande do Sul

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ: DE UM PORTAL SOMBRIO A UM SOLAR ILUMINADO 203

Vanessa Bettiol de Oliveira, Álvaro Zanetti Bruna Natel, Gisselle Ihitz, Maurício Cavaleiro, Medson Oliveira, Michele Galvão, Pâmela Roesch, Renata Palmerim Schorn Rita Sheila da Silva, Vanderléia Laodete Pulga, Claudia Beatriz Le Cocq D Oliveira

POSFÁCIO 231

Alcindo Antônio Ferla

SOBRE AUTORAS E AUTORES 243

PREFÁCIO

Em setembro de 2025, serão celebrados os 35 anos da Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Os cinco princípios do SUS são: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Participação popular. Passadas essas três décadas, é preciso refletir a respeito e revisitar o lugar do SUS.

Podemos mirar esse marco por distintos ângulos. Qual o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) nos projetos de desenvolvimento social e econômico do Brasil? Quais os imaginários que a população, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário mantêm sobre o lugar do SUS nas concepções de país? Por que parte da mídia ainda segue enxergando no SUS como “conta cara” para as despesas públicas, em parte ineficiente no atendimento à população, apesar de reconhecer que o SUS foi fundamental no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e em recentes emergências sanitárias?

São, de fato, distintas indagações e cenários cheios de complexidades para debatermos a organização e o fortalecimento do sistema de saúde pública brasileiro, os seus legados em 35 anos de existência.

Este livro representa uma contribuição da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) na qualificação dos debates envolvendo o Sistema Único de Saúde, no momento em que a instituição do SUS, em forma da lei, completa 35 anos. Mais que isso, o livro é um dos produtos finais no processo de participação de municípios brasileiros na Mostra Brasil Aqui tem SUS, organizada pelo Conasems contando com o apoio da Fiocruz por meio da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.

A cada edição da Mostra Brasil Aqui tem SUS são apresentadas centenas de experiências e vivências do SUS nos municípios brasileiros. São, por assim dizer, também legados dos 35 anos. Acompanhar ao vivo, ler os conteúdos descritivos sobre as experiências realizadas em unidades de saúde ou mesmo assistir a documentários sobre as práticas, constituem experiência singular para real entendimento do SUS na vida de brasileiros. Sobre como a presença do Estado e o trabalho de milhares de profissionais país afora engrandece e empodera o Brasil naquilo que constitui um grande patrimônio imaterial de uma nação: cuidar bem de sua gente. As experiências descritas neste livro são parte, ilustrações, narrativas repletas de sentidos, desse imenso motor da saúde coletiva que é o SUS.

Para a Plataforma IdeiaSUS Fiocruz, o acompanhamento atento, dialógico, cuidadoso e interessado por parte de suas equipes de “Curadoria em Saúde”, em consonância e sintonia com os distintos profissionais que compõem as equipes dos SUS que representam as cinco experiências do livro, a parceria com o Conasems, foram de profundo aprendizado e significam bons acúmulos para todos os envolvidos. Mergulhar nos temas, conhecer as especificidades dos territórios, encontrar profissionais, agentes públicos dos municípios comprometidos, percorrer unidades de saúde do SUS Brasil – como sugere o título do livro – é dessas vivências que muito agregam tanto de ponto de vista profissional quanto pelo lado pessoal, humano. Fiocruz e Conasems juntos na empreitada.

A publicação, por outro lado, chega num momento em que as discussões sobre o papel da saúde coletiva, da saúde global e dos sistemas públicos de saúde são cada vez mais estruturantes para ampliação do debate qualificado sobre a saúde que as pessoas, os territórios e municípios e o mundo precisam.

Mudanças e emergências climáticas e sanitárias seguem batendo na porta com frequência. Temos pela frente, na perspectiva demográfica, um Brasil cada vez mais de população idosa convivendo com aumento de

doenças crônico-degenerativas associadas com a ocorrência das chamadas doenças parasitárias e infecciosas. A violência, a crise da mobilidade urbana, a superação dos déficits no saneamento, a ampliação do acesso à água e à moradia dignas são outros dos grandes desafios pela frente. E todos esses fatores, olhados pela perspectiva do chamado conceito ampliado de saúde, é bom lembrar, dizem respeito ao SUS.

Nesta dimensão, o que dizer da centralidade da atenção básica oferecida pelo SUS? E dos municípios, neste contexto? Sob uma ótica economicista - é lícito projetar - ela, a atenção primária, faz o Brasil poupar milhões de reais ao evitar e mitigar doenças e agravos que levariam milhares de pessoas a extensos períodos de hospitalização e seus custos associados, entre outros desdobramentos que a carga de doenças ocasiona.

Façamos a conta: Quanto vale uma vacina do calendário do SUS aplicada em termos de prevenção e eliminação de doenças cujos tratamentos e hospitalização significariam elevados custos? E a identificação precoce de uma doença? E o acolhimento e proteção de crianças e jovens vítimas de violência? Uma boa mirada nos recursos destinados à atenção básica, para ficar só neste exemplo, dá uma boa dimensão de que investir no SUS não se configura numa visão simplista de despesa, e, sim, em bom investimento de recursos, em desenvolvimento humano, em sociedade e ambientes saudáveis. Isso, frise-se, numa perspectiva econômico financeira. Porque pelo lado humano, pelo papel do bem-estar e seguridade social, pela qualidade de vida, o acesso de todos à saúde nos coloca num patamar diferenciado de civilidade.

Por isso, as experiências que pontuam o conteúdo deste livro contam muito sobre o papel fundamental do SUS e dos municípios no cotidiano das pessoas. A primeira prática apresentada, o abre-alas da publicação, literalmente trata de princípio, de começos, de iniciativas, ao abordar como o município de Rurópolis, no interior do Pará, cuida e pode cuidar de quem está chegando neste mundo. Ali, mães e crianças passaram a contar com uma rede de assistência

e cuidados no período de gestação e parto dignas de reconhecimento. Uma prática nascida dos esforços de muitos profissionais. Que procura se consolidar como referência em saúde materno-infantil. De que forma? Implantando e fixando um projeto intitulado O renascimento e a ressignificação do parto em um município rural remoto da Amazônia paraense que, como contam os autores nas páginas a seguir, “reflete a complexidade do que é fazer SUS na região amazônica, adotando boas práticas no cuidado às mulheres no ciclo gravídico puerperal e, mais do que isso, saber que os pequenos cidadãos ruropolenses nascem de forma respeitosa”.

Saindo do alto do mapa brasileiro e escorrendo os dedos até sua base, chegamos a Viamão, no Rio Grande do Sul. Abram as portas - neste caso, aos melhores requisitos e propósitos da Reforma Psiquiátrica - para um Solar Iluminado e a adoção de diferentes medidas de desinstitucionalização, num trabalho atento aos melhores cuidados a pacientes de saúde mental, atenção psicossocial e da hanseníase. Pois lá conheceremos toda a trajetória de uma iniciativa de cuidados e acolhimentos a pessoas com esses perfis por meio da prática Desinstitucionalização do Hospital Colônia Itapuã: de um portal sombrio a um Solar iluminado. “Não frequentar supermercados? Não torcer num jogo de grenal? Não interagir com os acontecimentos externos: Natal, Carnaval, Páscoa, etc. Felizes de nós, que chegamos há tempo de construir novas possibilidades com eles!” – por meio de prosa da boa, podemos conhecer essa história diferenciada nas páginas a seguir.

A nossa bússola do SUS também aponta sua ponteira, neste livro, para Ribeirão Preto, em São Paulo, onde um sólido e consistente sistema de alerta e prevenção de atos de violência contra crianças e jovens foi desenhado por agentes públicos numa perspectiva intersetorial. Trata-se da experiência J154: Ferramenta facilitadora do processo de trabalho da rede protetiva, um instrumento informatizado destinada a auxiliar nas notificações de situações de vulnerabilidade envolvendo crianças e adolescentes menores de 18 anos. Os autores nos contam, em relato pontuado de detalhes e

contextualizações, que “ o sistema de saúde, ao notificar casos de violência, visto que a atenção primária é porta de entrada principalmente para agressões e abusos sexuais, precisa interagir estreitamente com serviços de educação, ação social, conselho tutelar e, em casos específicos, com as autoridades de segurança... e a eficácia desse sistema está diretamente relacionada à capacidade dos serviços de saúde em trabalhar em conjunto com outras instituições e serviços, formando uma rede de suporte que assegure a proteção e o cuidado necessários para a recuperação e o desenvolvimento saudável das vítimas”. São páginas, por assim dizer, que revelam o quanto de eficiência e eficácia o SUS tem para oferecer.

Botando o pé na estrada, o livro segue para Juara, Mato Grosso. Novamente, as complexidades do cotidiano aparecem como desafios para profissionais do SUS. Aqui, através da prática Planejamento orientativo do CTA-SAE, sobre protocolo de PEP às farmácias do Vale de Arinos no município de Juara, vamos conhecer trabalho que teve como finalidade aumentar o número de pessoas testadas para Sífilis e HIV, e a melhor adesão à Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP). As farmácias, essa forte referência de quem procura cuidados e orientações sobre saúde na realidade brasileira, sendo de alguma forma associada a ações do SUS e gerando impactos significativos num município.

Por fim, nossa viagem pelo Brasil aporta em Turilândia, no Maranhão, onde uma prática de incorporação de processo de preventivo humanizado emerge como tradução de um SUS atento ao cotidiano e às necessidades das mulheres. Em Experiência exitosa do preventivo humanizado no SUS, temos um relato a respeito de como foram construídos vínculos de confiança, para garantir o acesso, praticar educação em saúde para as famílias e treinar todos os integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família para um atendimento humanizado. Um SUS onde, como bem resumem as autoras, “a prática de coleta do citopatológico é vital para a prevenção da morbimortalidade do câncer

do colo do útero, considerado um dos agravos à saúde das mulheres totalmente prevenível”.

Por todo o conteúdo que este livro oferece, a Plataforma IdeiaSUS Fiocruz, por meio da parceria com o Conasems, reafirma também um dos seus princípios: a partilha de experiências como um processo de mão dupla. De um lado, quem fez ou faz; de outro, quem aprende, reaplica e volta a compartilhar. Uma dinâmica que permite configurações e reconfigurações permanentes do que é saúde, doença, ambiente, do lugar do conceito ampliado de saúde e das determinações sociais da saúde. Um dispositivo comunicacional cuja potência pode imprimir perspectivas partilhadas para a replicação de outras ações, que possibilitam reflexões necessárias à multiplicação de práticas e experiências de base localregional.

Que esta publicação, lançada nos 35 anos do SUS, seja mais um aro, um elo, no fortalecimento e na consolidação do sistema de saúde público brasileiro.

Boa leitura!

Wagner Barbosa de Oliveira

Coordenador da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz

Valber da Silva Frutuoso

Coordenador de Relações Institucionais/Presidência Fiocruz

Valcler Rangel Fernandes

Pesquisador-professor/Presidência Fiocruz

Hisham Mohamad Hamida

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

1

Curadoria IdeiaSUS Fiocruz

ACOLHIDA, DESAFIO E RESILIÊNCIA: As práticas inovando os cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS)

Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira
Marta Gama de Magalhães
Adriana Moro
Simione de Fátima Cesar da Silva
Júlio Cesar Schweickardt
Leila Adesse
Vanderléia Laodete Pulga

*[...] Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai, quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim chegar e partir [...]
Encontros e Despedidas. Milton Nascimento*

A nova publicação da Curadoria em Saúde IdeiaSUS, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi marcada por idas e vindas, com viagens e visitas aos territórios das práticas. A equipe de curadoria foi motivada pela riqueza de cada experiência, se afetando com os trabalhadores e gestores nos municípios onde o SUS acontece. Trazemos os relatos, que não traduzem os que vivenciamos, mas que nos dão a dimensão da potência do sistema de saúde em cada lugar.

O processo de curadoria das práticas premiadas, acompanhando os representantes dos territórios municipais é, sem dúvida, uma iniciativa peculiar e estratégica, pois podemos ver *in loco* a produção do cuidado e o compromisso pela inclusão dos usuários no acesso à saúde.

O “olhar” para as experiências não está imune à interpretação, pois toda observação traz consigo os valores e as posições ético-políticas. Ao olhar e escutar as pessoas nos territórios nos faz reforçar a ideia de que temos um SUS vivo, um sistema que se faz presente na vida dos usuários e trabalhadores da saúde.

Um pouco destes momentos são escritos e rabiscados nesta obra, buscando compartilhar o aprendizado durante todo o ano de 2024. Além desta escrita, tivemos na solenidade de premiação, em 2023, os primeiros contatos e gravações com as autoras, com depoimentos para o “Vozes” da VídeoSaúde Fiocruz, iniciando, assim, o processo da Curadoria em Saúde.

As experiências municipais passaram por avaliações sucessivas, iniciando nas Mostras Municipais, Mostras Estaduais e, finalmente, na Mostra Nacional Aqui Tem SUS, organizada pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Assim, as práticas premiadas passaram por várias etapas, mostrando a relevância e inovação das experiências que acontecem no município.

As experiências premiadas tiveram a maior pontuação na sua respectiva região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), sendo que cada uma das 5 práticas foi laureada com o **Prêmio IdeiaSUS 2023 FIOCRUZ É SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia**. A premiação ocorreu durante o XXXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Conasems), de 16 a 19 de julho de 2023, na 18ª MOSTRA “BRASIL, AQUI TEM SUS”, em Goiânia/GO.

O **Prêmio IdeiaSUS** está no Regulamento da Mostra Nacional, destacando a parceria entre Conasems e Fiocruz:

SEÇÃO III - PRÊMIO CONASEMS & FIOCRUZ
DO 2º PRÊMIO IDEIASUS – “FIOCRUZ É SUS: DIREITO
UNIVERSAL À SAÚDE, EQUIDADE E DEMOCRACIA”

Art. 23 Com o objetivo de potencializar e dar visibilidade ao protagonismo da gestão municipal e dos trabalhadores da saúde no fortalecimento do SUS e da garantia do direito universal à saúde, a Fundação Osvaldo Cruz, em parceria com o Conasems, premiará municípios e equipes de saúde.

§1º O Prêmio IdeiaSUS – “Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia” destaca no ano de 2023 o marco da defesa do Sistema Único de Saúde, conquista e direito do povo brasileiro 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, enfatizando os seguintes eixos estruturantes dessa premiação:

I - a preservação e o avanço do SUS como sistema universal de saúde frente aos desafios atuais e do futuro;

II - o compromisso institucional da Fiocruz com a superação das desigualdades sociais;

III - o fortalecimento da ciência, tecnologia e inovação a serviço da sociedade;

IV – o fortalecimento do SUS e o elo integrador e indissociável entre Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), sistemas públicos e universais de saúde e sociedade;

V – o reforço da agenda integrada de defesa do SUS através de parcerias com os entes federados, sociedade e suas representações; VI – o fortalecimento do papel da Fiocruz na oferta educacional pública e inclusive, em sinergia às necessidades do SUS e do Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação.

§2º A experiência que atinja a maior nota final em cada região geográfica do país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste), excluídas as já selecionadas para o Projeto “Webdoc

Brasil, aqui tem SUS”, será premiada com o Prêmio IdeiaSUS – “Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia”, totalizando 05 experiências premiadas.

§3º As experiências vencedoras serão premiadas com:

I - Curadoria em Saúde IdeiaSUS – Fiocruz (acompanhamento da experiência pelo período de 12 meses);

II - Publicação de 01 livro sobre o processo de Curadoria em Saúde das 5 (cinco) experiências premiadas; e

III – 01 (um) vídeo com as 5 experiências premiadas.

A “Mostra Brasil Aqui tem SUS” tem ganhado destaque nos Congressos do Conasems, com os municípios realizando as suas Mostras e construindo textos e materiais com qualidade. A entrega das premiações no último dia do Congresso mostra o quanto é festejado este momento. A espera é ansiosa, com muita confraternização, abraços, sorrisos, choros, proporcionando uma grande comemoração focada na força e no reconhecimento do SUS.

Figura 1. Premiação no Congresso Conasems.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

As imagens falam por si, quando o Teatro Rio Vermelho, no Centro de Convenções Goiânia pulsou de energia das 535 experiências de todo o Brasil. O entusiasmo foi geral quando chegou a premiação **IdeiaSUS 2023 FIOCRUZ é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia**. As representações das práticas ganhadoras são chamadas ao palco sob aplausos num viva ao SUS nos territórios brasileiros.

Figura 2. Comemoração das experiências premiadas.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

Vale destacar que este é o segundo ano em que o prêmio físico foi instituído para a Mostra Brasil aqui tem SUS pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A instituição participa da comissão de organização e da equipe de avaliadores virtuais e presenciais da Mostra.

Figura 3. Prêmio IdeiaSUS/Fiocruz.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

As experiências premiadas foram as seguintes:

Região Norte – Rurópolis, Pará: O RENASCIMENTO E A RESSIGNIFICAÇÃO DO PARTO EM UM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DA AMAZÔNIA PARAENSE, autora Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso.

Figura 4. Prêmio de Rurópolis, PA.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

Região Nordeste – Turilândia, Maranhão: EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PREVENTIVO HUMANIZADO NO SUS, autora Andréa Costa Ferreira de Abreu.

Figura 5. Prêmio Turilândia, MA.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

Região Centro Oeste – Juara, Mato Grosso: PLANEJAMENTO ORIENTATIVO DO CTA/AS JUARA-MT, SOBRE PROTOCOLO DE PEP ÀS FARMÁCIAS DO VALE DO ARINOS, autora Cristiani de Souza Ávila.

Figura 6. Prêmio Juara, MT.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

Região Sudeste – Ribeirão Preto, São Paulo: J154: FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO DA REDE PROTETIVA, autora Ananda Leticia Fuzo Ferreira.

Figura 7. Prêmio Ribeirão Preto, SP.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

Região Sul – Viamão RS: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ: DE UM PORTAL SOMBRIO A UM SOLAR ILUMINADO, autora Vanessa Regina Bettiol de Oliveira.

Figura 8. Prêmio Viamão, RS.



Fonte: Acervo IdeiaSUS, Fiocruz, 2023.

A CURADORIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Curadoria das experiências premiadas no XXXVII Congresso de Secretarias Municipais de Saúde se iniciou com os curadores e as curadoras participando da 1ª Oficina da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz, realizada no Campus Maré, da Fundação Oswaldo Cruz, no dia 29 de fevereiro de 2024, no Rio de Janeiro. Nesta oportunidade estavam presentes as cinco experiências premiadas representando as cinco regiões do Brasil, a saber: na região Norte, em Rurópolis com a prática intitulada *“O Renascimento e a Ressignificação do Parto em um Município Rural Remoto da Amazônia Paraense, Rurópolis, Pará”*; na região Nordeste com a experiência exitosa do *“Preventivo Humanizado no SUS”* em Turilândia no Maranhão; na região Centro-oeste em Juara com a experiência intitulada *“Planejamento Orientativo do CTA/AS, sobre Protocolo de PEP às Farmácias do Vale do Ariano no município de Juara/MT”*; na região sudeste, a prática do município de Ribeirão Preto, intitulada *“J154: Ferramenta Facilitadora do Processo de Trabalho da Rede Protetiva”*, e, na região Sul, em Viamão/RS com a experiência denominada *“Desinstitucionalização do Hospital Colônia Itapuã: de um Portal Sombrio a um Solar Iluminado”*.

Na referida oficina, além dos autores e autoras das práticas apresentarem as experiências premiadas, foram abordados os temas da sistematização de experiências proposto por Oscar Jara Holliday pela curadora Vanderléia Laodete Pulga e o curador Júlio Cesar Schweickardt que abordou o tema da escrita como exercício coletivo e participativo. O encontro foi finalizado com uma dança circular proposta pela curadora Adriana Moro. Cabe ressaltar que, nesta ocasião, foram apresentadas as novas parceiras de curadoria Leila Adesse e Simone Silva. Nesta data, curadores (as) e autores (as) das práticas fizeram os primeiros alinhamentos para o trabalho conjunto durante o ano de 2024.

Antes de falarmos do processo de Curadoria IdeiaSUS, torna-se fundamental falar sobre este período tão tumultuado pelas catástrofes

climáticas acirradas pela ação de pessoas, corporações ou até de faltas de ações protetivas ao ambiente no território. O que gerou impossibilidades de realizações presenciais como o ocorrido no acompanhamento da prática de Viamão, Rio Grande do Sul.

Para melhor exemplificar citamos as falas do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva e da Ministra da Saúde, Nísia Trindade Lima, em situações diferenciadas durante o ano de 2024.

Transcrição de parte do pronunciamento do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, durante visita a áreas atingidas pelas chuvas no Rio Grande do Sul, em 2 de maio de 2024. Publicado em 02/05/2024 16h06¹

Eu fiz questão de trazer os ministros aqui porque eu quero que cada um deles assuma compromisso, não apenas na minha frente, mas também na frente da imprensa, do que nós estamos nos comprometendo a fazer em solidariedade ao povo do estado do Rio Grande do Sul, para que a gente possa minimizar o sofrimento que esse evento extremo da natureza está causando no estado do Rio Grande do Sul.

É o segundo em um ano que acontece. Então, é preciso que a gente comece a ficar preocupado em cuidar do planeta Terra com muito mais carinho, com muito mais amor.

A segunda coisa, eu queria prestar minha solidariedade ao povo do estado do Rio Grande do Sul, que é um povo que é conhecido nacionalmente como povo trabalhador e que, possivelmente, não precisasse sofrer tanto em tão pouco tempo. Solidariedade aos familiares das pessoas que foram vítimas e que morreram por conta desse desastre extremo e aos familiares dos que estão desaparecidos, na esperança de que eles possam aparecer e que todos estejam ainda com vida.

1 <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos-e-pronunciamentos/2024/05/pronunciamento-do-presidente-lula-durante-visita-a-areas-atingidas-pelas-chuvas-no-rio-grande-do-sul>

E eu quero dizer para vocês que não faltará, da parte do Governo Federal, ajuda para cuidar da Saúde. Quero dizer que não vai faltar dinheiro para cuidar da questão do transporte, que não vai faltar dinheiro para cuidar da questão dos alimentos, que não vai... Ou seja, tudo que tiver no alcance do Governo Federal, seja através dos ministros, seja através da sociedade civil, ou seja através dos nossos militares, a gente vai dedicar 24 horas de esforço para que a gente possa atender às necessidades básicas do povo que está isolado por conta da chuva.

Eu sei que são muitas estradas, são muitas pontes, são muitas casas, sabe? Lamentavelmente, a gente só não pode prometer recuperar as vidas das pessoas porque não está no nosso alcance, mas a gente vai tentar minimizar o prejuízo de todas as pessoas.

Parte da matéria divulgada pelo Ministério da Saúde:

Ministra da Saúde reúne especialistas para reforçar ações em decorrência das queimadas. Uma série de medidas estão em andamento, como o envio de equipes da Força Nacional do SUS para os estados mais atingidos.

Publicado em 17/09/2024 17h43 Atualizado em 26/09/2024 16h10²

Para discutir os impactos das queimadas na saúde da população brasileira e definir estratégias de enfrentamento, a ministra da Saúde, Nísia Trindade, reuniu pesquisadores e especialistas da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), nesta terça-feira (17). O encontro teve como objetivo reforçar medidas para proteger as comunidades mais afetadas, com atenção para aquelas em situação de maior vulnerabilidade, como trabalhadores ao ar livre, moradores de

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/ministra-da-saude-reune-especialistas-para-reforcar-acoes-em-decorrencia-das-queimadas>

áreas rurais e indígenas, e pessoas em situação de rua. “Há dupla dimensão no nosso trabalho: a compreensão dos impactos e a responsabilidade de fornecer recomendações”, declarou a ministra.

Durante a reunião, foram debatidas estratégias imediatas de prevenção e tratamento das doenças relacionadas aos incêndios florestais, além de orientações gerais à população sobre os cuidados com a saúde.

As falas do Presidente Lula e da Ministra Nísia, à época, são muito expressivas dos efeitos das mudanças climáticas e as consequências das queimadas em todo o país, impactando na vida de milhares de cidadãos brasileiros. Foi nesse contexto que aconteceu a Curadoria, com dedicação e compromisso com as pessoas envolvidas, sendo solidários com os municípios e pessoas que sofreram com as enchentes no Sul, as queimadas e secas na Amazônia. Ao final, vimos a potência e a capacidade do nosso Sistema de Saúde, no enfrentamento dos problemas climáticos, sanitários e sociais.

1. A SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS COMO FORMA DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE E A PARTIR DAS PRÁTICAS EXITOSAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo de Curadoria IdeiaSUS junto às práticas exitosas que receberam o reconhecimento na premiação da *Mostra Brasil Aqui tem SUS* tem como pressuposto a dimensão social e histórica da produção de conhecimento, ou seja, o conhecimento é produzido socialmente. Assim, há o reconhecimento de que as experiências cotidianas do SUS produzem conhecimentos e saberes que emergem dos processos de cuidado à saúde da população e das reflexões que se fazem das próprias experiências, assim como preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2013).

Na base disso, está a compreensão sobre “prática” permeada por diversas vertentes epistemológicas que não cabe aqui aprofundar, mas enfatizar que “Prática” tem a ver com tudo o que se faz e este fazer é carregado de saberes, conhecimentos e sentidos. Então, ao fazer algo, há saberes acumulados historicamente em cada sujeito individual e coletivo que realiza a ação. Ao refletir sobre o que se faz, sempre há um processo de fazer melhor e de transformar as realidades e as relações humanas, sociais ou socioambientais.

Assim, ao analisar essas práticas exitosas no SUS trazemos junto o conceito de “experiência” como tudo aquilo “que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (Bondía, 2002, p. 21). Experiência compreendida como acontecimento. Algo que acontece e, por isso, necessita de tempo. Tempo para acontecer, para se tornar algo dentro de si, para fazer sentido.

Nesse sentido, experiência difere de informação e que nos faz refletir sobre quando participamos de conferências, realizamos a leitura de alguma obra, ou analisamos nossos processos de trabalho, “podemos dizer que sabemos coisas que antes não sabíamos, que temos mais informação sobre algumas coisas; mas, ao mesmo tempo, podemos dizer também que nada nos aconteceu, que nada nos tocou, que com tudo o que aprendemos nada nos sucedeu ou aconteceu” (Bondía, 2002, p. 22).

Seguindo a reflexão com Jorge Larrosa Bondía (2002;2020), a experiência tem se mostrado cada vez mais rara pela falta de tempo. O que torna ainda mais distante quando se associa esta falta de tempo com o excesso de informações e a velocidade com que estas se propagam. A experiência exige “um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar [...] cultivar a atenção e a delicadeza” (Bondia, 2020, p. 23).

Desta forma, o “sujeito da experiência” não é aquele preocupado com o alcance de inúmeras e variadas informações e dados, mas o que encontra sentido naquilo que faz. Logo, o sujeito da experiência pode ser compreendido como um território de passagem em que uma de suas características essenciais, digamos assim, se refere não por uma atividade, mas sim, por sua “passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura”, ou seja, é um sujeito “ex-posto” (Bondia, 2020, p. 25- 26).

Aquele que experimenta o perigo de uma travessia: em território, em mar, em rio, em florestas, em lugares indeterminados que permitem uma ocasião, uma brecha, uma oportunidade. Oportunidade para conhecer, avistar como as experiências de cuidado e que se articulam com a gestão, a formação e a participação/controle social no SUS podem produzir novos saberes para qualificar os processos de produção de saúde e de vida digna à população.

Isso requer escolha de caminhos a trilhar, ou seja, a construção de processos e percursos metodológicos capazes de apreender os saberes que emergem das práticas ou das experiências. Para tanto, a opção foi pela perspectiva da sistematização de experiências como proposta de produção de conhecimento sobre e a partir de práticas educacionais, organizacionais, de processos sociais e de implementação de políticas públicas ancorada em Oscar Jara Holliday.

Assim sendo, este autor nos coloca como desafio:

(...) do ponto de vista conceitual, a necessidade de diferenciar o que comumente se entende por “sistematização”: referindo-se a ordenar, classificar, catalogar dados e informações dispersas e a partir do que entendemos mais complexamente como Sistematização de Experiências, isto é, como uma interpretação crítica dos processos vividos que, a partir da sua ordenação e reconstrução, permitem identificar aprendizagens significativas que devem ser comunicadas e partilhadas para alimentar a própria experiência ou para inspirar outros numa perspectiva transformadora. Este segundo significado sempre ligado às “experiências” implica em um exercício intelectual de múltiplas

tarefas: registro, descrição, reconstrução, organização, análise, síntese, interpretação e comunicação. Em suma, implica em realizar um processo de teorização a partir de experiências vividas que requer um procedimento rigoroso e, portanto, sistemático (Holliday, 2021, p. 3).

A condução deste processo teve como base orientadora a sistematização de experiências pois possibilita a construção de conhecimentos significativos, valorizando os saberes dos protagonistas e identificando as principais mudanças que se deram ao longo do processo e porque é que se deram. Assim, a curadoria pode contribuir para um olhar crítico sobre o que foi vivido, permitindo orientar futuramente as experiências com uma perspectiva transformadora e de qualificação dos processos vividos.

A Curadoria IdeiaSUS, junto com os sujeitos de cada experiência, organizou o Plano de Sistematização que contemplou a delimitação da experiência a ser sistematizada (em tempo e lugar), identificando a prática específica, seus atores e condições e o período para a construção da aprendizagem. Ainda buscou definir os objetivos a serem alcançados como resultado desta sistematização, os eixos e aspectos centrais para reflexão. Procuramos identificar as fontes de informação sobre o tema e o lugar: documentos, fotografias, registros audiovisuais, entre outros, que teriam que ser alcançados para abordar um conhecimento do processo de experiência passada. Por fim, pactuamos os produtos e as responsabilidades, assim como as atividades a serem realizadas no período.

Sugerimos seguir os passos para a sistematização das experiências ancorados em Holliday: a) Recuperação do processo vivido; b) Interpretação crítica do processo vivido; c) Análise, síntese, teorização; d) Conclusões, comunicação, partilha, devolução. Foram sugestões abertas e flexíveis aos movimentos que cada curador e curadora foi realizando junto com os sujeitos de cada experiência. Na sequência estão as reflexões desse processo

em cada uma das práticas premiadas, sem um padrão fechado de estrutura de escrita, mas aberto aos movimentos de cada vivência realizada.

2. A CURADORIA IDEIASUS JUNTO ÀS PRÁTICAS PREMIADAS NA MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS

2.1. A CURADORIA DA PRÁTICA DE RURÓPOLIS: UM ENCONTRO COM A HISTÓRIA RECENTE DA AMAZÔNIA

Rurópolis é uma daquelas cidades emblemáticas da Amazônia, com uma história dos processos de colonização e ocupação da região. O geógrafo José Aldemir Oliveira (2000), na sua tese “Cidades na Selva”, analisa que as cidades que nasceram a partir de projetos de desenvolvimento e ideológicos rompiam com um modelo urbano do período colonial, ou seja, seguia a lógica das calhas dos rios e tinham uma herança dos aldeamentos jesuíticos, na conquista espiritual dos indígenas. Assim, a Fordlândia, no Pará, é uma cidade que nasce pelo projeto utópico de Ford em produzir a borracha nativa da Amazônia numa escala industrial, no estilo fordista, sendo redundante. No entanto, o projeto não vingou, mas a cidade ainda existe, com sua estrutura “americana”, com divisões a partir das condições socioeconômicas dos seus moradores, ou seja, trabalhadores e patrões espacialmente separados.

No Amazonas, temos o exemplo da cidade de Balbina que surge a partir da Hidrelétrica do mesmo nome, que faz parte do município de Presidente Figueiredo, com acesso por estrada. Uma vila que ainda preserva na sua arquitetura a marca do planejamento urbano com base na divisão de classes. Oliveira diz que muitas dessas cidades na selva são “fantasmas”, restos de modelos e projetos de desenvolvimento aplicados na região.

Rurópolis não está na categoria de “fantasma” porque ganhou autonomia, depois de nascer, em 1974, como parte de um projeto de integração nacional do governo militar. A ideologia militar era criar uma rede

de vilas denominadas Agrovilas e Rurópolis para impulsionar a migração do nordeste e sul do país, lugares pressionados pela seca e pela falta de terras. A Transamazônica era o maior símbolo do governo militar que representava o “progresso” do país, que “vencia” os obstáculos que a floresta impunha à colonização. Assim, os tratores avançavam para um suposto “vazio”, onde nem árvores, nem população indígena, ribeirinhos poderiam bloquear o motor do desenvolvimento do país. Por isso, as manchetes das revistas e jornais diziam que o progresso avançava sobre a natureza selvagem.

O lugar de migrantes se torna o lugar de vida das pessoas, pois além dos pioneiros, palavra adequada para aqueles que se aventuraram no projeto militar, temos aqueles que já nasceram naquele cruzamento de estradas e de mundos diferentes, pois era uma abertura para o mundo amazônico. Por isso, hoje as culturas se misturaram, pois há os assentados e agricultores, mas também há os ribeirinhos do Tapajós, que eram invisíveis até pouco tempo.

A curadoria foi um encontro com as leituras que fiz desde a graduação na “Viagem das Ideias” com o professor Renan Freitas Pinto (2006), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), que nos ensinou a ler os viajantes, cronistas, cientistas e religiosos desde a primeira viagem de Aguirre pelo rio Amazonas. Assim, chegar em Rurópolis foi como revisitar um lugar conhecido, pelas leituras e discussões, para ver as transformações e rugosidades do lugar, como nos dizia José Aldemir.

Na nossa visita, escutamos algumas histórias curiosas sobre a origem da cidade, por exemplo, que um hotel foi construído para receber o Presidente Médici na inauguração da Rurópolis, que era tido como um hotel 5 estrelas, próprio para hospedar um presidente. Mas... segundo nos contaram, Médici não se hospedou no hotel, seguindo viagem para outra localidade da poeirenta Transamazônica. Ainda contam que os trabalhadores rurais, ao saber que o presidente estaria presente, montam barracas nas proximidades da cidade para uma manifestação, pois ainda aguardavam o que lhes foi prometido, que juntamente com os 100 hectares

de terra, ainda teriam sementes, insumos e maquinários. Não precisa dizer que foram expulsos e as barracas queimadas, quiçá não sabiam que viviam num regime autoritário e protestar não era algo tolerado. As histórias ilustram o quanto um lugar pode ter de surrealismo, uma rodovia, com um hotel de luxo, trabalhadores que protestam num regime ditatorial, um presidente que inaugura um lugar que ainda não existe...

No entanto, esse lugar existe, com famílias, instituições, profissionais, gestores, serviços públicos e um sistema de saúde com as características do SUS. Muitos nos disseram que nunca pensaram em morar em Rurópolis, mas que hoje não pensam em sair dali. Isso significa que o lugar faz sentido à vida das pessoas, pois é um lugar para se viver e sonhar.

Os encontros e visita ao município

Depois do nosso encontro no Rio de Janeiro, agendamos reuniões virtuais para conversar mais sobre a prática, quando fomos conhecendo os atores e a história do território. Nas conversas, foram surgindo outras coisas para além da experiência que envolvia a maternidade, que era o cerne da premiação. Nos contaram dos primeiros movimentos da saúde no município, como por exemplo, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuava no município e contratava os trabalhadores da saúde. As pessoas mais antigas ainda falam do SESP com certo saudosismo, lembrando da disciplina e da hierarquia exercida pela instituição nos lugares mais remotos da Amazônia.

Numa das conversas perguntamos sobre as parteiras, se elas ainda existiam e qual tinha sido a sua contribuição para o parto e nascimento no município. Inicialmente disseram que elas foram homenageadas com seus nomes nos quartos da nova maternidade, mas que não sabiam muito bem onde estavam. Mas isso inquietou as autoras da prática, tanto que na nossa visita tivemos uma roda de conversa com a parteira Dora que vive na área rural do município, que nos contou animadamente sobre os partos

e os nascimentos difíceis, sobre os remédios para diversas situações de saúde. Dora ficou muito feliz por estar compartilhando das suas memórias e conhecimentos para um grupo de profissionais de saúde, que a tem como “paciente” na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A visita ao município é a parte mais importante da curadoria porque é quando podemos perceber os rostos, os gestos, os olhares, as emoções, inclusive os fixos que se materializam nas construções, nas ruas, na maternidade, nas UBS. A nossa visita teve uma programação que foi seguida à risca, inclusive com direito a um banho de cachoeira e a visita a uma gruta. Tivemos roda de conversa com os trabalhadores da maternidade, com as gestantes da UBS, com a parteira e usuárias da UBS rural, conversa com o prefeito que nos contou animado sobre a história da construção da maternidade, substituindo um necrotério.

Ficamos felizes com a visita porque mais um pedacinho da Amazônia se abria para o imaginário e ao conhecimento. Ali, num lugar remoto, na distante cidade, no cruzamento de duas rodovias emblemáticas, nas proximidades do rio Tapajós, tem um grupo de trabalhadores e trabalhadoras, gestores que fazem um SUS de qualidade e que tem o compromisso com a vida das pessoas. Nosso muito obrigado pela acolhida e pelo compartilhamento das suas vidas e histórias. Bom... depois disso, o capítulo foi só uma consequência do que conversamos, vimos, ouvimos e vivenciamos.

2.2. O PROCESSO DE CURADORIA DA PRÁTICA “A EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PREVENTIVO HUMANIZADO NO SUS” - TURILÂNDIA, MARANHÃO

A III Mostra “Maranhão, aqui tem SUS” aconteceu em maio de 2023 com aproximadamente 83 trabalhos inscritos, a experiência de Turilândia ficou em 9º lugar onde concorreu com demais trabalhos na Mostra Nacional aqui tem SUS. Após a seletiva estadual, a experiência exitosa do preventivo

humanizado no SUS obteve classificação na Região Nordeste – Prêmio IdeiaSUS e em primeiro lugar pela OPAS e Ministério da Saúde.

A prática desenvolvida em Turilândia concorreu com mais de 600 trabalhos de todo o Brasil em Goiânia em julho de 2024 trazendo uma perspectiva de contribuir para a redução dos casos de câncer cervicouterino e tendo como objetivo a humanização da oferta pelas unidades de saúde da coleta do exame do Papanicolau.

Turilândia é uma jovem cidade do interior do Maranhão, localizada às margens da rodovia MA-106, sendo elevada à categoria de município em 10 de novembro de 1994, por meio da lei estadual de nº 6183, sancionada pelo então governador do Estado José Ribamar Fiquene. Com uma população total de 31.638 pessoas, de acordo com o Censo de 2022, a pirâmide etária de Turilândia revela uma base larga, indicando uma população jovem, com um número significativo de crianças e adolescentes. A população idosa, embora menor, vem aumentando, refletindo a melhoria nas condições de saúde e a longevidade da população.

Nosso primeiro contato com a curadoria iniciou-se em fevereiro de 2024 na Oficina presencial realizada na Fiocruz do Rio de Janeiro, quando tivemos a oportunidade de conhecer a coordenadora da prática vitoriosa. Com ela planejamos a data da primeira reunião virtual com a equipe de Turilândia. Logo em seguida, em março de 2024, tivemos dois encontros virtuais para uma aproximação e maior conhecimento do contexto para reconstruir a prática como história e dados, assim como o processo vivido. Tomamos conhecimento do quanto o setor saúde tem se fortalecido pela ampliação da rede de atenção básica.

Em 2021, o município contava com 8 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 8 equipes de Saúde Bucal, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe. Em 2024, essa estrutura foi expandida para 13 equipes de ESF, 13 equipes de Saúde Bucal e 89 Agentes Comunitários de Saúde, garantindo 100% de cobertura de assistência à saúde no município.

Segundo a equipe, a coleta de preventivo sempre foi um desafio observado ao longo dos anos no Maranhão. No recorte da cidade de Turilândia observamos através do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) que durante o ano de 2021 foram liberados apenas 94 laudos e 800 em 2022. Assim, em janeiro de 2023, a equipe de saúde, enfermeiras e agentes Comunitários (ACS), perceberam a urgência em melhorar essa captação do público feminino, em construir vínculos de confiança, garantir o acesso, em ações centradas nos ACS, que pela capilaridade de processo de trabalho são os primeiros profissionais que chegam nas casas e levam as informações sobre saúde.

O objetivo da curadoria nesse período inicial foi o de conhecer os principais atores da prática e identificar pontos fortes e frágeis, bem como oportunidades e ameaças para o pleno desenvolvimento da prática. Nesse processo, a utilização de matriz para análise de cenários contribuiu para destacar os principais desafios para maior e melhor humanização do citopatológico, sendo destaque pela equipe que o retardo de mais de 60 dias da entrega do resultado do referido exame estava muito distante do preconizado pelo Ministério da Saúde e contribuía para a baixa credibilidade das mulheres no SUS. Tal fato somava-se ao estigma cultural (medos, tabus pessoais) e a não adequação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização do preventivo constituindo assim um quadro de necessário apoio de nossa curadoria

Quanto às Fortalezas, foram identificados os seguintes pontos: o prêmio IdeiaSUS FIOCRUZ É SUS e sua repercussão; os ACS e a estratégia de busca ativa; a atuação conjunta do Programa Saúde na Escola (PSE). A coordenação Municipal de Saúde da Mulher foi apontada como grande aliada para a reorganização desse processo para a redução do tempo de entrega dos laudos, buscando definir aquelas que são elegíveis para a coleta do preventivo através de listas de cadastros de todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos da área e a cada quadrimestre uma sinalização em quadro visível nas unidades as que precisavam ser alcançadas pelos ACS.

Tais pontos foram amplamente debatidos na visita técnica da curadoria, realizada no período de 17-20 de junho, nos espaços da Oficina e na visita presencial às UBS Santo Antônio 1 e 2 (onde a prática premiada teve início) e Santa Luzia, Parque Vila São Pedro e Tiago Marques

A participação da Secretária de Saúde, do Prefeito, do Presidente da Câmara e de Vereadores na mesa de abertura da Visita Técnica contribuiu para uma maior interação com as equipes das Unidades de Saúde e reforçar a relevância da prática e um compromisso manifesto por eles de manutenção e expansão principalmente das capacitações dos profissionais de saúde,

A Curadoria destacou que o processo de descentralização do laboratório, contribui com a redução do tempo dos laudos do citopatológico, que foi bem acolhido pela Superintendente Estadual de Atenção Primária de Saúde, que demonstrou forte interesse em melhorar a qualidade dos laboratórios, além de um plano de estudos da rota do rastreio para construir proposta de operacionalização mais efetiva. A curadoria ainda sugeriu a necessária expansão da prática da humanização do citopatológico para as Unidades de Saúde de área mais remotas e com estradas vicinais que dificultam o acesso, estimulando o debate para a busca de possível solução, seja pela possibilidade de um consultório móvel.

Nesses 6 meses de atividades da Curadoria tivemos um total de 13 encontros, sendo um presencial. Embora o espaço virtual não possibilitou a presença dos mesmos integrantes da equipe, a participação maior se deu durante a visita técnica. Percebemos, então, o quão valioso é o trabalho dos ACS, buscando refazer os caminhos da clientela feminina à UBS. A reversão de mitos e valores culturais do cuidado e a prevenção do câncer cérvico-uterino, inicia com a realização do citopatológico. A expressão “aprendemos a ensinar”, dita pelos ACS, mostra o esforço de empoderar as mulheres sobre seus corpos e a necessidade de autocuidado.

Os relatos dos ACS na visita presencial destacaram o quanto esse conjunto de atividades influenciou de forma positiva a melhoria da adesão ao exame! As rodas de conversa em horário prévio ao momento da coleta se tornaram uma

rotina e, segundo eles, essa dinâmica deixava as mulheres confiantes, seguras e bem mais descontraídas, pois além da abordagem sobre o exame citopatológico, abriam espaço para orientações sobre a vida sexual, banho, tipos de absorventes e demais assuntos pertinentes e de interesse das mulheres.

Durante a visita nas salas de coletas, apesar de nem todas contarem com estrutura física adequada (algumas com ausência de banheiros), nos chamou a atenção a ambientação de cores, fotos e cheiros de lavanda nos lençóis descartáveis. Na dinâmica realizada na Oficina presencial “*O que é Atenção Humanização ao Preventivo*” foi citado que, além da ambientação das salas de coleta com cheiros e sons para relaxamento, incluíam-se no cuidado integral, o exame das mamas e o teste rápido HIV/AIDS, hepatite, além da avaliação do peso, altura e pressão arterial.

Com a revisão de fluxos, da ambientação das salas de coleta e a descentralização da leitura das lâminas por um novo contrato com laboratório regional, a curadoria considera que será viável em curto espaço de tempo alavancar a expansão da prática da humanização do preventivo em Turilândia.

Nos 3 últimos encontros virtuais a curadoria e um grupo reduzido da equipe da prática se concentrou na elaboração do capítulo, através da distribuição de responsabilidades na redação. O fato limitador da escrita foi que a maioria dos autores tem funções de trabalho na assistência. No entanto, um ponto significativo na escrita foi a metodologia de leitura conjunta dos textos, tendo sido repetida até que o conjunto fizesse sentido para melhor entendimento dos leitores do processo e da história da prática.

2.3. O PROCESSO DE CURADORIA DA PRÁTICA DE JUARA - MT: ESTRATÉGIAS PÚBLICAS/PRIVADAS GARANTINDO DIREITOS NA PREP E NA PEP

A prática de Juara “*Planejamento Orientativo do CTA/AS, sobre Protocolo de PEP às Farmácias do Vale do Ariano no município de Juara/MT*” teve por objetivo aumentar o número de pessoas testadas para Sífilis

e HIV, e a melhor adesão à Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) no município de Juara e Vale do Arinos. O diferencial da prática de Juara se dá pela relevância da aliança entre o sistema público e o privado para aumentar a adesão dos usuários às ações de prevenção e promoção à saúde em relação ao tratamento das Infecções Sexuais Transmissíveis (IST).

As ações dessa prática iniciaram pela constatação de que algumas pessoas frequentavam preferencialmente as farmácias para uso indiscriminado de pílulas do dia seguinte e fazendo uso desse tratamento de maneira inadequada. Essas pessoas não realizavam testes para Sífilis, HIV e Hepatites, pois não frequentavam Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desse modo, os estabelecimentos perceberam que houve uma redução da venda de preservativos nos últimos anos, impactando ainda mais o problema das IST. Dessa forma, foram organizadas ações do SUS nas farmácias da rede privada da cidade de Juara para realização dos testes rápidos. Este processo iniciou no mês de julho de 2019, com a campanha “Julho Amarelo”, mês da luta contra as hepatites virais.

A escrita da Prática usou a metodologia de Oscar Jara para a sistematização, partindo do princípio do desenvolvimento da linha do tempo das ações. Esta metodologia proporcionou uma aproximação com todos os envolvidos para a construção da prática premiada como também toda a rede de saúde envolvida.

O desdobramento da prática de Juara, com o apoio da Curadoria, foi no sentido de auxiliar na descentralização das ações que o CTA/DAE realiza. Os pontos de atendimento foram sendo evidenciados, contribuindo com o conhecimento para iniciar a PREP no momento oportuno e no território. Ficou evidente no acompanhamento que as capacitações sobre os protocolos são essenciais. Do mesmo modo que a criação de dispositivos para treinamento das equipes e que estas tenham acesso rápido aos protocolos em tempo oportuno para um melhor direcionamento das ações de tratamento. Para isto foi criado um QR-COD para acesso aos

protocolos. Este produto surgiu da discussão das fragilidades da prática com a curadoria.

Outra parte importante da discussão da prática com a curadoria foi a necessidade da construção de protocolos conjuntos com a rede de saúde municipal, sendo este foi um dos objetivos trabalhados no encontro presencial com a prática no município, realizado nos dias 19 e 20 de agosto de 2024.

Outras fragilidades apontadas: dificultadoras do processo de adesão ao tratamento; direcionamento adequado; falta de transporte público no município, dificultando o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde; troca constante de médicos nas unidades de saúde, fragilizando os serviços em relação às ações.

As reuniões da curadoria com a prática aconteceram sempre na primeira sexta-feira de cada mês no período da tarde durante os meses de janeiro a agosto de 2024, tendo duração de duas horas. As reuniões foram gravadas e transcritas para auxiliar no processo de escrita do capítulo da prática.

Em seguida, discorreremos os assuntos abordados em cada uma das reuniões online da prática com esta Curadoria:

- Destaques para o início da prática; desafios encontrados no processo de realização das testagens rápidas nas farmácias da rede privada e o tratamento dos pacientes positivados; a conclusão da testagem rápida em outras drogarias dos demais municípios;
- Montagem da linha do tempo de toda a prática para facilitar a visualização e escrita do artigo; criação de um drive com fotos, matérias de jornal e outros fragmentos que pudessem reconstituir a história da prática;
- Criação de um QRcode para facilitar o acesso ao Protocolo da PEP; disponibilização do QRcode para as Equipes da Saúde da Família (ESF);
- Planejamento, realização e conclusão da WebRoda da prática

com outros dois municípios, sendo Florianópolis e Santo André, onde cada uma trouxe um pouco da sua experiência em relação a disponibilização do PEP e do PrEP;

- Discussão sobre os depoimentos dos usuários já atendidos pelo CTA/SAE de Juara-MT, estes recolhidos pelos autores e transcritos;
- Discussão dos resultados alcançados após a premiação e o processo de escrita do artigo;
- Desdobramentos e planejamento para realização da visita técnica da curadoria ao município de Juara-MT;
- Fechamento da escrita do artigo e avaliação da visita presencial.

A experiência no acompanhamento como Curadora de diversas práticas nos últimos três anos nos trouxe reflexões profundas sobre o processo de trabalho das equipes, sendo assim, o que tem ficado cada vez mais evidente é a dificuldade das equipes em colocar no papel o que realizam. A dificuldade da escrita sistematizada tem sido presente em todos os anos, e com Juara não foi diferente. Todavia, observamos que, como a experiência de Juara é uma prática que envolve menos o trabalho na ponta e são menos pessoas envolvidas, a escrita ficou mais fácil.

Outro ponto a ser considerado é que neste ano não tivemos bolsista para apoio da Curadoria, todavia conseguimos uma estudante de enfermagem de forma voluntária, que deu muito mais força para os processos da sistematização. Segundo o relato da assistente de Curadoria voluntária, participar desta curadoria como estudante do curso de técnico de enfermagem, foi uma nova fonte de conhecimento, que foi para além do que aprendeu em sala de aula.

Conhecer o trabalho de profissionais excelentes e muito dispostos do Sistema Único de Saúde, e poder colaborar com a prática que fez a diferença na vida de tantas pessoas é sem dúvida algo que levarei por toda a minha vida profissional. Com a oportunidade do

voluntariado pode auxiliar na produção do QRcode que facilitou o acesso ao protocolo de PEP, auxiliei também na montagem do material para a WebRoda da Curadoria (Aryana Carla Assunção - Assistente Voluntária da Curadoria).

A assistente de curadoria ficou responsável por escrever as atas das reuniões *online*, reunir e organizar os materiais fornecidos pelos autores da prática, assim como auxiliar na escrita do artigo deste livro. Com este processo de curadoria foi possível auxiliar na sistematização da prática de Juara-MT, apontando as principais lacunas para melhor atuação dos profissionais daquele município. Assim, como tivemos o desafio de colocar Juara em contato com outros atores em diferentes partes do Brasil para discutirem e ampliarem seus conhecimentos em relação a PEP e PrEP. Por fim, a curadoria alcançou o objetivo no apoio da prática a fim de ampliar a distribuição das testagens, capacitação de sistematização das orientações dos protocolos do Ministério da Saúde sobre PEP a toda a rede de saúde, promovendo a descentralização das ações.

Durante a visita presencial fomos muito bem recebidos por todos os envolvidos com a saúde local, desde o prefeito da cidade, secretária de saúde, a responsável pelo hospital, assim como pelos atores locais, donos de farmácias, enfermeiros e residentes da aldeia YTU-Cachoeira.

É importante salientar que houve uma troca de ideias com a presidente do conselho municipal de saúde, que nos relatou a fragilidade na participação efetiva da população, sendo sugerido o início de ações em conselhos locais conjuntamente com as unidades de saúde. A participação da apoiadora do Cosems local Midiã Rissotte foi fundamental, pois incentivou a inscrição da prática na Mostra, quando foi premiada, e em outras ações, como no evento realizado, juntamente com a curadoria, no dia 19 de agosto de 2024.

Durante a visita foi possível visualizar a rede de saúde de Juara como um todo e acreditamos que contribuímos tanto no que concerne

diretamente a prática premiada, quando em outras ações, como, por exemplo, colocar em contato a responsável da maternidade de Juara, que está em obras de melhoramento, com outra prática premiada de Rurópolis/PA, assim como nas questões referentes à saúde mental. Conversamos sobre internações compulsórias e a forma como o município faz os atendimentos, também questões referentes de usuários abusadores de álcool e outras drogas, pessoas em situação de rua e mulheres em situação de violência. Assim, constatamos que os protocolos são essenciais para as ações de promoção e prevenção a saúde, todavia, o que faz o SUS ser efetivo e de qualidade são os profissionais que se desdobram para fazê-lo equânime.

É lindo conhecer o SUS e seus fazedores em pontos diferentes desse imenso Brasil, diverso e múltiplo! O sentimento que permanece no encerramento de mais um processo de curadoria é o de gratidão e a alegria de ter contribuído com o fortalecimento da saúde em Juara e Vale do Arinos. Levamos conosco muito aprendizado e um carinho enorme pelas pessoas e lugares que conhecemos neste quase um ano de trabalho coletivo e intenso. Sentimos que fazemos parte não só do CTA/SAE, que teve sua experiência premiada, mas de toda a rede de saúde de Juara.

2.4. O PROCESSO DE CURADORIA DA PRÁTICA DE RIBEIRÃO PRETO - SP: INOVAÇÃO INTERSETORIAL FORTALECENDO A REDE PROTETIVA

O município de Ribeirão Preto apresentou a prática denominada *J154: Ferramenta Facilitadora do Processo de Trabalho da Rede Protetiva*, na 18ª edição da Mostra Brasil aqui tem SUS, realizada em Goiânia/GO em 2023, no âmbito do 37º Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O trabalho, elaborado pela equipe da Coordenadoria de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde, foi premiado com a maior nota entre as experiências apresentadas pela região Sudeste, critério para integrar

as práticas premiadas e selecionadas para compor a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O município de Ribeirão Preto está localizado a cerca de 300 km da capital, São Paulo, e conta com uma população próxima a 700 mil habitantes, sendo um dos grandes aglomerados populacionais do país. Tem como principal atividade econômica o agronegócio, em especial a produção sucroalcooleira, razão pela qual concentra parte importante das riquezas produzidas pelo país, refletidas no Produto Interno Bruto (PIB).

A conhecida vocação da região, e, em especial do município de Ribeirão Preto, para realização de eventos de grande monta, tal como a maior feira do agronegócio da América Latina, conhecida como Agrishow, foi apontada pela equipe envolvida na prática em tela como uma das questões importantes a serem consideradas ao tratar do tema da proteção dos direitos humanos, com especial recorte para crianças e adolescentes.

É nesse contexto, e na esteira das constantes inovações tecnológicas que impactam todos os setores da sociedade, que a prática inscrita por servidoras do setor da saúde na modalidade 1 (Um) da Mostra, que agrega experiências pela gestão municipal, incluindo aquelas executadas de forma compartilhada, cooperada e intersetorial, encontrou êxito ao evidenciar a concepção multi e intersetorial da ação, por meio da utilização de uma ferramenta eletrônica, desenvolvida para atender a demandas de comunicação e fluxo.

O processo de curadoria, parte integrante da premiação IdeiaSUS, que ainda conta com a produção de vídeo institucional e de publicação de livro, iniciou em fevereiro de 2024, em oficina presencial coordenada pela equipe da Fiocruz. Na ocasião foi possível ampliar o conhecimento sobre o objeto da prática e suas ramificações e impactos na gestão local.

Inicialmente foram empreendidos esforços no sentido de compreender algumas lacunas que restavam no processo inicial que redundou na implantação do Sistema J154, bem como entender de que forma os três setores envolvidos, quais sejam, a saúde, a assistência social

e a educação aprimoraram seus processos por meio do J154. Com esse objetivo em mente, foram realizadas seis reuniões virtuais, nas quais foi possível visitar e revisitar a prática, entendendo desde a demanda inicial que originou sua criação até os resultados relevantes alcançados:

1ª reunião: com a presença das autoras do trabalho apresentado na Mostra, todas servidoras que atuam na Equipe técnica da Coordenadoria I de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, foram tratados os seguintes pontos:

- Aprofundamento do conhecimento sobre os atores e setores envolvidos na prática;
- Delineamento do processo histórico que levou à adoção da ferramenta;
- Descrição do processo de aprimoramento/aperfeiçoamento da ferramenta com base na experiência de uso;
- Elenco sobre o processo de monitoramento e avaliação no que trata do uso da ferramenta e dos encaminhamentos pertinentes;
- Estabelecimento dos nexos entre a ferramenta de tecnologia utilizada para registro das notificações e o tratamento dispensado aos casos pelos atores responsáveis.

2ª reunião: foi possível avançar na compreensão da rede de proteção às crianças e adolescentes do município, a partir da participação da representante da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS). Do mesmo modo, foi possível compreender a ferramenta, a partir da participação da técnica responsável pela manutenção e aprimoramentos do J154. O encontro contou também com a participação da Secretária Municipal de Saúde, Jane Aparecida Cristina.

- No relato da Secretária foi possível identificar a relevância da prática como ferramenta de política pública no município, razão pela qual conta com apoio técnico e institucional.

- A Assistente Social, coautora do trabalho, discorreu sobre a origem do J154, com base na demanda do Promotor da Infância e Juventude para acompanhamento da grande evasão escolar, vivenciada pelo município, que em 2017 fundamentou Ação Civil Pública.
- Importante ressaltar que a não garantia de frequência escolar se configura em uma violação de direitos, além de ensejar outras vulnerabilidades para crianças e adolescentes.
- Ficou esclarecida a importância da ferramenta no registro de casos de violência e maus tratos a crianças e adolescentes, especialmente no aspecto da agilidade no encaminhamento e na tomada de decisão para o correto atendimento e cuidado demandado em cada caso. A existência da ferramenta permite o acesso e o devido acolhimento da demanda por quem de direito, de forma mais rápida e segura.
- Na mesma linha, a representante da Companhia de Desenvolvimento de Ribeirão Preto (Coderp), órgão responsável pela criação e manutenção do Sistema J154, discorreu sobre o processo inicial de criação do sistema e todas as aprimoramentos efetuados, com vistas a garantir a melhor funcionalidade, com a segurança e responsabilização que a política de proteção exige.

Os dois primeiros encontros tiveram o potencial de explicitar o fato de que a principal entrega do Sistema J154 se situa na sua facilidade de colocar todos os atores envolvidos na política pública em contato, para maior agilidade em sua ação finalística, permitindo maior e melhor cuidado aos usuários da rede de proteção e cuidado às crianças e adolescentes. Nesse sentido, o próximo encontro exigiu ampliação na participação dos atores envolvidos no manuseio do Sistema para melhor compreensão de

sua operacionalidade no cotidiano dos serviços de educação estaduais e municipais e da saúde.

3ª reunião: chamada de reunião ampliada, o encontro iniciou com os representantes da educação, seguido do relato dos profissionais de saúde que operam o sistema:

- Para os atores da educação, apesar de ser parte da rede de proteção, a percepção é de que os profissionais da educação conhecem menos do que deveriam as funções e potencialidades da rede. Ao que parece, o foco nas questões pedagógicas parece ser fator de afastamento dos professores da rede de proteção. Contudo, apesar das dificuldades, é consenso de que a ferramenta trouxe eficácia e eficiência para a operacionalidade da rede de proteção, tendo sido um dos elementos que colaborou com o retorno à sala de aula após a pandemia de Covid-19. A representante da Secretaria Estadual de Educação manifestou que os diretores de escolas estaduais, que também utilizam a ferramenta, aprovam seu uso.
- Para os operadores do sistema nos serviços de saúde, sua utilização possibilitou diminuição do número de encaminhamentos errados, em especial para a Rede de Atenção Psicossocial (CAPSIJ), em atos que envolvem automutilação, risco de suicídio, uso de álcool e outras drogas. A ferramenta tem a capacidade de aproximar o serviço que detecta a situação e o setor a quem cabe os encaminhamentos para investigação e proteção da vítima.
- O entendimento é de que se trata de uma inovação que permitiu direcionar de forma mais rápida e segura os fluxos de registro e atendimento à demanda, e que além de fortalecer o vínculo entre os servidores e os setores envolvidos na rede de cuidados, também promove suporte técnico, permitindo rápido acionamento do Conselho Tutelar, por exemplo.

- Os profissionais se sentem mais seguros e protegidos para efetuar o registro, uma vez que a ferramenta mantém a proteção dos dados do informante, sem desresponsabilizar a equipe e o serviço onde a situação foi identificada. A agilidade na articulação da rede entre o registro da situação e a tomada de providências é um dos aspectos mais positivos promovidos pela ferramenta, garantindo maior proteção à vítima.
- Por fim, o sucesso do J154, faz com que seus usuários acreditem que os resultados positivos para a rede de cuidados a crianças e adolescentes, poderiam ser estendidos para a atenção aos idosos.

As duas reuniões seguintes focaram no processo de elaboração do capítulo para compor livro que consolida o relato das práticas acompanhadas, bem como definir coletivamente o roteiro da visita técnica a ser realizada pela equipe de curadoria do IdeiaSUS.

A visita teve como maior alcance a possibilidade de contato pessoal entre as pessoas que operam o J154 em suas mais variadas instâncias. Para tanto, o roteiro proposto pelas principais autoras do trabalho, permitiu que a visita tivesse início pelo setor da Educação, demandante inicial de uma ferramenta que pudesse dirimir as dificuldades entre a notificação de uma suspeita de violação de direitos e o efetivo atendimento da vítima.

O encontro, realizado na Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Antônio Palocci, deu voz aos professores e gestores envolvidos com a implantação e com o uso do J154, que em suas opiniões permitiu enorme avanço no que trata da agilidade e segurança nas ações de proteção às crianças e adolescentes em risco e vulnerabilidade.

[...] na prática é uma rede que não vai funcionar se não tiver a participação de todos, começando na sala de aula [...] a maior vulnerabilidade identificada é a infrequência [...], felizmente a maior parte dos casos se consegue localizar pelo telefone [...] aí é

feita a investigação para saber as causas, muitas vezes por doença, viagem (Márcio, pedagogo, gestor da EMEF Antônio Palocci).

O relato acima identifica a maior causa de notificação, que em geral encontra resultado positivo após as ações empreendidas pela equipe da própria escola, com mais de 80% de retorno do estudante às aulas. Porém, nos casos em que a família não consegue ser contactada ou em que a situação apresenta maior risco de gravidade, o J154 demonstra ser uma ferramenta de suporte fundamental, como corrobora a sequência do relato:

[...] vou citar um caso bem didático que mostra a importância e a relevância do J154, no caso de dois irmãos, que não frequentam as aulas e o contato com a família não alcança sucesso [...] após a morte da avó, único membro da família acessível, pensamos: e agora? [...] nesse caso o J154 foi um alento, emblemático mesmo [...] se não houvesse o sistema o Conselho Tutelar seria notificado, mas seria apenas eles e aqui a gente tem toda uma rede de apoio (Márcio, pedagogo, gestor da EMEF Antônio Palocci).

Na ocasião, os participantes reforçaram os processos de capacitação dos professores para o correto uso do J154. Além disso, o encontro teve a potência de promover, ainda que de forma breve, interessante debate sobre as possíveis causas para a infrequência, assim como as consequências advindas dessa vulnerabilidade. Ao final, todos os presentes se comprometeram em colaborar com a elaboração do capítulo sobre a prática, assim como também com a continuidade do apoio irrestrito à prática em tela.

Na sequência, a equipe se dirigiu ao CREAS 3, que é o principal receptor de notificações no âmbito da Assistência Social. Neste encontro, que contou com a presença da Secretária Municipal de Assistência Social, foi possível compreender o fluxo de chegada das notificações, recebidas especialmente da Educação, e como se dá o encaminhamento logo após a recepção.

[...] eu não tenho uma prática na prefeitura onde não existisse o sistema [...] na hora em que faz a notificação e seleciona a situação, se é maus tratos, infrequência, e o sistema já direciona para quem precisa, isso é fantástico para quem tá na ponta facilita muito não ter que descobrir para qual equipamento ele deve encaminhar (Marina, assistente social, CREAS 3).

O relato acima indica uma das maiores vitórias no uso do J154, ao proporcionar agilidade no encaminhamento e segurança no recebimento da notificação, que de modo geral está corretamente preenchida, com todos os dados e informações relevantes.

[...] de tudo o que a gente recebe, o do J154 é o mais consistente, é o que traz mais dados, informações da família, da criança [...], a gente recebe ofício de outros locais que você olha e diz: eu vou atender o que? como? qual é o nome do pai? qual o endereço? Com o J154 isso não acontece, está tudo ali, a gente pode querer saber mais sobre a ocorrência, mas sobre a família e os dados da criança estão ali, o que facilita muito (Marina, assistente social, CREAS 3).

Em uma atuação em rede, onde o cuidado imediato pode ser a diferença entre conter uma situação de risco e violência ou aumentar ainda mais a vulnerabilidade de crianças e adolescentes, impedindo o acesso integral ao seu direito à integridade física e psicológica, saúde, educação, entre tantos outros, a implementação e correto uso do J154 parece ser de fato um divisor de águas.

Seguindo no reconhecimento do alcance da prática, foi possível entender como se deu a articulação do setor Saúde, desde o início da ainda ideia de uma ferramenta eletrônica capaz de conectar a necessidade de cuidado com a rede de serviços.

A visita à UBS Dr. Waldemar Bamsley Pessoa - Parque Ribeirão contou com a presença da Secretária Municipal de Saúde, que além de reforçar sua experiência como usuária do J154, fortaleceu o vínculo institucional alcançado pela ferramenta.

[...] essa ferramenta trouxe grandes benefícios para a gente no sentido de agilizar todo o tipo de assistência e fico feliz com a curadoria para dar um suporte para a equipe. Essa é uma unidade que tem grande volume de atendimento, com horário expandido numa área de vulnerabilidade social importante, com muito tipo de atendimento em que cabe a utilização da ferramenta. O prêmio é de todos no sentido de aperfeiçoar e melhorar a utilização da ferramenta (Jane, Secretária Municipal de Saúde).

Ao longo da visita foi possível compreender a relevância do J154 para a organização dos fluxos, tanto no recebimento de demandas em especial do setor da Educação, quanto no encaminhamento de notificações de vulnerabilidade que exijam a intervenção dos outros setores que compõem a rede de proteção.

[...] na gestão eu vi o outro lado e comecei a ver a amplitude da ferramenta para toda a rede protetiva [...] eu comecei a ver o quão rica era a ferramenta por que comunicava toda a rede [...] aí surgiu a ideia de inscrever a experiência na Expo Saúde. (Ananda, enfermeira, equipe da Coordenadoria de Saúde da Criança/SMS, autora principal).

A publicidade adquirida na esteira da premiação no Congresso do Cosemse e a inserção no IdeiaSUS ampliou a possibilidade de reconhecimento e melhor uso do J154 na rede do SUS municipal.

[...] é um sistema que veio revolucionar a assistência [...] a área da UBS apresenta muita vulnerabilidade, muitos casos difíceis, e tem toda essa plataforma que permite envolver muita gente em um único cenário [...] (Vanessa, enfermeira, supervisora da UBS).

[...] com o J154 o atendimento sai do método centrado no médico e no enfermeiro, ao permitir abrir todos os determinantes sociais da saúde. [...] se faz a conexão entre a escola, o CRAS e nós [...] eu consigo fazer a comunicação e a troca, trabalhar em equipe (Carol, enfermeira da UBS).

Os relatos acima explicitam a capacidade da ferramenta J154 que, ao promover a comunicação mais ágil e em fluxo, se aproxima cada vez mais da integralidade na atenção a casos de suspeita ou clara evidência de comprometimento de direitos de crianças e adolescentes.

Durante a visita, também foi proporcionado o compartilhamento com a equipe gestora e técnica responsável pela construção da ferramenta *stricto sensu*, em reunião na Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (Coderp), empresa de economia mista, vinculada à Prefeitura.

[...] estamos juntos desde o início das discussões com a GEDUC do Ministério Público [...] o sistema começou pequeno e desde 2018 tem manutenções constantes [...] nossa ideia desde o início foi de fazer toda a parte técnica em sistemas livres, sem custo de licenciamento [...] pensando na necessidade de disseminar o software para outras instituições ou municípios [...] só precisa ter alguém que conheça a linguagem [...] a intenção é que essa ferramenta seja usada para proteção das crianças (Renato Ramos, Diretor de TI da Coderp).

O depoimento acima esclarece um dos principais pontos sobre a possibilidade de replicação da ferramenta, tanto para outras políticas públicas de proteção, a exemplo da atenção aos idosos, como por outros municípios da região abrangida pelo Ministério Público, quanto em qualquer ponto do país. Ao ser construído com base em *software* livre o J154 pode ser customizado conforme a necessidade e realidade do usuário.

Por fim, a visita encerrou onde tudo começou, ou seja, na sede do Ministério Público de São Paulo, seção de Ribeirão Preto, mais especificamente com a interlocução com os promotores que atuam no Grupo de Atuação Especial em Educação (Geduc). Na ocasião foi possível entender a importância da atuação do Geduc para que se efetivasse a construção e a implementação de uma ferramenta que, ao reunir todos os setores que

compõem a rede protetiva, proporcionasse maior e melhor cuidado às pessoas vulnerabilizadas e que exigem a atuação do poder público.

Com base nas falas e análises positivas no que trata do uso do J154, fica a certeza de seu caráter público e gratuito estabelece a possibilidade de replicação para municípios que impactam e/ou são impactados pela realidade de Ribeirão Preto.

[...] as questões que afetam Ribeirão Preto também estão em Sertãozinho, em Serrana, na chamada Grande Ribeirão Preto [...] na creche/escola a criança tem a rede protetiva em que vão ser acompanhadas situações de violência doméstica, violência sexual, vulnerabilidades e aqui é exatamente onde entra a ferramenta J154, quando se detecta num atedimento num posto de saúde, na assistência social, na educação se verifica uma situação de vulnerabilidade e imediatamente se comunica para que a rede protetiva atue de forma adequada [...] se criou viabilidade de capilaridade, de atuação intersetorial que antes não existia (Naul, promotor de justiça do Geduc).

A partir do reconhecimento de sua relevância, foi reafirmada a necessidade de maior segurança jurídica para a manutenção e permanente aperfeiçoamento do J154, garantindo sua completa institucionalização na gestão da política pública que trata do cuidado às crianças e adolescentes no município de Ribeirão Preto.

[...] eu ainda tenho medo de isso (J154) descontinuar, meu sonho é a gente ter a lei e por essa razão eu já estou falando com o Ministério Público e ainda não desisti [...] vamos escrever uma minuta de forma coletiva e apresentar, se der tempo ainda nessa gestão (Marcia, médica coordenadora da Coordenadoria de Saúde da Criança da SMS, autora principal).

Em breve análise, o trabalho que envolveu o processo de curadoria proporcionou a aproximação entre os setores e as pessoas que respondem pela prática em ato, que a utilizam no cotidiano e que entendem sua relevância,

desafios e potencialidades. Ao longo da visita técnica foi esclarecedor e extremamente positivo acompanhar o reconhecimento inter e multi setorial no que trata da positividade do J154 para o fim a que se destina.

Ao longo de todo o processo de curadoria, ficou evidente que, para muito além de um mero sistema, o J154 se constitui em uma ferramenta que permite organizar um fluxo de trabalho coletivo, com capacidade para entregar resultado mais ágil e seguro a quem dele mais precisa, quais sejam, as crianças e adolescentes em risco em sua integridade e direitos.

Como considerações finais, fica a certeza do imenso compromisso verificado por todos os servidores e servidoras envolvidos na idealização, criação, manutenção, aperfeiçoamento e utilização do J154, além de seu caráter institucional e transversal para a política pública no que trata da rede de proteção.

2.5. A CURADORIA EM VIAMÃO-RS: "DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ: DE UM PORTAL SOMBRIO A UM SOLAR ILUMINADO"

A experiência vem sendo implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de Viamão em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul na perspectiva da reforma psiquiátrica. Esta experiência vem se desenvolvendo no município de Viamão, Rio Grande do Sul, que possui mais de 220 mil habitantes, sendo o maior município em extensão territorial da região metropolitana da capital gaúcha.

A Curadoria IdeiaSUS contribuiu na elaboração do Plano de Sistematização que teve como objetivo central recuperar o processo vivenciado a fim de registrar, refletir e compartilhar como fazer a desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos tendo em vista a reforma psiquiátrica e a implementação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Para tanto, foi fundamental a decisão de envolver os trabalhadores

(as) do Hospital, usuáries e a equipe coordenadora do processo e da Secretaria de Saúde. A Curadoria, por meio dos encontros virtuais, contribuiu com: a recuperação histórica da experiência e seus protagonistas; analisar suas potencialidades e desafios; produzir saberes com base na perspectiva da sistematização de experiências com metodologia participativa.

Cabe destacar que a Plataforma IdeiaSUS da Fiocruz vem cumprindo papel estratégico para dar visibilidade às práticas de saúde que surgem nos vários territórios por meio do convite à gestão do conhecimento que emana dessas experiências. Assim, a Curadoria se deu por meio de ações de sistematização, educação à distância, pesquisa-ação de base territorial, projetos de pesquisa e inovação tecnológica a fim de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido patrimônio do povo brasileiro.

A recuperação histórica desta experiência envolveu um conjunto dos atores sociais implicados com essa prática. Esses trouxeram suas trajetórias, sentidos, potencialidades e os saberes que dela emergem que podem ajudar em contextos e situações similares no cuidado integral à saúde, em especial, da saúde mental.

A rede de atenção à saúde de Viamão é composta desde a Atenção Básica, especializada e hospitalar, incluindo a Rede de Atenção Psico Social (RAPS), que tem quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): o CAPS ij Aquarela, o CAPS AD Nova Vida e dois CAPS tipo II, Renascer e Casa Azul, que dividem territorialmente o município. Estes serviços compõem os cuidados reguladores em saúde mental, articulando a rede intra e intersetorial para o cuidado integral dos usuáries, a partir do acolhimento aberto, sem hora marcada para o primeiro atendimento.

Além disso, há outros dispositivos de cuidado do núcleo de desinstitucionalização, como 04 (quatro) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Esses serviços atuam, juntamente com a gestão da saúde mental, as ações de acompanhamento dos Residenciais Terapêuticos Privados (RTP), por meio de vistorias programadas, em parceria com o Ministério Público e

a Vigilância Sanitária em Saúde. Além do trabalho voltado aos RTP, as ações de desinstitucionalização contam com o acompanhamento de usuários egressos de hospitais psiquiátricos e instituições de custódia, visando sua adaptação ao território viamonense, bem como daqueles usuários que se encontrem em risco de institucionalização.

Esse processo de desinstitucionalização do Hospital localizado em Itapuã, um distrito rural do município de Viamão, localizado no Parque Estadual de Itapuã, situado entre o rio Guaíba e a Lagoa dos Patos, próximo ao Pontal de Itapuã, é formada por uma população originária local. A maioria das famílias são de pescadores. A presença do Hospital Colônia Itapuã (HCI) marca este território desde o ano de 1940, sendo que a experiência de desinstitucionalização está relacionada a este hospital.

O processo de sistematização envolveu os sujeitos dessa experiência nas seguintes atividades: oficinas, encontros virtuais, escrita do capítulo do livro, participação dos envolvidos no documentário, dentre outras ações. Podemos dizer que as trilhas metodológicas percorridas para as reflexões sobre a experiência foram muito potentes no engajamento dos participantes, na recuperação do processo vivenciado, no protagonismo das pessoas que viveram a experiência com vigor, sentido de pertencimento e com o olhar reflexivo sobre como cuidar as pessoas em sofrimento mental em liberdade.

A curadoria teve o papel de apoiar na reflexão das pessoas envolvidas na experiência, mas certamente ainda há muito que dizer, escrever e refletir sobre o processo de desinstitucionalização do hospital e construção de espaços terapêuticos de cuidado. Por fim, muitos são os aprendizados e os desafios que seguem no fortalecimento do SUS com integralidade, equidade, universalidade, descentralização, participação e controle social.

Referências

- Biblioteca Virtual de Sistematização de Experiências - CEAAL, Conselho de Educação Popular da América Latina e Caribe. <http://ceaal.org/v3/bibliovplas/>
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Holliday, J. O. (2013). *A sistematização de experiências, prática e teoria para outros mundos possíveis*. Brasília, CONTAG, 2013.
- Holliday, J. O. (2021). *A sistematização de experiências: refletindo criticamente para enriquecer os processos desde as práticas: um convite à Rede Café com Paulo Freire*. Revista ICESP, 2021. Link: <https://revistas.icesp.br/index.php/CPF/index>. Acesso em 02 de fevereiro de 2025.
- Oliveira, J.A. (2000). *Cidades na selva*. Manaus: Valer.
- Pinto, R. F. (2006). *Viagem das ideias*. Manaus: Valer.

2

Região Norte | Rurópolis, Pará

PARTO E NASCIMENTO: RESSIGNIFICANDO A ATENÇÃO E O CUIDADO EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA PARAENSE

O Renascimento e a Ressignificação do Parto em um Município Rural Remoto da Amazônia Paraense, Rurópolis PA

Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso
Eliciane Montanher Felisberto de Assunção
Júlio Cesar Schweickardt

Introdução

Rurópolis, do grego cidade rural, é um município paraense situado no encontro das rodovias Transamazônica e Santarém Cuiabá, que cortam a Amazônia de oeste a leste e de norte a sul, respectivamente. Durante a década de 1970, por meio do Programa de Integração Nacional do Governo Militar, o território ruropolense foi sendo construído a partir de intenso desmatamento da floresta amazônica, produzindo mudanças no ecossistema que culminou na extinção de diversas espécies silvestres e em mortes dos migrantes por doenças tropicais (Cardoso, 2019).

A Amazônia foi marcada, durante o século XX, pelo discurso governista do “vazio” e pelo atraso. A partir da década de 1930 iniciou uma tentativa de valorizar a figura do caboclo, como a figura típica da região e que precisa ter incentivos para o seu “desenvolvimento”. No governo de Getúlio Vargas, o programa “Marcha para o Oeste” colocou a Amazônia como um lugar a ser ‘conquistado’ (Andrade, 2010). No entanto, foi somente a partir do fim da década de 1960 e início de 1970 que o investimento governamental foi intensificado.

Sob a marca dos slogans “integrar para não entregar” e “terras sem homens para homens sem-terra”, o governo militar promoveu a mobilização de milhares de migrantes de todos os Estados, especialmente da região Nordeste e Sul. A rodovia Transamazônica foi apresentada no Plano de Integração Nacional (PIN) “como uma solução para o deslocamento de trabalhadores que sofriam no sertão em direção as férteis terras da região amazônica” (Kruger, 2022, p. 2). Essas populações chegaram à região com a promessa de reforma agrária e o assentamento em núcleos “urbanos” denominados Agrovilas, Agrópolis e Rurópolis, localizados ao longo das rodovias recém-abertas na floresta amazônica (Cardoso, 2019).

O projeto das agrovilas era formado por agrupamentos de lotes com casas instaladas no espaço de 100 hectares que tinham uma escola de ensino fundamental (primeiro grau à época), uma igreja ecumênica e um posto médico. As agrópolis eram um conjunto de agrovilas e que dispunham de serviços bancários, correios, telefônicos e escolas de ensino médio (segundo grau). As Rurópolis eram, por sua vez, um conjunto de agrópolis. Esperava-se que, com o crescimento populacional e organização, esses núcleos teriam infraestrutura necessária para atender às necessidades sociais dos migrantes. Entretanto, na prática, somente a agrópolis Brasil Novo e a Rurópolis Presidente Médice e poucas agrovilas foram implantadas (Castelfranchi, 2007).

Após a inauguração da Rurópolis Presidente Médice e da Rodovia Transamazônica, em 1974, o governo abandonou os colonos, com projetos

inacabados, sem assistência técnica para produção e comercialização. Muitos que foram para região morreram de malária ou de febre amarela (Cardoso, 2019). Sem contar, os problemas sociais e psicossociais que foram produzidos por este intenso movimento populacional.

Neste contexto histórico nasceu a Rurópolis Presidente Médice, que fazia parte de Aveiro, município antigo na região do Tapajós, com uma população rural, migrante, empobrecida, isolada e abandonada pelas políticas públicas. Em 1988, emancipou-se e, com status de cidade, extinguindo o nome do ditador e passando a chamar-se somente Rurópolis (Cardoso, 2019). Algumas histórias marcam o município como a construção de um hotel de 5 estrelas somente para hospedar o presidente Médice que foi para a inauguração da Transamazônica, em 1974, mas que não chegou a pernoitar na cidade. Isso ilustra o paradoxo e as contradições dos grandes projetos na Amazônia.

Rurópolis e a região vêm sofrendo, desde a sua criação, transformações em seu território a devido grandes empreendimentos que se situaram nas áreas de influência da rodovia transamazônica e Santarém Cuiabá. Trata-se das usinas hidrelétricas – UHE em Belo Monte e Tapajós, pavimentação das rodovias anteriormente citadas e a construção de portos graneleiros (Maciel, Schweickardt, Maciel & Schweickardt, 2020). Empreendimentos que vem para atender os anseios do capital, uma vez que a energia gerada se destina para manter empresas do capital nacional e internacional em regiões do país, os portos e a pavimentação para atender a exportação para o mercado internacional.

Devido essa composição heterogênea de povos, a cultura e a culinária ruropolense não se expressam como tipicamente paraenses e amazônicas. As danças e comidas sulistas e nordestinas se sobressaem, da mesma forma saberes, práticas e crenças (Cardoso, 2019). Ao longo dos anos, a cultura local vai passando por mudanças, com a sua inserção no contexto regional.

Rurópolis possui 7.021,321 km², sendo o 203º no ranking nacional em extensão territorial. Sua população é de 35.769 habitantes e possui uma das menores densidades populacionais do país, 5,09 hab/km², a posição 4.910º do ranking (IBGE, 2010; IBGE, 2022). A população é organizada em comunidades rurais e ribeirinhas que estão situadas ao longo dos 185 km rodovias federais (e suas estradas vicinais) e dos mais de 40 km de margem do rio Tapajós. O município não tem populações indígenas e quilombolas, como em outras áreas do estado do Pará.

Em 2010, o município foi classificado como de extrema pobreza, ocupando 5.225º posição como município com menor índice de desenvolvimento humano (IDH), com 0,548. Em 2021, o PIB foi de R\$ 9.468,44 (nove mil, quatrocentos e sessenta e oito reais e quarenta e quatro centavos). Os empregos formais da cidade se concentram no funcionalismo público, pequena parte no comércio e em uma pequena indústria local, enquanto os informais estão na agricultura, pecuária e no comércio. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é 2,4 salários-mínimos, a 786ª média do país (IBGE, 2022).

Rurópolis apresenta ainda 24,40% de taxa de mortalidade infantil, 70% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola e, de todas as crianças, 29,11% são extremamente pobres. Entre as pessoas de 15 a 24 anos, 31,27% não estudam, não trabalham e são vulneráveis. Do total da população, somente 27,71% morava em domicílio com banheiro e água encanada (IBGE, 2010). Em suma, estes dados representam as mudanças produzidas pelo desmatamento e queimadas, crescimento desordenado da cidade, falta de infraestrutura, gerando processos de adoecimento da população.

Rurópolis tem grande potencial para o ecoturismo com inúmeras cachoeiras, rios e cavernas. Ressalta-se que é o 6º município do Brasil em número de cavernas catalogadas (169), sendo algumas delas com artes rupestres como a caverna das Mãos, caverna Cachimbão, caverna das Damas, caverna do 110 e a caverna da Borboleta Azul (Pereira & Souza Silva, 2014).

Por fim, o presente texto foi escrito a partir de pesquisas documentais, rodas de conversa, narrativas de gestores, trabalhadores e parteiras. Além disso, a escrita traz a experiência de gestão e de trabalho na maternidade e no município de Rurópolis. A curadoria teve um papel importante no acompanhamento e na sistematização das informações desta escrita. A visita técnica nos ajudou a fazer no caminhar entre tantas histórias do lugar, das instituições e das pessoas que dão sentido a este lugar, possibilitando narrar a nossa experiência e dizer que AQUI TEM SUS!

AS POLÍTICAS DE ACESSO À SAÚDE NO MUNICÍPIO

Nas décadas de 1970 e 1980, o serviço de saúde no município era realizado pelos agentes da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e pela unidade móvel do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que ofertava atendimento médico e odontológico de forma itinerante e atendia cerca de 100 pessoas por dia (Manchete, 1974).

Figura 01. Unidade móvel do FUNRURAL, 1982.



Fonte: Arteno Spellmeier, 1982.

Figura 02. Atendimento realizado pela unidade móvel do FUNRURAL.



Fonte: Revista Manchete, 1974.

Na zona urbana existia o Hospital Municipal de Rurópolis (HMR), que assumia um caráter de unidade mista com atenção médico-centrada e hospitalocêntrica, administrada pela antiga Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Figura 03. Hospital da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).



Fonte: Arteno Spellmeier, 1982.

A população da zona rural tinha grandes dificuldades para acessar os serviços de saúde, pois não havia transporte sanitário. Joselino Padilha, morador desde 1979 e atual prefeito de Rurópolis, afirma que naquela época só passava um carro na rodovia durante o dia e quem o perdesse, não conseguiria se locomover até a cidade para receber assistência. Conta ainda que moribundos e mulheres que moravam nas vicinais eram carregados em rede e que durante a passagem pelas casas, as pessoas iam acompanhando a caminhada para dar suporte, ajudar a carregar o doente ou mesmo se somar ao coro em orações e cantorias. E quando a procissão chegasse à margem da rodovia, caso perdessem o transporte naquele dia, teria que esperar até o próximo dia, confiando na “bondade divina e da natureza”, uma vez que dormiam em local desprotegido.

A partir 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização dos serviços de saúde, os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) iniciaram com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Após 10 anos, foi inaugurado o Centro de Atenção Básica e Epidemiologia Genuíno, a primeira Unidade Básica de Saúde na zona urbana. Na mesma época, existia o Posto de Saúde Divinópolis, na zona rural. No entanto, ambos serviços ocupavam prédios residenciais, sem a devida adequação às normas para estabelecimento de saúde.

A partir de 2002, os serviços que eram executados pelos agentes da SUCAM passaram a ser realizados pelos Agentes de Combate às Endemias (ACE). Em 2006 foi inaugurada a UBS Alvorada, ocupando inicialmente um prédio residencial, sendo inaugurado seu prédio atual em 2010. Em 2008 também foi inaugurada a UBS Loreci Pereira, na comunidade Água Azul. Em 2012 foi credenciado e habilitado um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) para o município, que ocupava um prédio residencial alugado.

Pela primeira vez na história do município, a partir da implantação do Programa Mais Médicos, em 2014, as unidades de saúde passaram a ter atendimentos diários com médicos. Nesse momento histórico, foi

credenciada a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF) com saúde bucal do município, na UBS Alvorada. Em 2016, com o Programa de Aceleração do Crescimento 2 (PAC 2), foram construídas e inauguradas 03 UBS na zona rural: Divinópolis, São José e Estrela do Norte. Também foi feito processo seletivo que admitiu mais 40 ACS, totalizando 129.

Neste período, o município contava com 04 UBS na zona rural, 01 UBS com equipe de ESF, um Centro de Saúde Materno Infantil (a única que oferecia imunização) na zona urbana e um ambulatório em Unidade Mista. Este último funcionava no Hospital Municipal de Rurópolis e oferecia atendimento médico a adultos e atendia aos Programas de Hipertensão, Diabetes, Saúde Mental e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Em 2017, a gestão municipal, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), fez uma oficina planejamento para reestruturação dos serviços de saúde no território de forma a promover maior integração entre as ações da APS e da Vigilância em Saúde (VS) para melhor acesso à população, quando foi implantado a Unidade Integrada de Vigilância e Atenção Primária em Saúde (UNIVAP)

A partir do novo planejamento, em 2018, o ambulatório do Hospital foi extinto e a população dos bairros da zona urbana foram vinculados a três equipes de ESF com saúde bucal que atuavam nas duas UBS da cidade, que foram ampliadas com recurso do Programa Requalifica UBS. No mesmo ano, foi habilitada uma Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Em 2019, foi inaugurada UBS Maria de Lourdes dos Santos, na zona urbana, o que exigiu uma nova territorialização. Além disso, a APS e VS do município foi informatizada e reestruturada com novas mobílias e equipamentos. Paralelamente a isso, o HMR passou por ampliações e reestruturações: a construção da Maternidade, em 2019; e construção da Emergência, em 2020. Ainda em 2020, foi construído um prédio próprio para o CAPS. A Maternidade será detalhadamente discutida adiante.

Em 2023, foi inaugurado mais uma UBS com objetivo de vincular a população rural que não pertence a uma equipe de ESF. Em 2024, foi credenciada uma equipe multidisciplinar para matriciamento das equipes de ESF. Esta estratégia é muito importante para atender as necessidades em saúde da população, principalmente pós pandemia, uma vez que o NASF não existia como equipe de apoio.

Em relação aos dados em saúde, em 2017 apresentava uma taxa de mortalidade geral de (2,04%) com 100 óbitos, sendo (65%) em homens e (35%) em mulheres (DATASUS, 2019). Curiosamente, o município já recebeu algumas notificações e, por duas vezes, teve recursos bloqueados por “pouca informação de mortalidade”. Seguramente, a reestruturação da saúde do município proporcionou um melhor enfrentamento da pandemia da COVID -19, que foi realizado a partir da criação de uma rede de atenção específica para pessoas com infecção pelo coronavírus.

As maiores causas de óbito são doenças do aparelho circulatório com (24%), causas externas (17%) e doenças do aparelho respiratório com (10%). Em menor proporção, mas não menos importante, as neoplasias causam (7%) e as doenças infecciosas e parasitárias causam (3%) dos óbitos. Em relação ao local de ocorrência dos óbitos, (56%) ocorreram em hospital, (26%) em domicílio, (10%) em via pública, (02%) em outros estabelecimentos de saúde e (06%) em outros locais (DATASUS, 2019). O município é um cenário propício para o surgimento de diversos agravos, principalmente doenças diarreicas, hanseníase, leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis e acidentes por animais peçonhentos.

A taxa de natalidade de Rurópolis é de (8,37%) e com média de (34, 25) partos ao mês. Em 2017, nasceram 411 crianças de partos hospitalares, sendo (56%) vaginais e (44%) cesarianos. Em relação às consultas durante a gestação, (0,97%) das mulheres não realizou consultas, (4,62%) realizou de 1 a 3 consultas, (28,18%) realizou de 4 a 6 consultas e (66,18%) realizou 7 ou mais consultas pré-natal (DATASUS, 2019).

O município possui alta incidência de gravidez entre jovens, sendo (1,70%) entre 10 a 14 anos de idade e (27,01%) de 15 a 19 anos. Entretanto, a maior proporção de mulheres grávidas está na faixa etária superior a 20 anos de idade, sendo (31,14%) de 20 a 24 anos, (17,76%) 25 a 29 anos, (8,76%) de 35 a 39 anos e (0,97%) tem mais de 40 anos (DATASUS, 2019). O último registro de mortalidade materna foi em 2020. A taxa de mortalidade infantil foi de (21,90%) e taxa de mortalidade em menores de 05 anos foi de (24,33%) (DATASUS, 2019).

RECONSTRUINDO A HISTÓRIA DO PARTO E NASCIMENTO

A história do parto em Rurópolis inicia antes do próprio nascimento da cidade. Segundo a parteira Doracy Bernarda Pereira Lopes, que chegou à transamazônica junto com seu esposo para trabalhar na abertura das rodovias em 1972, as mulheres que moravam às proximidades da comunidade Água Azul, km 85 da BR 230 entre Itaituba e Rurópolis, tinham seus filhos assistidos por ela.

Dona Dora, como é conhecida na comunidade, afirma que às vezes era acionada durante as madrugadas e em período chuvoso, e mesmo assim ela caminhava quilômetros a pé com seus materiais e sua lanterna para promover assistência ao parto na comunidade ou nas estradas vicinais. Ela afirma que:

Era nós e Deus! Deus primeiramente e nós duas (...), eu fazia aquele chá e dava(...), arrumava a barriguinha dela (...) e colocava ela pra andar. Pra mim, era um amor, com todo amor e carinho, não sentia medo, não sentia nada, eu só sentia aquela emoção de ver aquele neném (...). Aí o menino nascia, cortava o umbigo, banhava, arrumava, banhava ela e o primeiro pirão (caldo) quem fazia era eu (...) (Parteira Doracy).

Essas mulheres, principalmente da zona rural, não conseguiam acesso ao pré-natal e assistência ao parto. Dona Dora conta ainda que realizava acompanhamento e cuidados à mulher durante a gravidez

(“ajeitava a barriga”) e que não recebia nada em troca. Durante seu ofício ajudou cerca de 70 mulheres a terem seus filhos. Afirma ainda que, desse total, precisou acompanhar duas até hospitais da região devido “o menino estava atravessado” e “placenta pregada”.

Assim como dona Dora, Rurópolis ainda tinha muitas parteiras que atuavam no município, três delas foram homenageadas na Maternidade tendo seus nomes aos quartos de pré-parto, parto e pós-parto: Beliza Batista, Zenilda Rosa e Alexandrina Conceição. Ainda há outras parteiras que moram no município e que merecem ser ouvidas sobre suas histórias de vida.

As parteiras desempenharam um papel crucial território amazônico e, mesmo com a presença de hospitais, a distância e a dificuldade de acesso faziam com que muitas mulheres ainda dependessem das parteiras pois elas estabeleciam vínculo, ofereciam suporte emocional e físico às mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto. Essa relação próxima com as gestantes era marcada pela confiança e pelo conhecimento transmitido por gerações, valorizando práticas tradicionais de saúde e bem-estar. Dona Dora diz que o elemento religioso e a crença reforçam a sua missão de vida. Elas foram e ainda são parte essencial da história do cuidado materno em nossa região e em outros territórios da Amazônia.

As parteiras tradicionais ou “mães de umbigo”, como são denominadas, atuam em comunidades rurais e também em bairros periféricos dos centros urbanos, atendendo parturientes em diferentes fases da sua gestação (gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido). O atendimento tem seu ápice no momento de preparação para a realização do parto, ou seja, no ato de “partejar”. A partir de suas práticas de partejar, as parteiras agregam em seu atendimento um conjunto de técnicas e procedimentos que são adquiridos e elaborados nas vivências e práticas cotidianas, isto é, com suas experiências e saberes constituídos, muitas vezes, a partir do seu próprio parto ou do parto de suas filhas e da sua rede de parentesco e vizinhança (Schweickardt, Silva e Sousa, Nascimento, Gomes & Moares, 2020, p. 17).

O Hospital Municipal de Rurópolis (HMR) foi inaugurado em 12 de fevereiro de 1974, mantendo a estrutura até 2017, oferecendo serviços em unidade mista que atendia a programas de saúde e internações hospitalares. Foi administrado por décadas pela Fundação SESP, que seguia um modelo de atenção hospitalocêntrica com atendimento por demanda.

Devido escassez de profissionais qualificados, a Fundação SESP recrutava pessoas e as formava em poucos meses, com metodologia rígida e hierarquizada. Os profissionais de saúde da época afirmam que, ao final do período de treinamento, deveriam assumir responsabilidades, inclusive em procedimentos complexos, como o parto. Caso contrário, seriam dispensados do serviço. A formação desses profissionais era influenciada pela lógica militarizada da época, permeada pelas relações de poder entre os diversos profissionais e destes com “os pacientes”. Assim, a pessoa a ser cuidada de fato assumia o adjetivo passivo, como um ser paciente que apenas receberia as intervenções médicas.

É nesse contexto que o parto, até então um evento familiar e comunitário, passa a ser um evento hospitalar, instrumentalizado, medicalizado e com práticas que hoje reconhecemos como violência obstétrica. Essas práticas foram ensinadas para as gerações de profissionais que atuaram no HMR, de forma protocolar e mecanizada, desconsiderando a complexidade do fenômeno social que a gestação, o parto e o puerpério trazem para a vida da mulher e de sua família. Por outro lado, essas práticas não eram desvinculadas da realidade social que as mulheres viviam, pois representavam a institucionalização do machismo e o poder médico no interior dos serviços de saúde.

Nos anos 2000, a partir de atualizações importantes advindas da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS), iniciou o debate sobre os direitos das mulheres, a política de humanização e a incorporação de práticas baseadas em evidências. Entretanto, foi com a Portaria 1.459 de 24

de junho de 2011 que o Ministério da Saúde de fato apontou os caminhos para atenção à saúde da mulher e da criança, a partir da instituição da Rede Cegonha. Em seu Artigo 1º:

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento e à atenção humanizada na gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito de nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (...) (Brasil, 2011, p. 01).

Neste mesmo ano, foi realizada uma oficina na cidade de Santarém para qualificar equipes da região oeste do Pará para essa nova realidade na atenção materna e infantil. Ao mesmo tempo que vimos o encantamento pelas novas diretrizes, também nos preocupamos com os enormes desafios em transformar práticas tão enraizadas em nossos serviços. Outro desafio era a limitação em relação à governança sobre as transformações na infraestrutura que seriam necessárias para esse novo contexto de nascer.

Na realidade, até hoje há muita resistência em relação à mudança. Para alguns profissionais da região amazônica, as diretrizes preconizadas na Rede Cegonha ainda são consideradas utópicas. Durante muito tempo, os profissionais de saúde de Rurópolis foram resistentes à chegada das mudanças, especialmente aqueles que ainda idealizavam o modelo “sespiano”.

No período anterior à reforma, o HMR tinha uma enfermaria de 30m² (trinta metros quadrados), com cinco leitos comuns, sem divisórias, sem poltronas ou berços neonatais devido à falta de espaço. Nessa enfermaria, internavam mulheres em trabalho de parto e em processo de abortamento. As parturientes ficavam nessa enfermaria até a dilatação completa e eram transferidas para sala de parto que se situava no centro cirúrgico. Em algumas situações, as mulheres andavam por aproximadamente 10 metros.

Na sala de parto a mulher não tinha direito a acompanhante, não tinha livre escolha de posição de parto, sendo a única opção a posição

ginecológica em uma maca antiga, com pernas de ferro geladas. Ali eram submetidas a práticas que hoje são reconhecidas como violência obstétrica. Era rotina fazer episiotomia³ manobra de kristeller⁴, manobra de extração do feto e da placenta. Não existiam equipamentos adequados para promover uma boa adaptação neonatal, sendo que a fonte de calor que possuíamos era uma mesa de madeira improvisada com lâmpadas incandescentes na parte superior.

Quando o parto acabava, as mulheres eram transferidas de volta aos seus leitos na enfermaria e, algumas delas, apresentavam instabilidade hemodinâmica no trajeto. Porém, mesmo cientes dessa possibilidade, a mulher era transferida, pois não havia local adequado para observar esta mulher no período de greenberg⁵ dentro do centro cirúrgico.

Diante dessa ambiência inadequada, em 2011, foi feita a planta baixa do projeto da maternidade para anexar ao HMR. Esta planta foi inspirada em projeto arquitetônico de Centro de Partos Normais (CPN), preconizados pela Rede Cegonha. No entanto, para atender as necessidades em saúde da população, alguns ambientes foram acrescentados ao projeto, como a Clínica Obstétrica e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI). A proposta de projeto arquitetônico foi apresentada às gestões municipais em 2011 e 2013, porém a ideia foi rejeitada com a justificativa de insuficiência de recursos para sua execução.

Em 2017, a planta baixa foi novamente apresentada à gestão municipal e dessa vez foi aceita, porém a proposta ficou aguardando orçamento para sua execução. Vale ressaltar que a proposta de construção de uma maternidade surgiu também na I Conferência de Saúde da Mulher, em 2017, e na I Plenária de Vigilância em Saúde, em 2018. Sendo pauta recorrente nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) devido as denúncias de violência obstétrica.

3 Incisão efetuada na região perineal para ampliar o canal de parto.

4 Caracteriza-se pela aplicação de pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de agilizar a extração do feto.

5 Refere-se ao período de pós-parto imediato, após a dequitação placentária.

Figura 04. I Conferência Municipal de Saúde da Mulher de Rurópolis, em 2017.



Fonte: Helder Marinho, 2017.

Eis que, em julho de 2018, o gestor municipal Joselino Padilha telefonou à Secretária de Saúde da época e perguntou: “Vamos construir a maternidade?” Assim, a obra iniciou em 28 de agosto de 2018 com a demolição do necrotério municipal, pois aquela área deixaria de ser relacionada à morte e passaria a ser significado de vida.

A Maternidade Municipal de Rurópolis (MMR) foi construída com recursos próprios do município e, para superar as limitações financeiras, seu modo de execução foi direta, ou seja, os próprios profissionais da Secretaria de Infraestrutura a construíram. O projeto completo foi orçado em R\$ 384.347,37 (trezentos e oitenta e quatro mil, trezentos e quarenta e sete reais e trinta e sete centavos) e foi inaugurada em 12 de fevereiro de 2019.

Figura 05. A nova Maternidade Municipal de Rurópolis – Pará.



Fonte: Helder Marinho, 2019.

A partir do momento que se decidiu em transformar o contexto do parto e nascimento em Rurópolis, paralelamente à construção física, também foi necessária uma “demolição e reconstrução” de saberes e práticas dos profissionais de saúde que atuavam na assistência à mulher. Assim, iniciamos um planejamento de Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificar os profissionais para atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério. Durante os seis meses de construção da maternidade, as equipes foram sendo preparadas para atender às gestantes em seu ciclo gravídico puerperal com boas práticas, sabendo aplicar métodos não farmacológicos de alívio de dor, bem como também manuseando novos equipamentos. Em torno de 100 profissionais de saúde participaram dos seis momentos de EPS. Inclusive, em uma das atividades em grupo, os trabalhadores formularam frases para que fossem ditas às mulheres em trabalho de parto, sem saber que essas frases estariam ilustradas nas portas da maternidade. Importa ressaltar que a maternidade ainda mantém momentos de EPS, porém com menor frequência.

A MMR possui 318,63 m² de área construída, com 26 cômodos que contemplam: uma recepção, uma sala de acolhimento, dois expurgos, uma clínica obstétrica, uma sala de descanso da equipe, um posto de enfermagem, um alojamento conjunto, três quartos pré-parto, parto e pós-parto (PPP), um UCI neonatal, um solário, um fraldário, oito banheiros e uma farmácia. Vale ressaltar que a maternidade tem acesso direto ao centro cirúrgico.

Figura 06. Educação Permanente em Saúde com os trabalhadores, momento de construção das frases motivacionais para as gestantes.



Fonte: SEMSA, 2018.

A clínica obstétrica foi necessária para separar mulheres com intercorrências na gravidez, como o abortamento, daquelas que estavam em trabalho de parto ou puerpério. Infelizmente esse cuidado não era possível na antiga estrutura hospitalar. Inicialmente ela foi projetada para dois leitos e, no decorrer do processo, foi acrescentado mais um leito, que são separados por cortinas divisórias hospitalares.

Apesar de não ter UCI nos projetos arquitetônicos de CPN, era preciso garantir um espaço adequado para os cuidados com recém-

nascidos graves ou de risco, enquanto estes aguardam transferência para leitos de alta complexidade. Com capacidade para dois leitos, essa estratégia garantiu retaguarda à vida dessas crianças, uma vez que o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal na região oeste do Pará são reduzidos e possuem alta demanda. Lamentavelmente esta transferência pode demorar dias e alguns recém-nascidos falecem antes de conseguirem acessar a UTI neonatal.

Os três quartos PPP são espaços individuais destinados ao acompanhamento de trabalho de parto, parto e pós-parto e, idealmente, até a alta hospitalar do binômio mãe-filho (Brasil, 2015). Entretanto, um quarto foi planejado para gestantes de alto risco e dois para partos de risco habitual. Esses últimos possuem espaço e estrutura para desenvolvimento de boas práticas, inclusive banheira com água morna e hidromassagem para método de alívio de dor. Os quartos receberam nomes de parteiras tradicionais de Rurópolis, como forma de reconhecer as pioneiras na atenção materna na comunidade. O quarto PPP 01 homenageia a Parteira Beliza Batista; o PPP 02 recebe o nome da Parteira Zenilda Rosa e o quarto PPP 03 homenageia a Parteira Alexandrina da Conceição.

Figura 07. Quarto PPP Parteira Zenilda Rosa, Maternidade Municipal de Rurópolis.



Fonte: SEMSA, 2019.

O alojamento conjunto possui quatro leitos e destina-se às mães em puerpério com os seus bebês permanecerem juntos por 24 horas, independentemente do tipo de parto (Brasil, 2015). Nele tem cortinas divisórias hospitalares para garantia mínima de privacidade e de acompanhante de livre escolha. Para garantir a ambiência e estrutura necessária à assistência materna e infantil mais qualificada, foram adquiridos mais de 100 equipamentos com recursos federais, oriundas de 02 emendas parlamentares, somando R\$ 700.000,00 (setecentos mil reais).

Dentre os equipamentos, citamos: nove camas PPP manual, uma cama PPP elétrica, três espaldar, três focos ginecológicos, um foco cirúrgico móvel, dez escadas, doze suportes de soro, um cardiotocógrafo, um amnioscópio, um maca ginecológica elétrica, sete berços neonatais, dois berços aquecidos, um aparelho de fototerapia, um incubadora neonatal, um ventilador mecânico, dois monitores multiparâmetros, três carros de curativo, um purificador de água, um bebedouro, três geladeiras, duas poltronas cavalinho, uma banqueta de parto vertical, sete poltronas hospitalares, seis cortinas divisórias hospitalares, três mesas auxiliares, dois sofás cama, dois sofás, três armários, três mesas mayo, duas mesas de escritório, cinco cadeiras de escritório, doze ar condicionados, um carro de parada, um desfibrilador, um oftalmoscópio, um otoscópio, três detectores fetais, três oxímetros de pulso, 13 réguas de gases, três bolas suíças, sete hampers, três aspiradores, um desfibrilador e cardioversor, entre outros. Os equipamentos foram distribuídos nos diversos ambientes da maternidade e alguns foram até para o centro cirúrgico para garantia de qualidade da assistência no parto operatório.

A experiência, portanto, ocorreu em três etapas: levantamento das necessidades em saúde da mulher através das Conferências Municipais; EPS com os trabalhadores da saúde e a reestruturação da ala obstétrica do HMR.

Entre 2017 e 2018 ocorreram as Conferências de Saúde da Mulher e a Plenária de Vigilância em Saúde, quando a proposta de construção de uma

ala obstétrica emergiu nos grupos dos segmentos usuários, trabalhadores e gestores. Nas falas dos atores sociais predominavam questionamentos sobre a garantia do direito a acompanhante no trabalho de parto e falta de ambiência.

A EPS com as equipes de APS e do hospital abordou temas como humanização na assistência materna e infantil, boas práticas no parto e nascimento, distócias, cuidados com recém-nascido em sala de parto, reanimação neonatal, interpretação da cardiotocografia, partograma, entre outros. Nessa prática educativa, foram observados e selecionados profissionais com perfil para atuar na nova maternidade.

A reestruturação da ala obstétrica exigiu um esforço da equipe de licitação para elaborar todo processo para aquisição em tempo hábil de materiais de construção, materiais de consumo e equipamentos. A maternidade foi construída pela equipe de pedreiros da secretaria de infraestrutura, carinhosamente apelidada de equipe do Senhor Pará. A construção foi concluída em seis meses, no prazo previsto.

REFLEXÕES SOBRE OS CAMINHOS PERCORRIDOS: IMPACTANDO NA VIDA E NA AUTONOMIA DOS USUÁRIOS E EQUIPES DE SAÚDE

A estrutura da maternidade foi planejada criteriosamente para gerar sensação de conforto e acolhimento, sensação que inclusive também é sentida pelos trabalhadores da maternidade. Um fato importante é que após iniciar seus atendimentos, os profissionais da maternidade desenvolveram um sentimento de pertencimento e de cuidado com aquele ambiente tão acolhedor. No entanto, infelizmente, algumas pessoas ainda têm dificuldade de atuar com empatia e de forma respeitosa, como observamos na roda de conversa com as gestantes durante a visita da curadoria.

A MMR foi a primeira maternidade implantada na região oeste do Pará que garante ambiência e estrutura necessária desenvolvimentos de boas práticas no período gravídico puerperal. Não há dúvidas quanto

aos benefícios que a implantação da maternidade trouxe para sociedade ruropolense, refletindo na busca pelos seus serviços por usuárias de municípios paraenses vizinhos e distantes, mas também de outros estados e países. Já recebemos usuárias do Mato Grosso, Amazonas, Roraima, Amapá e da Venezuela.

O impacto de sua implantação chamou a atenção das secretarias de saúde vizinhas, das universidades e faculdades da região, que solicitam visitas técnicas e espaço para estágios na graduação. Em 2023, foi desenvolvida uma pesquisa pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) com objetivo de descrever as experiências de mulheres que passaram por partos vaginais no HMR, em dois momentos diferentes, sendo o último parto realizado na MMR (Dergan, Cardoso, Martins & Figueira, 2024).

A pesquisa entrevistou 47 mulheres, respeitando os protocolos de ética com pesquisa. Com relação à experiência de parto anterior à Maternidade, essas mulheres relataram várias situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto:

(...) e começaram a cortar de um lado e de outro e a enfermeira dizendo vai dilacerar e não tem jeito (T14)

(...) aí foi bem complicado, tive câimbra e muita coisa e não foi utilizado nada não, negócio de nada pra alívio de dor não (F30).

(...) câimbra, eu tive desmaio, tive tontura, e deu muito trabalho e teve que me cortar muitas vezes e levei muito ponto e tive hemorragia, então a experiência foi bem mal, mal (A39).

(...) e a placenta tiveram que puxar, ela disse que era como se estivesse toda grudada, e tive hemorragia no pós-parto (F7)

(...) e me sentir negligenciada porque eles não explicaram coisa alguma (...) (A102).

(...) nunca achei que fosse violência obstétrica (F74).

(...) eu sofri violência obstétrica aquelas piadinhas “que na hora que tu fez não estava gritando”, e foi bem chato porque eu estava lá sozinha e toda a minha família do lado de fora (T69).

(...) e fiquei muito mal, foi horrível e eles fizeram procedimento lá no quarto com todo mundo olhando, tanto os acompanhantes quanto as outras pacientes (...), ele pegou um pano e deu um nó tipo uma corrente e botou na minha boca e falou agora você grita (...) (A57).

(...) não me explicaram o porquê de cortar... (A40).

(...) foi feito o corte e foi feito a manobra, (...) foi aquele negócio de empurrar a barriga no caso, e foi três braçadas (U9).

(...) e me sentir constrangida (...) e aí me deixaram lá sozinha (G99) (Dergan *et al.*, 2024, p.236-237).

As falas comprovam que havia um cenário de violência obstétrica no HMR, contrariando diretrizes nacionais e internacionais (Brasil, 2011; OMS, 2014). Por outro lado, essas mesmas mulheres descreveram uma experiência mais positiva na MMR.

(...) o parto de 2022 foi bem mais tranquilo porque estava bem mais confiante (T14).

(...) no segundo parto eu sentir uma felicidade, um acolhimento acho que porque a minha mãe estava lá, o meu marido, sei lá foi bom demais uma sensação (A39).

(...) fiquei admirada que até hoje eu falo que porque eles não chegaram a fazer aquele corte em mim (G41).

(...) e tem as coisas que a gente precisa pra fazer agachamento e essas coisas e me fez sentir mais acolhida por conta disso. E por entrar com acompanhante (T107).

(...) e de ter um rosto conhecido na hora fez toda a diferença e foi mais tranquilo. Como é que posso dizer: livre, né! Que eu pude escolher como queria que o meu filho viesse ao mundo (T69).

(...) a maternidade é bem melhor que o hospital, porque ela tem mais aparelho e tem a oportunidade de se locomover (U45).

(...) E pra mim foi visível e gritante a diferença de um parto para o outro em relação ao atendimento e estrutura (F40).

(...) a maternidade deixa a gente mais confortável, e tem aquela banheira (T60).

(...), mas a privacidade ficou bem melhor que é só com mulheres e pode ficar sozinha com o acompanhante (U45).

(...) em também sala que a gente fica sozinha com o acompanhante e eu fique em uma sala com o acompanhante (U16).

(...) a maternidade deixava o acompanhante ficar com você e assistir o parto e tudo. E com isso me sentir mais segura (F20).

(...) e a gente tá tendo um atendimento mais humanizado e a gente vai pro parto preparado, acredito que nisso é muita diferença (T69).

(...) eu tive ela no banquinho e quando ela nasceu a enfermeira jogou ela nos meus braços e ela ficou aquele primeiro momento comigo e isso ajudou depois na amamentação (A40) (Dergan *et al.*, 2024, p.241-242).

As falas dessas mulheres mostram que Rurópolis conseguiu ressignificar o parto a partir de transformações estruturais e para isso, literalmente foi necessário demolir e reconstruir prédios, saberes e práticas. O estudo concluiu que a ambiência sobre os direitos da mulher e a presença de profissionais qualificados, atuando com boas práticas durante o trabalho de parto e parto, fazem uma grande diferença para construção de experiências positivas e afetivas desse momento tão importante para as mulheres e suas famílias (Dergan *et al.*, 2024).

No entanto, algumas falas ainda mostraram fragilidades e desafios. Portanto, mesmo com toda transformação, ainda temos abordagens para qualificar a atenção integral materna e infantil como: gravidez na adolescência, o “rastros de cesárea” que alguns profissionais médicos deixaram no município, suporte diagnóstico e terapêutico para as gestantes, o desconhecimento de algumas mulheres e suas famílias sobre o trabalho de parto, qualificação da atenção à saúde no território, manutenção e renovação da infraestrutura adquirida, recursos humanos

reduzidos e a necessidade de educação permanente para as equipes da APS e do HMR.

As UBS de Rurópolis realizam o pré-natal de baixo a alto risco e encaminham essas mulheres para o parto na maternidade, procurando realizar a visita na MMR de vinculação agendada pela APS. Portanto, acreditamos que há garantia de integralidade na rede de atenção municipal, mesmo com algumas fragilidades. Quando se trata da rede de atenção regionalizada, ainda há inconformidades com insuficiência de leitos maternos e neonatais para as gestantes de alto risco, exigindo que o município assuma os partos de alto risco sem a capacidade instalada necessária para dar suporte à mãe e ao bebê.

Essa grande fragilidade, contribui para os altos índices de mortalidade infantil e materna na região oeste do Pará. Além disso, ainda deve ser considerada a escassez de profissionais especializados nos interiores da Amazônia, quando alguns aceitam, os custos alcançam valores impraticáveis ao SUS. A rotatividade também é um dos problemas de fixação dos profissionais na região, prejudicando a criação de vínculo e continuidade do cuidado (Dolzane & Schweickardt, 2021).

O período pós pandemia trouxe repercussões negativas para os desfechos do parto, com aumento significativo no quantitativo de partos cesarianos por diversas motivações: cesárias anteriores, comorbidades, infecções urinárias e vaginais recorrentes (resistência bacteriana), entre outros. Para melhor condução pré-natal, no parto e pós-parto dessas mulheres, é necessário que a EPS estimule o senso crítico e clínico dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, buscando uma assistência adequada, humana e respeitosa.

As equipes têm o compromisso de informar as gestantes no pré-natal sobre a escolha de parto, informações necessárias as gestantes e suas famílias sobre os benefícios e direitos associados ao parto humanizado. Ainda é necessário que os acompanhantes sejam preparados para exercer seu papel no pré-parto, parto e pós-parto durante o pré-natal. Neste sentido,

o município reiniciou as atividades de visita de vinculação na MMR, no entanto esta prática deve ser permanente.

Uma outra necessidade é garantir que o parto seja seguro e eficaz em casos de emergências obstétricas, com equipe qualificada para identificação precoce e que saiba intervir com bases em evidências científicas e em concordância com a mulher e sua família. A gestão em saúde implementou o programa de aleitamento materno para assegurar a continuidade de cuidado humanizado no pós-parto, especialmente na prevenção do desmame e na introdução de fórmulas ou outros alimentos que possam repercutir negativamente para saúde da criança. Essa medida é necessária para a redução da mortalidade infantil.

Percebemos hoje que há necessidade de ampliação da MMR com mais quartos PPP e a aquisição de equipamentos como: ultrassom portátil, monitores cardíacos multiparâmetros, ventiladores mecânicos adulto e neonatal, incubadoras neonatais, berços aquecidos, focos ambulatoriais, escadas dois degraus, poltronas hospitalares, entre outros. Esses equipamentos são necessários para melhor qualificar a atenção materna e infantil no contexto da maternidade.

Por fim, entendemos que somente é possível superar os desafios e ampliar a nossa capacidade de gestão do cuidado quando há o comprometimento da gestão municipal, garantindo a defesa do patrimônio público e o provimento profissional e de equipamentos para uma atenção adequada que garanta continuidade do cuidado.

A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO NA MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS

A Mostra Brasil Aqui Tem SUS é um evento ímpar em que gestores, profissionais de saúde e a usuários do SUS podem visualizar a riqueza e vastidão de conhecimentos, experiências, práticas, saberes e cuidados realizados nos 5.570 municípios brasileiros.

Rurópolis participa da Mostra Brasil Aqui Tem SUS desde 2019, pois reconhece a importância de mostrar aos demais municípios que é possível oferecer mais acesso e qualidade de cuidado no âmbito do SUS. Em 2019, fomos agraciados com premiação pelo Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Conasems) e OPAS, como melhor experiência da APS forte, com a experiência “Desbravadores do SUS: redescobrimos cidadãos, promovendo o direito à saúde”. O prêmio foi uma viagem para Espanha, para duas autoras, para conhecer o sistema de saúde local.

Em 2021, fomos escolhidos pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Pará (Cosems) representar o estado na Mostra Virtual Brasil Aqui Tem SUS no combate à COVID 19, com a experiência “Rede Proteger: população de Rurópolis ajuda a prevenir expansão de Covid-19”. Em 2022, fomos escolhidos novamente pelo Conasems como a melhor experiência do Estado do Pará, com a experiência “Inovação, Acesso e Integralidade: Nova Rede de Cuidado como Estratégia de Enfrentamento à Covid-19, do município de Rurópolis-Pará”. E, como premiação, foi gravado um Webdoc no município que está disponível no canal do Conasems no Youtube.

Em 2023, surpreendentemente fomos escolhidos pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) como melhor experiência da região Norte no prêmio IdeiaSUS, com a experiência intitulada “O renascimento e a ressignificação do parto em um município rural remoto da Amazônia paraense”. Em 2024, fomos novamente selecionados na Mostra Estadual Pará Aqui tem SUS, com a experiência “O território é nosso: união e integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde em Rurópolis-PA”. No entanto, com o cancelamento do Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde que ocorreria em Porto Alegre, não houve a Mostra Brasil Aqui Tem SUS.

Essas experiências apresentadas traduzem um recorte do nosso trabalho desenvolvido no território ruropolense. A apresentação desses trabalhos mostra o impacto dessas iniciativas e reflete a complexidade

do que é fazer SUS na região amazônica. A Mostra também proporciona uma oportunidade para a troca direta de experiências, permitindo um diálogo entre os participantes. Após cada Mostra, voltamos para casa com muitas ideias de projetos e com novas estratégias para superar fragilidades encontradas em nossos serviços.

Curiosamente, até participarmos da Mostra pela primeira vez, acreditávamos que não tínhamos capacidade de apresentar alguma experiência digna para o Brasil, uma vez que nos víamos como município pobre, rural remoto, amazônida e cheio de vulnerabilidades sociais e programáticas. E, logo na nossa primeira participação, sermos agraciados com o maior prêmio da Mostra, fez-nos acreditar que todo esforço, suor, lágrima, trabalho e, às vezes, noites em claro valeram a pena. O fato de ser selecionado para apresentar o que fazemos em nosso território em evento nacional, entre os municípios do país, já é extremamente satisfatório.

Ter uma experiência premiada nacionalmente, prova que somos capazes de mudar a forma de atender em um contexto desafiador. Ver os resultados positivos a partir da implementação de boas práticas no cuidado às mulheres no ciclo gravídico puerperal e, mais do que isso, saber que os pequenos cidadãos ruropolenses nascem de forma respeitosa, é o oxigênio necessário para respirarmos fundo e continuar na defesa de um SUS cada vez mais acessível, equânime e respeitoso para com seus usuários.

A CURADORIA EM SAÚDE E SEU IMPACTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

A curadoria foi um processo de descoberta e de novas perspectivas. Inicialmente, não sabíamos como o processo transcorreria, ficamos apreensivos e, ao final, constatamos que foi o movimento de resgate histórico, da ancestralidade, de reflexão crítica e de construção, por meio rodas de conversas presenciais e virtuais, de conhecimentos que foram carregadas de afetos e empatia.

Esse movimento trouxe a consciência de que para chegar neste lugar, tivemos que vivenciar historicamente os processos, rememorando as experiências das gerações que nos antecederam. Por exemplo, até o momento não tínhamos nos preocupado em conhecer as nossas parteiras e nem nos perguntamos sobre a história de parir e nascer em Rurópolis.

O momento presencial, *in loco*, gerou um movimento das pessoas em torno da experiência, principalmente a gestão municipal que ajudou a sanar algumas fragilidades existentes no serviço, pois com diálogo conseguir chegar na solução. Enquanto pertencentes a esse território e a esse serviço, nos sentimos extremamente orgulhosos do Prêmio IdeiaSUS. O prêmio não só celebra a inovação e a dedicação dos profissionais de saúde em Rurópolis, mas também assegura que essa experiência sirva de referência e inspiração para outras localidades, inclusive aquelas com contexto muito parecido com o nosso.

No dia 13 de agosto de 2024, recebemos em nosso município os pesquisadores Julio Cesar Schweickardt e Claudia Le Cocq. A visita iniciou na maternidade local, onde os curadores puderam conhecer o ambiente e as atividades realizadas pelos colaboradores. Foram apresentados os processos desde o pré-parto até o pós-parto, incluindo a gestão de intercorrências com as mulheres que procuram o serviço ou são referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em seguida, foi realizado roda de conversa com os colaboradores da Rede de Atenção da Zona Urbana do município. Durante este encontro, os profissionais compartilharam suas experiências ao longo da história e participaram de uma atividade de escrita de palavras de ressignificação, refletindo sobre suas trajetórias e o impacto de seu trabalho. Nesta roda de conversa, a técnica de enfermagem Marines Pereira Lima afirmou que a maternidade foi um avanço para assistência às pacientes, mas também para os profissionais que despertaram o sentimento de cuidado e zelo pelo seu trabalho e pelo espaço em que novas vidas vêm ao mundo. Na

tarde do mesmo dia, foi realizada uma roda de conversa com o Comitê de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil. O grupo discutiu as fragilidades existentes tanto a nível municipal quanto na necessidade de referenciar as usuárias, evidenciando áreas que precisam de melhorias e novas estratégias.

Na manhã do dia 14 de agosto, foi realizado a roda de conversa com o gestor municipal Joselino Padilha, conhecido como “Taka”. Ele compartilhou sua trajetória desde a infância até os dias atuais, destacando a importância da maternidade como referência na região. Segundo ele, “(...) hoje a maternidade é referência na nossa região... e o que temos de mais importante que teve ali depois da construção: o amor das pessoas que trabalham lá, isso faz toda a diferença.”

Ainda pela manhã, realizamos uma roda de conversa com gestantes da UBS Alvorada, que atende cerca de 8 mil usuários, localizados em um dos territórios com maior vulnerabilidade social da cidade. As gestantes relataram suas experiências antes e depois da inauguração da maternidade, destacando melhorias significativas no ambiente e no cuidado recebido. No entanto, também houve relatos de violência obstétrica, o que destaca a necessidade de revisar e aprimorar as práticas e a comunicação no atendimento.

Na tarde do dia 14, os curadores visitaram as UBS Rurais, onde conheceram os serviços ofertados e participaram de rodas de conversa com os profissionais de saúde das unidades. Já no km 85, na comunidade Água Azul, tivemos o privilégio de ouvir os relatos da parteira Dona Dora, que compartilhou suas experiências e desafios enfrentados como parteira desde a abertura da rodovia Transamazônica em 1972.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além dos desafios anteriormente citados, uma preocupação é garantir a sustentabilidade financeira da MMR para que se mantenha, independentemente das mudanças de gestores municipais. A sustentabilidade financeira poderá ser fortalecida a partir da habilitação

e homologação como CPN intra-hospitalar do tipo I ou do tipo II, na Rede Alyne, no Ministério da Saúde. Ressalta-se que as Portarias GM/MS 5.340 e 5.341 de 05 de setembro de 2024, que substituíram a Portaria da rede Cegonha instituem os aumentos dos valores financiados, bem como reiteram a estrutura mínima que já possuímos e a equipe mínima de profissionais que necessitamos alcançar para conseguirmos o custeio pelo Ministério da saúde e garantirmos um financiamento estável e, por conseguinte, a permanência e continuidade desses serviços.

Importa ressaltar que as portarias da Rede Alyne reforçam a necessidade de discussão nos espaços de pactuação para garantia desse financiamento. Neste sentido, a equipe técnica municipal já se antecipou em garantir no Plano Regional Integrado da Macrorregião de Saúde III do Estado do Pará e incluir no Plano de Ação Regionalizado. Nestes, já tem previsto CPN e casa do Bebê e da Gestante para o município de Rurópolis.

Após a vinda da equipe da curadoria, o lançamento do livro e do documentário, também esperamos que a população, trabalhadores e gestores olhem para aquele espaço de vida como um bem que necessita de cuidado e proteção para que consigamos mantê-lo por muitos e muitos anos.

Esperamos que este capítulo produza sentimentos de esperança no SUS, acreditando na possibilidade de mudanças da realidade da atenção materna nos municípios mais remotos desse país. A prática nos mostrou que conseguimos mais quando todas as pessoas se envolvem e cuidam, pois humanizar os modos de nascer deve ser uma prioridade de todas as políticas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, R. de P. (2010). “Conquistar a terra, dominar a água, sujeitar a floresta”: Getúlio Vargas e a revista “Cultura Política” redescobrem a Amazônia (1940-1941). *Boletim Do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 5(2). 453–468. <https://doi.org/10.1590/S1981-81222010000200015>
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Portaria n.º 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido

- no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 20 de junho de 2024.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Cardoso, F. J. T. (2019). Escorpionismo na Amazônia: a epidemiologia, a clínica e a vulnerabilidade aos acidentes escorpiônicos em Rurópolis, Pará, Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Castelfranchi, Y. (2004). Poeiras e esperanças na Transamazônica de hoje. Revista Com Ciência. Disponível em: <http://www.comciencia.br/200404/reportagens/07.shtml>
- Dergan, J. N., Cardoso, F. J. T., Martins, N. V. N., & Figueira, S. A. S.. (2024). A metamorfose de corpos, sentimentos e cuidados: as diversas experiências de partos vaginais em mulheres de Rurópolis, Pará. Mosaico – Revista Multidisciplinar de Humanidades, Vassouras, v.15, n.2, p. 227-247, mai./ago. 2024.
- Dolzane, R. S., & Schweickardt, J. C. (2021). Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, n. 1, e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288
- Furtado, P. J. (2014). O governo militar e o incentivo de acesso à terra na Amazônia Legal: controle e favorecimento do capital privado (1964-1980). Revista Outras Fronteiras, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 72–90. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/outrasfronteiras/index.php/outrasfronteiras/article/view/85>. Acesso em: 12 set. 2024.
- Kruger, R. (2022). O discurso do governo militar: dispositivos mobilizados na colonização da Transamazônica. Rev. Hist. UEG - Morrinhos, v.11, n.2, e-122207, jul./dez.
- IBGE (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/ruropolis.html> . Acesso em: 17 de julho de 2024.
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/ruropolis.html> . Acesso em: 17 de julho de 2024.
- Maciel, F. B., Schweickardt, J. C., Maciel, J. B., & Schweickardt, K. H. S. C. (2022). Saúde e Desenvolvimento na Amazônia que ‘queremos’. Ambiente & Sociedade. v. 25, p. 1-25.
- Pereira, E., & Souza Silva, E. (2014). Da penumbra à escuridão – A arte rupestre das cavernas de Rurópolis, Pará, Amazônia, Brasil. Disponível em <https://www.rupestreweb.info/cavernasruropolis.html> . Acessado em 08 de julho de 2024.
- OPAS. (2014). Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf .
Acesso em: 02 abr. 2024.

Schweickardt, J. C., Silva e Sousa, M. J., Nascimento, A. C. S., Gomes, M. D. M., & Moares, T. S. (org.). (2020). *Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v.11). E-book (PDF; 12 Mb). ISBN 978-65-87180-23-6.

3

Região Sudeste | Ribeirão Preto, São Paulo

J154: FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO DE TRABALHO DA REDE PROTETIVA

Ananda Leticia Fuzo Ferreira
Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves
Hidelnice Cândido da Silva
Marcia Soares Freitas da Motta
Carolina Scoqui Guimarães
Jane Aparecida Cristina
Luciene Covre Borotto
Marcelo Pedroso Goulart
Maria Élide De Conti Travain
Natália Faleiros Cardoso Carvalho
Naul Luiz Felca
Rafael José da Silveira
Rafael José dos Anjos Silva
Vanessa Brancato Camarinha Goulart
Simione de Fátima Cesar da Silva

INTRODUÇÃO

[...] Menos visível, mais ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, pessoas idosas maltratadas por aqueles que são os responsáveis pelos seus cuidados, jovens oprimidos por outros jovens e pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias.

Este sofrimento - e há muitos outros exemplos que eu poderia citar - é um legado que se reproduz quando novas gerações aprendem com a violência de gerações passadas, quando as vítimas aprendem com seus agressores e quando se permite que se mantenham as condições sociais que nutrem a violência. Nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade estão imunes à violência, mas, também, não estamos impotentes diante dela [...]

(Nelson Mandela, 2002)

A violência, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o uso intencional da força ou do poder que pode causar danos ou risco de danos físicos ou psicológicos a uma comunidade, grupo ou indivíduo. Dentro das diversas tipificações de violência interpessoal, a negligência familiar é particularmente comum entre crianças e adolescentes. Esta negligência se caracteriza pela omissão de cuidados essenciais, como atendimento de saúde, higiene, moradia segura e proteção contra situações perigosas (WHO, 1996; WHO 2002).

Essa forma de violência possui múltiplos fatores causais, que incluem características e dificuldades individuais da família, o contexto sociocultural em que se inserem, a falta de acesso a serviços e informações, além da interação entre esses elementos, combinando estressores do contexto familiar com as capacidades e recursos disponíveis para enfrentá-los. No Brasil, a negligência infantil é influenciada por questões socioeconômicas, estruturais, culturais, de gênero e classe social, sendo uma omissão social cíclica e repetitiva. Esta violência tende a se articular com outras formas de violência, geralmente repetitivas, e pode resultar em sérios agravos à saúde, incluindo a morte.

A responsabilidade por tais situações é frequentemente atribuída à família, considerada de forma flexível e complexa, abrangendo não apenas laços biológicos e consanguíneos, mas também relações significativas de

afeto e cuidado, como aquelas entre membros da família estendida e amigos próximos. A literatura sobre negligência infantil ainda é limitada devido à subnotificação, requerendo uma análise aprofundada e contextualizada dos fatores envolvidos. Fatores de risco identificados incluem histórico parental de doenças mentais ou físicas, comportamento antissocial ou criminal, e experiências de violência na infância, sendo estes relevantes para a prevenção e redução da negligência infantil.

Sabe-se que os contextos sociais e intrafamiliares disfuncionais, violentos e pouco seguros impactam diretamente no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, com desdobramentos que afetam todas as áreas da vida do ser humano, até a vida adulta, em termos de saúde mental, condições crônicas de saúde e expectativa de vida (WHO, 2021). Assim, o J154 emerge como uma ferramenta informatizada destinada a auxiliar nas notificações de situações de vulnerabilidade envolvendo crianças e adolescentes menores de 18 anos. Implementado no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

O Sistema J154, doravante identificado apenas como J154 ao longo do texto, foi desenvolvido pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (CODERP) em resposta a uma demanda dos diretores de escolas estaduais ao Grupo de Atuação Especial de Educação (GEDUC-NRP) – Núcleo Ribeirão Preto, do Ministério Público do Estado de São Paulo, no ano de 2017.

[...] O J154 foi iniciado - e isso é bom destacar - numa demanda de diretores de escolas estaduais. Eles se uniram num determinado momento, vieram aqui e disseram 'Nós não estamos tendo a resposta adequada às nossas expectativas; nós estamos mandando ofícios, tentando comunicação via fone, [mas] quando há respostas elas são insuficientes, então nós estamos começando a entrar num quadro de desespero, porque há aqui algumas situações de vulnerabilidades muito grandes'. [...] isso é um projeto construído a várias mãos... como a gente, às vezes, vê peças de piano sendo tocadas a quatro mãos ou mais, da mesma

maneira isso foi construído [...] (Naul Luiz Felca, Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo/GEDUC - região de Ribeirão Preto).

O objetivo inicial do J154 foi o de permitir que escolas municipais e estaduais pudessem proceder a notificação dos órgãos responsáveis, acerca de violações de direitos de estudantes, identificadas nas unidades escolares. Com o desenvolvimento do sistema, as Secretarias da Saúde e da Assistência Social também passaram a utilizá-lo, para notificar casos e prestar atendimento.

O processo de desenvolvimento e a implementação do J154 envolveram a colaboração de diversos órgãos e profissionais da rede pública intersetorial, incluindo a Diretoria Regional de Ensino, Conselhos Tutelares, Secretarias Municipais de Educação, Saúde e Assistência Social, além do Ministério Público. A integração entre os setores visou garantir um atendimento mais eficiente e oportuno às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Ribeirão Preto está localizado no nordeste do Estado de São Paulo, distante 330 km distante da capital São Paulo, com uma área total de 652,2 quilômetros quadrados. Pelo último censo IBGE de 2022, conta com 698,6 mil habitantes, sendo 52,4% mulheres e 47,6% homens, com aproximadamente 321,9 mil domicílios.

A principal via de acesso ao município é através da rodovia Anhanguera (SP 330), que liga o município à capital do Estado, a Campinas/SP e ao Triângulo Mineiro. Além dessa rodovia, o município conta, ainda, com mais um conjunto de cinco rodovias, ligando-o a Franca, Sertãozinho, Araraquara, Cajuru, e outros, localizado em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país. Os

limites do município são: ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodowski.

2. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA – SISTEMA J154

Em 2017, a partir de uma demanda identificada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP), especificamente da área regional de Ribeirão Preto, acerca da dificuldade de comunicação efetiva entre os órgãos públicos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos e a Rede Protetiva de Direitos da Criança e do Adolescente, que doravante, será identificada apenas como “Rede Protetiva” ao longo do texto.

A rede protetiva se organiza por meio da intersecção entre os diversos setores que trabalham no atendimento da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade, quaisquer que sejam elas. Com base nessa organização, propôs-se desenvolver uma ferramenta capaz de instrumentalizar a rede, favorecendo as ações intersetoriais, com adequada comunicação e resultados consistentes. E é, neste contexto, e como resultado destes esforços, que surge o J154.

Inicialmente, se constituiu como um sistema de notificações que visava facilitar a atuação da Educação, integrada aos outros serviços importantes para o atendimento de casos de violação de direitos dos estudantes, ao garantir uma resposta coordenada e efetiva.

O dia 1º de julho de 2018 foi marcado como o dia de início da implantação do J154, uma data que simboliza a esperança de uma comunicação mais eficaz entre todos os integrantes da rede de proteção à criança e ao adolescente. Embora o lançamento tenha gerado expectativas sobre sua capacidade de melhorar a comunicação e garantir os direitos das crianças e adolescentes, também trouxe consigo, dúvidas e incertezas quanto à eficácia da ferramenta, sua produtividade e a capacidade de alcançar os resultados esperados.

Importante ressaltar que antes da implantação do J154 a comunicação entre a rede protetiva era realizada por meio de papel ou telefone, o que frequentemente causava atrasos na intervenção dos órgãos responsáveis. Com a introdução da ferramenta, as unidades de atendimento puderam, por exemplo, relatar imediatamente casos de violência doméstica contra crianças por meio da plataforma online, informando os órgãos envolvidos para a resolução da ocorrência.

Durante o desenvolvimento da ferramenta eletrônica, tomou-se a decisão de que as escolas municipais e estaduais seriam responsáveis apenas por registrar as notificações de casos. Já as Secretarias de Saúde e Assistência Social e os Conselhos Tutelares teriam a capacidade de enviar e receber notificações.

Para a implantação do J154, fez-se necessário capacitar os profissionais da rede protetiva, para o correto uso da ferramenta. Após a capacitação, cada setor, incluindo servidores da Educação Municipal e Estadual, Saúde, Assistência Social, que inclui os Conselhos Tutelares, designou representantes responsáveis pelo gerenciamento dos usuários em cada serviço. Em seguida, os profissionais foram cadastrados como usuários, para acesso e monitoramento, com login e senha de acesso individual e intransferível, que permitia o monitoramento e notificações.

O cadastro de notificações no J154 utiliza o endereço da criança ou adolescente por meio de georreferenciamento, e inclui a definição das vulnerabilidades e dos serviços responsáveis pelo atendimento, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselhos Tutelares ou Unidades de Saúde.

A ferramenta eletrônica possibilita que a unidade notificada registre observações até a conclusão do caso e que todas as partes envolvidas acompanhem as atualizações registradas. Além disso, o sistema oferece a capacidade de obter relatórios gerenciais e de monitoramento dos dados.

Atualmente, o município conta com um Conselho Gestor, com representantes intersetoriais envolvidos na garantia dos direitos da criança e adolescentes, para a manutenção do J154. A atuação dos membros do conselho permitiu que diversas adequações e atualizações fossem planejadas e implantadas, a partir de necessidades nascidas da prática diária. Também, foi estabelecido que mudanças estruturais, a criação de novas vulnerabilidades ou alterações significativas apenas deveriam acontecer após discussões e aprovação no conselho gestor. Apesar de não ter havido criação formal, o espaço compartilhado tem sido muito importante para a manutenção do funcionamento e aprimoramento do J154.

2.1. A Ferramenta – J154

O J154 foi desenvolvido em linguagem Java, e hoje está na versão Java 8. A linguagem permite que seja executado em diferentes sistemas operacionais e arquiteturas de hardware. Permite também o desenvolvimento de sistemas robustos, com gráficos interativos de alto desempenho. Os dados são armazenados no banco de dados PostgreSQL na versão 13.15.

No princípio não havia qualquer tipo de ferramenta eletrônica para registro das ocorrências que permitisse o estabelecimento de processo e fluxo, exigindo que cada instituição agisse isoladamente. O caminho para o sucesso do projeto foi definir um bom escopo, que deveria ser de referência para o atendimento e não de prontuário específico com detalhes do atendimento. A compreensão do grupo gestor no sentido de implantar um mínimo produto viável e realizar aprimoramentos e estatísticas logo em seguida, foi essencial.

A ferramenta foi desenvolvida em software livre, código aberto, de fácil distribuição e manutenção. O desenvolvimento iniciou em março de 2018 e em julho do mesmo ano foi implantada. Os dados ficam armazenados em servidor na empresa Companhia de Desenvolvimento Econômico

de Ribeirão Preto (Coderp) e desde sua implantação vem passando por melhorias e ajustes, realizados pela equipe de desenvolvimento da mesma empresa, sempre conforme a necessidade dos usuários e definições alinhadas com o Conselho Gestor da Rede Protetiva.

O sistema funciona com vários perfis diferentes, permitindo maior controle por usuários gestores da rede protetiva. Os perfis disponíveis são:

- **Administrador:** perfil de uso exclusivo da Coderp. Pode cadastrar usuários atribuindo ao mesmo qualquer tipo de instituição e tipo de unidade. Atribuir o perfil Configurador aos usuários;
- **Configurador:** mantém usuários com o mesmo tipo de instituição, atribui perfis ao usuário e mantém as unidades com tipos de unidade do seu tipo de instituição. Ativar, desativar, forçar senha e cancelar o usuário. Não pode atribuir perfil Administrador ou Configurador. Não pode alterar o tipo de instituição;
- **Executor:** mantém as ocorrências cuja unidade a ser notificada for igual a unidade de vínculo (login). Mantém histórico de notificações de ocorrências cuja unidade a ser notificada for igual a unidade de vínculo (login);
- **Controlador:** executa os relatórios de Ocorrências e Estatística;
- **Gestor:** perfil exclusivo aos gestores do sistema. Permite realizar solicitações (através do botão no menu Solicitações) de alteração/melhoria no sistema. Permite a inclusão do Termo de Responsabilidade;
- **Gestor Vagas:** perfil exclusivo aos usuários com permissão de acompanhar os adolescentes cujas ocorrências são da vulnerabilidade: Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.

A descentralização do Configurador foi essencial, permitindo autonomia para as instituições e foi fator facilitador para os constantes treinamentos que são realizados.

Abaixo estão listados os principais estados que as ocorrências incluídas no sistema podem estar, desde a sua inclusão até a sua finalização. Cada instituição envolvida no atendimento pode estar alterando (dando andamento) nessas situações.

- **Rascunho:** unidade demandante incluiu a ocorrência, mas ainda não a notificou;
- **Notificada:** unidade demandante incluiu a ocorrência e notificou;
- **Recebida:** unidade notificada recebeu a notificação;
- **Em Análise:** unidade notificada está analisando a ocorrência
- **Encaminhada:** unidade notificada encaminhou a ocorrência para outra unidade;
- **Em Atendimento:** unidade notificada está atendendo;
- **Finalizada:** unidade notificada finalizou a ocorrência.

2.2. Aprimoramentos da Ferramenta

A partir da implantação e utilização do J154, e conforme a Rede Protetiva se apropriou da ferramenta, percebeu-se a necessidade de adaptações que permitissem abarcar novas demandas e ajustes técnicos, que o tornassem mais intuitivo e acessível, aprimorando a comunicação entre os profissionais.

[...] Acho que aqui está a riqueza dessa construção: ele é um sistema em constante atualização, ele é orgânico, ele precisa das pessoas que estão vindo agora, como vocês, para absorverem-no, encampar a ideia, se compromissar com ele, [...] precisa desta atualização, até porque, por conta do dinamismo da sociedade, demandas surgem, demandas se alternam, se alteram. Então, a

gente já viu... daquele modelo [inicial] já houve modificação, uma significativa evolução [...] (Naul Luiz Felca - Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo/GEDUC).

Para atender à orientação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), houve alteração da unidade notificada nas vulnerabilidades “abuso sexual”, “violência física” e “violência psicológica”, para os Conselhos Tutelares. Além disso, foram realizadas outras adequações:

- Ampliação dos caracteres no espaço “Breve Relato” em mais de 1 vez;
- Criadas vulnerabilidades: ausência de documentos, automutilação/risco suicida, adolescente em cumprimento de medida socioeducativa;
- Alteração do nome da vulnerabilidade: uso problemático de álcool e outras drogas;
- Criação dos relatórios;
- Termo de responsabilidade para ciência do usuário (em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados LGPD);
- Alerta e relatório de rascunho;
- Possibilidade de todas as Unidades que recebem o e-mail da ocorrência (unidades notificadas) possa incluir histórico de atendimento.
- Em abril de 2024, foram realizadas alterações para:
- Inclusão da ficha de Nome Social, Raça/Cor, Identidade de Gênero;
- Mudança para Filiação 1 e Filiação 2;
- Exclusão do termo Unidade Avisada, todas as Unidades são Unidades Notificadas.
- Inclusão do responsável no momento da notificação com seus dados ou desacompanhado;
- Inclusão da ficha da Escuta Especializada para as vulnerabilidades Abuso sexual, violência física e psicológica.

2.3. Monitoramento e Avaliação da Prática

- Acompanhamento das ações com reuniões do Conselho Gestor;
- Contato mais rápido com grupo de WhatsApp;
- Audiências GEDUC – Ministério Público;
- Atualização do grupo de WhatsApp e realização de reunião do Conselho Gestor em 24/04/2024.

2.4. Telas e Relatórios do Sistema J154

As informações disponibilizadas abaixo demonstram algumas das funcionalidades do J154 para melhor entendimento de sua organização e funcionamento.

Quadro 01. Listagem das vulnerabilidades incluídas no Sistema J154.

Vulnerabilidade	A Quem Notificar	Descrição
Ausência de Documentos	Tutelar	ECA - Capítulo II Das atribuições do Conselho - Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar: Artigo VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário
Evasão Escolar	Tutelar	Alunos que abandonaram a escola ou reprovaram em determinado ano letivo e que, no ano seguinte, não efetuaram a matrícula para dar continuidade aos estudos. Notificar ao Conselho Tutelar após esgotados os recursos escolares (art. 56, II).
Alunos Infrequentes	Tutelar	Reiteração de faltas injustificadas após esgotados os recursos escolares (art. 56, II) pelos alunos que apresentarem quantidade de faltas acima de 50% (cinquenta por cento) do permitido (Lei nº 10.287, de 2001). As escolas devem exigir a presença mínima de 60% das crianças de 4 e 5 anos na pré-escola (Lei Nº 12.796, DE 4 de abril de 2013).
Falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis	Tutelar	Quando os pais/responsáveis já foram comunicados e/ou agendamentos já foram realizados e não deram seguimento aos tratamentos ou não seguiram as orientações escolares, o que pode prejudicar o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Conforme preconiza o Art.98 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) item II.

Decorrente de Pobreza	CRAS	Quando apresentar ausência de renda; precário ou nulo acesso a serviços públicos.
Fragilidade de Vínculos	CRAS	Configura-se como conflitos familiares (mãe, pai, avós) e comunitários, onde há perspectiva de recuperar a autoestima, estabelecer identidades, referências e valores, permitir o acesso ao rol de direitos elementares da cidadania. Casos em que os vínculos ainda não foram rompidos. Podem estar dentro dos critérios para inclusão em SCFV (Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos).
Não Acesso a Benefícios e Programas	CRAS	Famílias com baixa ou nenhuma renda, que possuam membros desempregados, em situação prisional, deficientes e gestantes.
Maus Tratos Físicos	Tutelar/CREAS	Toda ação que causa dor física em uma criança, desde simples tapa até o espancamento fatal. Obs: A Unid. Saúde e a Unidade identificada como suporte de escuta especializada também devem ser notificadas.
Maus Tratos Psicológicos	Tutelar/CREAS	Depreciação da criança ou adolescente pelo adulto, por humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a sua autoestima, gerando profundo sentimento de culpa, mágoa, insegurança, além de uma representação negativa de si. Obs: A Unid. Saúde e a Unidade identificada como suporte de escuta especializada também devem ser notificadas.
Trabalho Infantil	CREAS/Tutelar	Atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesseis) anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 (quatorze) anos.
Mendicância	CREAS/Tutelar	
Problemas de Saúde	UNID. SAÚDE	
Uso de Álcool	CAPSIJ/UNID_ SAÚDE	
Uso de Drogas	CAPSIJ/UNID_ SAÚDE	

Abuso Sexual	Tutelar/CREAS	Configura-se como todo o ato ou jogo sexual, entre um ou mais adultos (parentes de sangue ou afinidade e/ou responsáveis) e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente uma criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou outra pessoa. Obs: A Unid. Saúde e a Unidade identificada como suporte de escuta especializada também devem ser notificadas.
Automutilação/ Risco Suicida	CAPSIJ/Tutelar	Risco suicida envolve qualquer pensamento ou comportamento que seja relacionado diretamente a tirar a própria vida ou estar morto/morta. A automutilação envolve qualquer comportamento que envolva a agressão intencional ao próprio corpo, sem que haja intenção consciente de suicídio.
Uso problemático de álcool e outras drogas	CAPSIJ/UNID_SAUDE	Padrão de consumo que leva a sintomas físicos, problemas psicológicos ou sociais e dificulta que os problemas existentes sejam resolvidos de forma adequada.
Adolescente em cumprimento de medida socioeducativa	Tutelar/UNID_SAUDE	As medidas socioeducativas são as sanções judiciais aplicadas aos adolescentes que desempenham uma conduta que pode ser descrita como ato infracional, podendo ser crime ou contravenção penal. Podem ser de Execução Imediata, por meio de Advertência e da Reparação de Danos. Execução em Meio Aberto, se dá pela atividade de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e pela Liberdade Assistida (LA). Execução em Meio Fechado se dá por Semiliberdade ou Internação. Obs: Serão notificadas também: CREAS, CRAS e ESCOLA_MUN ou ESCOLA_EST de endereçamento.

Fonte: organização autores, 2024.

A relação das vulnerabilidades descritas no Quadro 1, foram organizadas em sequência para melhor visualização e compreensão, porém no sistema podem ser visualizadas em telas e em relatórios.

Figura 01. Tela do cadastro da Ocorrência - parte 1.

Controles de Acesso ▾ Tabelas de Apoio ▾ Configurações ▾ Cadastros ▾ Relatórios ▾ Solicitações

Cadastros > Ocorrência > Novo

Ocorrência

Unidade Demandante * Data Ocorrência * Período Ocorrência *

Conselho Tutelar - III 03/09/2024 --- ▾

Criança/Adolescente

RA REMA CPF RG Emissão Órgão UF

Nome * Nascimento * Número Hygia

Nome Social (Decr nº8727/2016)

Cor/Raça (IBGE) * Sexo (biológico) * Identidade Gênero (Decr nº8727/2016) Idioma (língua)

--- ▾ --- ▾ --- ▾ Português

Criança/Adolescente - Residência

Endereço * Número *

Bairro Complemento CEP

Filiação 1

Nome * Responsável Legal *

Telefone Fixo Celular E-mail

Filiação 2

Nome Responsável Legal

Telefone Fixo Celular E-mail


Fonte: Sistema J154, 2024.

Figura 02. Tela do cadastro da Ocorrência - parte 2.

Outro Responsável		
Nome		Responsável Legal
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Telefone Fixo	Celular	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observação		
<input type="text" value="(família substituta, avós, etc.)"/>		
Responsável no Momento da Notificação		
<input type="checkbox"/> Desacompanhado		
Nome		Parentesco
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefone Fixo	Celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Contato		
Nome		
<input type="text"/>		
Telefone Fixo	Celular	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observação		
<input type="text" value="(vizinho, trabalho, tio, tia, etc.)"/>		
Ocorrência		
Suspeita de Vulnerabilidade *		Risco Imediato
<input type="text" value="---"/>		<input type="checkbox"/>
Relato *		
<input type="text"/>		
Unidades a serem Notificadas *		
<input type="text" value="---"/>		
<input type="button" value="Incluir"/> <input type="button" value="Voltar"/>		

Fonte: Sistema J154, 2024.

Figura 03. Tela de relatório.

		Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto				Página: 4 de 30	
		Notificação de Ocorrências da Rede Protetiva					
		Ocorrências por Período e Unidade Demandante					
Inclusão de		01/04/2024 à 24/07/2024		Tipo Instituição		Secretaria Municipal da Educação	
Tipo Unidade		Todas		Demandante		Todas	
Última Situação		Todas		Suspeita Vulnerabilidade		Todas	
ID	Inclusão	Última Situação	Vulnerabilidade	Demandante	Notificadas		
13778	18/04/2024	25/04/2024	Recebida	Falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis	CEI	Conselho Tutelar - II	
13779	18/04/2024	25/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	CEI	Conselho Tutelar - II	
13786	19/04/2024	24/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	EMEI	Conselho Tutelar - III	
13787	19/04/2024	26/04/2024	Finalizada	Alunos Infrequentes	PROF, EMEF	Conselho Tutelar - III	
13788	19/04/2024	07/06/2024	Em Atendimento	Fragilidade de Vínculos	PROF	CRAS 1	
13789	19/04/2024	26/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	CEI	Conselho Tutelar - II	
13790	19/04/2024	22/04/2024	Em Análise	Maus Tratos Físicos	MEF	Conselho Tutelar - I	CREAS 3 UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches
13792	19/04/2024	22/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	EMEF	Conselho Tutelar - I	
13794	22/04/2024	29/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	DS DR,	Conselho Tutelar - I	
13796	22/04/2024	29/04/2024	Recebida	Falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis	PROF	Conselho Tutelar - I	
13797	22/04/2024	24/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	EMEI	Conselho Tutelar - III	
13801	22/04/2024	02/05/2024	Recebida	Falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis	EMEF	Conselho Tutelar - I	
13810	22/04/2024	07/05/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	CEI	Conselho Tutelar - II	
13817	22/04/2024	06/05/2024	Encaminhada	Problemas de Saúde	UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" - Jardim Presidente Dutra		
13819	22/04/2024	22/04/2024	Recebida	Maus Tratos Físicos	EMEF, PROF, EMEI	Conselho Tutelar - II	CREAS 3 UBS "Dr. Nelson Barrionovo" - Campos Eliseos
13820	22/04/2024	26/04/2024	Recebida	Ausência de Documentos	EMEI	Conselho Tutelar - II	
13828	22/04/2024	22/04/2024	Recebida	Maus Tratos Físicos	PROF, EMEI	Conselho Tutelar - II	CREAS 3 UBS "Dr. Nelson Barrionovo" - Campos Eliseos
13829	22/04/2024	23/04/2024	Recebida	Alunos Infrequentes	MEI	Conselho Tutelar - I	
13830	22/04/2024	30/04/2024	Notificada	Problemas de Saúde	EMEF	UBS "Nélcio Lourenço de Oliveira" - Santa Cruz	

CODERP - Fábrica de Software

24/07/2024 12:41:30

J154/reiOcorrenciaPorPeriodo

Fonte: Sistema J154, 2024.

3. SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS – REDE PROTETIVA

A rede protetiva envolvida no uso do J154 é composta pelos seguintes órgãos da gestão pública estadual e municipal, alcançando o nível de gestão e as seguintes responsabilidades:

- Diretoria Regional de Ensino – Região Ribeirão Preto: uma das 91 Diretorias ligada a estrutura da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC), no desenvolvimento do sistema compõe o grupo de responsáveis do nível central e de responsáveis por cada escola estadual;
- Secretaria Municipal da Educação: responsáveis do nível central e responsáveis por cada escola municipal;

- Secretaria Municipal da Saúde: responsáveis do nível central e responsáveis por cada unidade de saúde;
- Secretaria Municipal da Assistência Social: responsáveis do nível central e responsáveis por cada unidade CRAS e CREAS;
- Conselhos Tutelares: três Conselhos com cinco Conselheiros Tutelares em cada sede;
- Ministério Público – Grupo de Atuação Especial de Educação – GEDUC – Ministério Público do Estado de São Paulo, que cobre os 22 municípios: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Jardinópolis, Luiz Antônio, Pitangueiras, Pontal, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho, Terra Roxa e Viradouro.

3.1. REDES PÚBLICAS DE ENSINO

Os dados do Censo Escolar de 2023 indicam como as matrículas na Educação Básica, no município de Ribeirão Preto, encontravam-se distribuídas entre as redes públicas de ensino.

Tabela 02. Estudantes matriculados - Educação Básica em Ribeirão Preto, ano 2023.

GERAL			
NÍVEL/ETAPA DE ENSINO	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
Creche	25	8.190	8.215
Pré-escola	23	9.473	9.496
Fund. Anos Iniciais	15.364	11.917	27.281
Fund. Anos Finais	13.265	9.460	22.725
Médio	13.923	-	13.923
EJA - Fundamental	141	769	910
EJA - Médio	694	-	694
TOTAL GERAL	43.435	39.809	83.244

Fonte: MEC/Inep - Censo Educação Básica 2023. Cálculo baseado na Tabela de Microdados do INEP 2023.

Os números indicam que as redes públicas matricularam um total de 83.244 estudantes em Ribeirão Preto, sendo que 39.809 (48%) foram atendidos em unidades da rede municipal. A título de ilustração, a tabela desconsidera as matrículas das instituições privadas (com ou sem fins lucrativos), onde estiveram matriculados 50.219 alunos no período informado, segundo o mesmo Censo. A quantidade de unidades de ensino mantidas pela iniciativa privada supera o total somado das redes públicas no município, conforme tabela 2.

Tabela 03. Escolas por dependência administrativa – Total, ano 2023.

Localidade da Escola	Total Geral	Total de Urbana	Urbana			Total de Rural	Rural
			Estadual	Municipal	Privada		Estadual
Ribeirão Preto	386	383	75	109	199	3	3

Fonte: MEC/INEP. Censo Escolar – 2023. Disponível <https://inepdata.inep.gov.br/analytics/saw.dll?Dashboard> Acesso em Ago. 2024.

Em sua rede própria, desconsiderando as unidades conveniadas (parceiras), o município de Ribeirão Preto possui 109 unidades, sendo 33 escolas de ensino fundamental e 76 de educação infantil. Em dezembro de 2023, os dados da Pasta da Educação⁶ indicavam que a rede municipal possuía 3.816 professores, sendo 2.750 efetivos (72%) e 1.066 contratados (28%) em caráter emergencial.

O Sistema Municipal de Ensino possui, além dos colegiados escolares, instâncias de participação vinculadas à Secretaria da Educação e ativas como o Conselho Municipal de Educação, o Conselho de Alimentação Escolar e o Conselho de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação do Município (CACS FUNDEB)⁷. Ribeirão

6 Consulta ao sistema CODERP-GPR (Gestão de Profissionais da Educação da Secretaria Municipal da Educação) de Ribeirão Preto/SP. Acesso em 21 de junho de 2024.

7 Informações sobre a organização e funcionamento destes colegiados podem ser encontradas através da página oficial da Secretaria Municipal da Educação disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/educacao/> Acesso em 21 de junho de 2024

Preto aprovou, recentemente, seu Plano Municipal de Educação⁸, por meio da Lei 14918/2024.

3.1.1. USO DA FERRAMENTA J154 NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO

Na área da Educação, a ferramenta J154 foi particularmente importante tendo em vista os prejuízos sociais e educativos gerados em razão das contingências trazidas pela Covid-19. Após consulta de dados retirados do relatório do sistema J154⁹, verificamos que de julho de 2018 até o presente momento, foram computados 14.128 cadastros, se consideradas todas as vulnerabilidades previstas. Chama-nos a atenção, particularmente, a vulnerabilidade “alunos(as) infrequentes”, representando 5.246 cadastros, portanto, 37% do total apontado, ou a “evasão escolar”: situação em que o aluno(o) deixa de frequentar a escola e não retorna ao sistema escolar. A evasão possui ao todo 2.530 ocorrências, ou seja, 18% do total. A infrequência ou evasão, por si só, já são consideradas violação de direitos, todavia, a experiência vivenciada pelos gestores escolares indica que quando alunas(os) se ausentam frequentemente ou não retornam à escola, por vezes, o caso pode estar associado também a todos tipos previstos de violências, por exemplo, abuso sexual e maus tratos físicos, assim como outras vulnerabilidades como “trabalho infantil”, “mendicância” ou “falta, omissão e abuso dos pais”.

Os baixos índices de participação de estudantes durante as aulas remotas, que na rede municipal de ensino de Ribeirão Preto ocorreram entre março de 2021 e agosto de 2022, aumentaram as desigualdades educacionais. As aulas virtuais não puderam ser acessadas por todas as crianças, ainda que a prefeitura tenha disponibilizado “chip” para famílias que possuíam

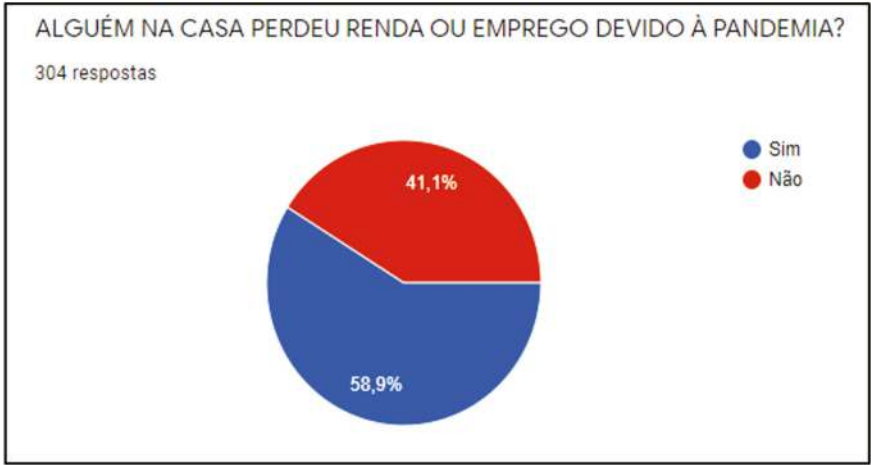
8 Plano Municipal de Educação encontra-se disponível em <https://leismunicipais.com.br/a1/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/2024/1492/14918/lei-ordinaria-n-14918-2024-aprova-o-plano-municipal-de-educacao-de-ribeirao-preto-pme-e-da-outras-providencias?q=14918> . Acesso em 21 de junho de 2024.

9 Consulta realizada em 05/07/2014. A base de dados tem o início em 01/07/2018.

celular para acesso à internet. Por razões de protocolo sanitário, apenas a equipe gestora com o pessoal administrativo e de manutenção puderam trabalhar presencialmente, atendendo ao público quanto à distribuição de alimentos e disponibilizando materiais impressos para alunas(os) que não tinham qualquer possibilidade de acesso ao material digital produzido por professoras(es) ou pela própria Secretaria Municipal da Educação, mas a adesão a este tipo de mediação pedagógica foi muito baixa.

A título de ilustração, as Figura 4 e 5 demonstram os impactos sociais sofridos pela comunidade escolar da EMEF “Antônio Palocci” no contexto da COVID-19: uma unidade representativa da rede municipal de ensino que possui, aproximadamente, 840 alunos matriculados, conforme diagnóstico levantado junto à Comunidade Escolar por meio de pesquisa virtual em março de 2021.

Figura 04. Levantamento de questionário da EMEF Antônio Palocci, ano 2021.



Fonte: Projeto Político Pedagógico da EMEF Antônio Palocci (2020-2023).

Figura 05. Levantamento de questionário da EMEF Antônio Palocci, ano 2021.



Fonte: Projeto Político Pedagógico da EMEF “Antônio Palocci” (2020-2023).

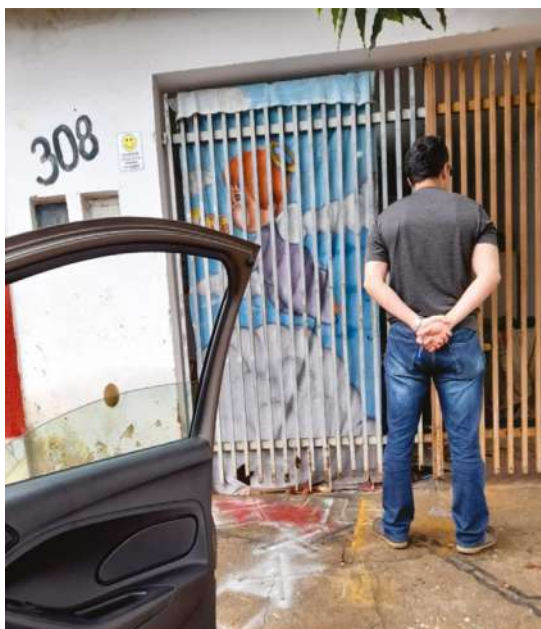
Os dados indicam que o impacto social, portanto educacional e de saúde, gerado pela pandemia foi avassalador, sobretudo se considerarmos que as 304 respostas que obtivemos, ou seja, menos de 50% do total de famílias com filhas e filhos matriculados, apontam que a situação pode ter sido ainda pior, pois os mais desprovidos de recursos materiais não contribuíram, em tese, com esta pesquisa, apenas aqueles com acesso à internet.

Prevendo uma preocupante situação de infrequência dos alunos na iminência do retorno às aulas presenciais, a Secretaria Municipal da Educação de Ribeirão Preto elaborou a resolução SME n.15/2021¹⁰ que ainda está em vigor e dispõe sobre os procedimentos para a busca ativa de estudantes matriculados na Rede Municipal de Ensino, tendo o gestor escolar a responsabilidade principal por cumpri-la segundo critérios específicos de busca ativa, por meio de: a) contato telefônico, b) mensagens via aplicativo Whatsapp, c) e-mail cadastrado, d) carta registrada, e) visita à residência do estudante, quando possível. Esgotados estes procedimentos, os casos de estudantes infrequentes deverão ser encaminhados ao Conselho Tutelar, por meio da Rede Protetiva da Criança e do Adolescente, em outras palavras, por meio de cadastro no Sistema J154.

10 Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/educacao48202109.pdf>

A ferramenta tem sido muito importante quanto ao atendimento com celeridade e comunicação eficaz e eficiente de toda a Rede Protetiva. Os índices de infrequência diminuíram consideravelmente desde o retorno às aulas presenciais, tendo em vista o empenho de busca ativa realizado pelos gestores escolares e demais órgãos de proteção quando acionados pelo J154.

Figura 06. Diretor de escola em visita a residências para realização de busca ativa.



Fonte: Rafael J. Silveira, 2022.

Considera-se, ainda, que a ferramenta é grande aliada para evitar a revitimização de crianças que são testemunhas ou sofrem violências. Geralmente, as crianças costumam relatar espontaneamente para os servidores das escolas sobre situações que permitem identificar indícios de maus tratos ou abusos.

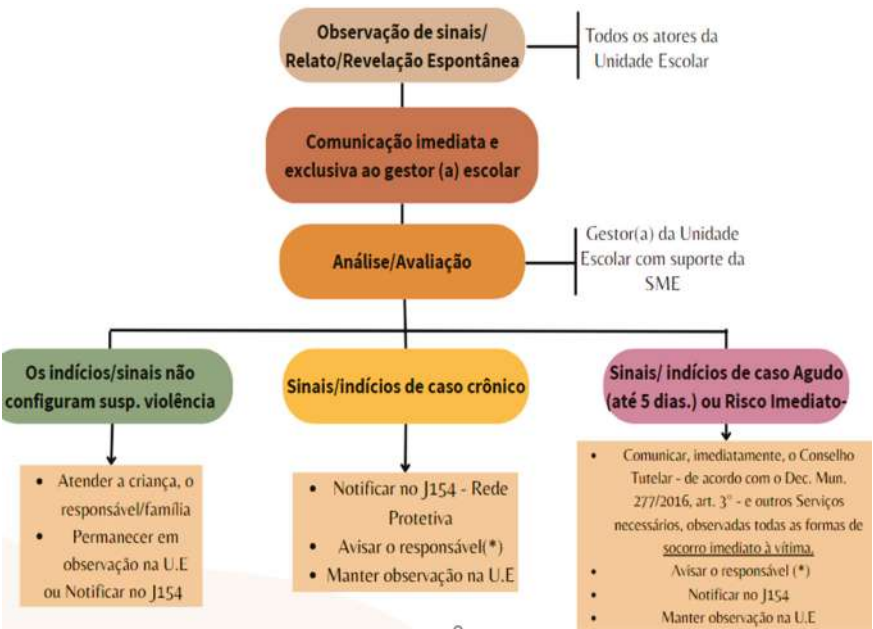
A maior proximidade e a convivência com as professoras ou professores e também funcionários da escola propiciam que estes relatos cheguem indiretamente ao gestor escolar que fica responsável por cadastrar e notificar o suposto ocorrido através do J154 e a Rede Protetiva

é imediatamente acionada com acesso às informações encaminhadas, fazendo com que, muitas vezes, a criança não retorne para o convívio com o agressor ou mesmo em casos de fortes indícios de abusos que acabam por ser rapidamente encaminhados para os setores de saúde pertinente.

Não raro, tais casos ocorrem, também, com crianças de tenra idade matriculadas na educação infantil, e nem sempre os indícios aparecem por meio de relato espontâneo, mas por bruscas mudanças comportamentais das vítimas, assim como em marcas deixadas pelo corpo, causando estranhamento de funcionários e docentes que acabam por observar com mais cautela a situação.

A título de esclarecimentos, segue o fluxo de atendimento da Rede Municipal de Ensino, quando se trata de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência.

Figura 07. Fluxo de atendimento de crianças e adolescentes vítimas e testemunhas de violência da rede municipal de ensino.



Fonte: Secretaria Municipal da Educação de Ribeirão Preto, 2024.

O fluxo indica três situações possíveis: a) quando os sinais são insuficientes para configurar suspeita de violência: a criança passa a ser mais bem observada e a escola também atende a família; b) quando há indício de suspeita de violência: deve-se realizar cadastro e notificar a rede protetiva via J154, além de comunicar o responsável, mantendo a observação da criança e; c) quando há indícios de caso recente de violência física e/ou sexual: deve-se realizar imediatamente a notificação junto à plataforma.

Ainda que a ferramenta acione instantaneamente os órgãos da rede protetiva, a escola é orientada a ligar para o Conselho Tutelar para atendimento imediato, sobretudo quando há indícios de que o agressor more ou conviva com a vítima. A depender da gravidade da situação, a criança é encaminhada para um abrigo, enquanto os demais órgãos de proteção realizam o atendimento setorial pertinente. Alguns técnicos da Secretaria Municipal da Educação, responsáveis por acompanhar a rede protetiva na Pasta, possuem o acesso, por meio da plataforma J154, aos casos e, a partir das informações inseridas pelos gestores escolares, avaliam pela necessidade ou não de realização da escuta especializada, levando-se em consideração critérios para se evitar revitimização.

As escolas são os principais equipamentos demandantes do J154, em razão do tempo de convívio das crianças nas unidades de ensino e do contato praticamente rotineiro com muitas famílias, sendo a educação, por muitas vezes, o primeiro serviço a acolher as vítimas, as famílias e identificar as vulnerabilidades, ficando responsável por dar prosseguimento aos encaminhamentos via plataforma.

3.1.2. A FERRAMENTA NA OPINIÃO DOS USUÁRIOS DA EDUCAÇÃO

Considerando a relevância na incorporação e uso correto das funcionalidades do J154, torna-se importante a percepção dos usuários sobre seus resultados.

[...] Esta ferramenta...entrei em contato com ela enquanto gestor escolar [2020-2022]. Verifiquei toda a potencialidade dela. Quando eu cheguei na gestão, a ferramenta já estava implementada [...] A partir do momento em que fui operacionalizando o sistema, fui vendo o quanto ele é eficaz, o quanto ele é articulado, o quanto ele garante o sigilo e, sobretudo, agora com a [política de] escuta especializada, ele evita a revitimização [...] (Rafael J. da Silveira - responsável pela Divisão de Gestão Democrática e Programas Intersecretarias da Secretaria Municipal da Educação).

[...] Vejo o sistema como grande potencializador para a escola, para a realidade da escola, poder fazer as notificações e poder ter esta articulação intersetorial. [...] (Felipe S. Bazeio - gestor escolar da Rede Municipal de Ensino).

[...] Meu interesse é fazer uma discussão sobre racismo e educação antirracista na rede [...]. Desde sua criação [em 2018] esta ferramenta foi se adaptando com o tempo e uma de suas adaptações [...] foi justamente pra gente poder saber que enquanto violência psicológica [...] o racismo também pode ser incluído [...]. Com o uso da ferramenta sempre pensei o quão importante é nossa rede conhecer mais os serviços [saúde e assistência social]. Esta ferramenta propicia esta articulação e melhora a relação [dos atores da rede protetiva] [...] (Rafael J. dos Anjos Silva - responsável pelo Centro de Referência em Educação para as Relações Étnico-Raciais da Secretaria Municipal da Educação).

3.2. REDE PÚBLICA DE SAÚDE

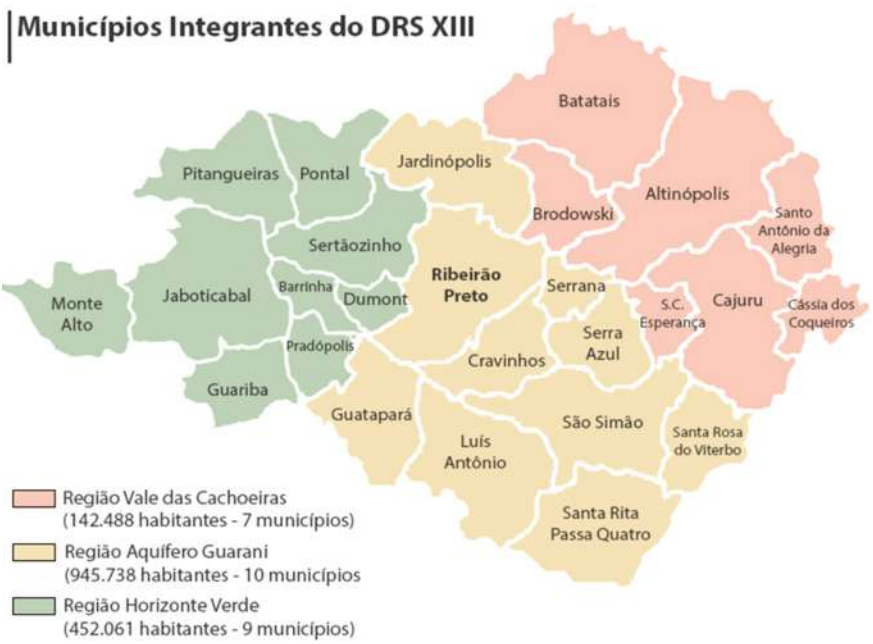
3.2.1. REGIÕES DE SAÚDE

O município de Ribeirão Preto faz parte do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). O DRS XIII está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo e é formado por 26 municípios, abrangendo uma população estimada de 1.540.287 habitantes (IBGE, 2020), tendo como município sede a cidade de Ribeirão Preto, maior município do regional, com

711.825 habitantes (estimativa IBGE, 2020), que corresponde a 46,21% da população total do DRS, seguido por Sertãozinho com 127.142 habitantes, Jaboticabal com 77.652 habitantes, Batatais com 62.980 habitantes, Pontal com 50.852, Monte Alto com 50.772 e os demais 20 municípios apresentam uma população abaixo de 50.000 habitantes.

O DRS XIII é composto por três Regiões de Saúde (Figura 8): Horizonte Verde, Vale da Cachoeiras e Aquífero Guarani, onde Ribeirão Preto se insere.

Figura 08. Departamento Regional de Saúde – DRS XIII e suas Regiões de Saúde.



Fonte: Disponível em: <<http://nephrp.com.br/site/sample-page/>>. Acesso em 20 de agosto de 2024.

3.2.2. DADOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS RELEVANTES

Os avanços científicos e tecnológicos imprimem modificações sociais, com impacto direto sobre a vida das pessoas, ao contribuir, entre outros, para a qualificação da assistência à saúde. A ampliação do acesso aos serviços e às ações de promoção à saúde e prevenção às doenças, que resultam destes avanços, impacta na distribuição demográfica e no perfil epidemiológico da população.

Neste contexto, o aumento da prevalência das condições crônicas de saúde e redução ou controle das doenças infectocontagiosas têm resultado no alargamento da expectativa de vida e na redução nas taxas de natalidade infantil, nas últimas décadas (Oliveira, 2019).

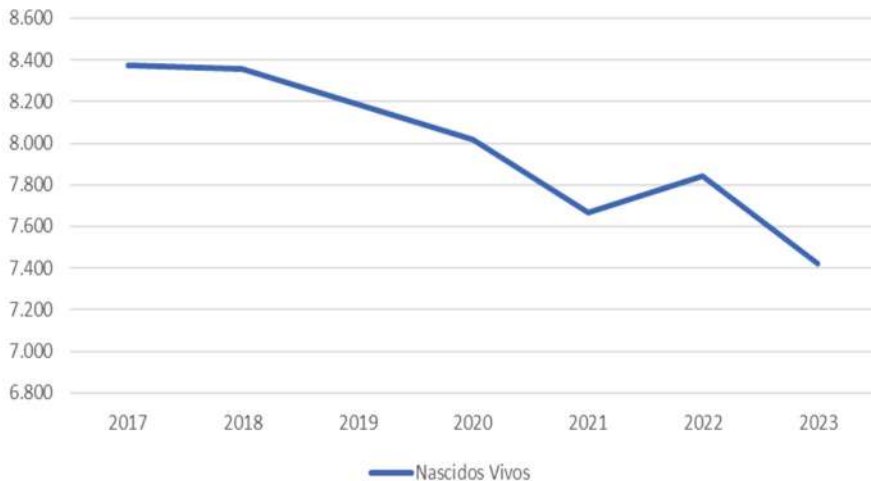
No que se refere às taxas de natalidade e mortalidade infantil, representam importantes indicadores de saúde, que norteiam a assistência, a gestão e o desenvolvimento de políticas públicas. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos. Entre os anos de 2017 e 2023, observa-se que o número de nascidos vivos no município teve uma queda nos anos de 2019 e 2020, mais expressiva em 2021 em comparação com 2017, tendência que se mantém, conforme Tabela 3 e o Gráfico 1.

Tabela 04. Número de nascimentos em Ribeirão Preto, período de 2017-2023.

Ano de nascimento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nascidos Vivos	8.374	8.355	8.189	8.018	7.664	7.845	7.422

Fonte: SIS-Criança, SMS-RP, 2024 e SICAEV/Divisão de Vigilância Epidemiológica/DEVISA/SMS-RP, 2024.

Gráfico 01. Série histórica dos nascimentos em Ribeirão Preto, período de 2017-2023.

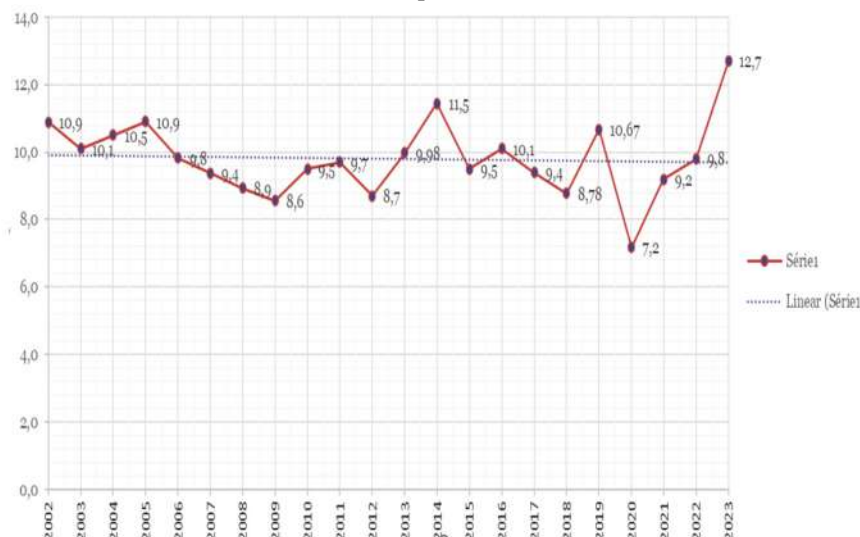


Fonte: SIS-Criança, SMS-RP, 2024 e SICAEV/Divisão de Vigilância Epidemiológica/DEVISA/SMS-RP, 2024.

O Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil (CMI) de Ribeirão Preto vem se mantendo em baixos níveis, muito em razão de que o município desenvolve políticas de ações preventivas que colaboram desde o atendimento pré-natal à gestante, a qualidade da assistência ao parto, o incentivo ao parto normal, a qualidade do atendimento ao SMS-RP recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, à vacinação e às consultas médicas e de enfermagem. O Gráfico 2 apresenta a evolução do CMI nos últimos anos.

Concomitantemente, percebe-se o incremento das causas externas dentre os principais motivos de óbito entre crianças e adolescentes, com destaque para as questões relacionadas à violência hetero e auto infringida, o que predispõe a criança e o adolescente às vulnerabilidades e a violações de seus direitos, o que impacta em sua saúde emocional, física, mental e espiritual (ONU, 2024).

Gráfico 02. Série histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil, de residentes de Ribeirão Preto, período de 2002-2023



Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica – SICA EV, Departamento de Vigilância em Saúde, SMS-RP, 2024.

As políticas públicas municipais voltadas para a Saúde têm lançado olhares para as questões relacionadas às vulnerabilidades sociais, com ações que promovam a saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE) favorece a realização de ações integradas entre Saúde e Educação, com vistas a trabalhar com as crianças e adolescentes questões de saúde pública, que incluem a Cultura da Paz e projetos de vida.

3.2.3 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Atualmente, a rede de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no município é formada por 47 estabelecimentos, distribuídos nos Distritos de Saúde, com distribuição mista dos serviços de saúde, entre Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básica e Distrital de Saúde e Unidades Básicas e Especializadas (RIBEIRÃO PRETO, 2021). Atualmente, Ribeirão Preto, apresenta cobertura superior

a 25% da atenção primária e desses 85% da população está cadastrada no e-SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

3.2.4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Em Ribeirão Preto, a Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA), que compõe as Coordenadorias de Saúde do Departamento de Planejamento em Saúde (DPS), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), atua na elaboração de estratégias de gestão voltadas para o cuidado à saúde da criança e do adolescente do município.

As ações da CAISCA estão embasadas nas políticas nacionais de saúde e voltadas para a união de diferentes atores da rede intersetorial, para melhor direcionamento e fortalecimento das ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação em saúde. Na CAISCA, estão inseridos o Programa Floresce Uma Vida (FUV), o Programa Municipal de Triagem Neonatal (PTN) e o Programa de Saúde na Escola (PSE).

3.2.4.1 SAÚDE ESCOLAR

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa colaborativa entre os Ministérios da Saúde e da Educação, estabelecida em 2017. O programa tem como objetivo implementar ações de promoção da saúde, atenção integral e prevenção de doenças nas escolas municipais e estaduais que fazem parte do PSE.

As ações do PSE têm fortalecido a relação intersetorial entre saúde e educação, promovendo uma colaboração mais estreita entre esses setores em Ribeirão Preto. Esse esforço tem facilitado a comunicação e impulsionado iniciativas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos entre crianças e adolescentes do município. Além disso, essas

ações contribuem com o objetivo da ferramenta J154, que visa aprimorar a qualidade de vida e o bem-estar da população de crianças e adolescentes, através de uma abordagem integrada.

3.2.4.2 USO DA FERRAMENTA J154 NA SAÚDE

Para justificar a implementação do J154 na Secretaria da Saúde, é essencial destacar a importância de formar uma rede que envolva suporte, solidariedade e compromisso interrelacional. Estes elementos são fundamentais para a prevenção, enfrentamento e atenção à saúde nas situações de violência, pautando-se no respeito à vida, na diversidade, na empatia e no equilíbrio nas relações de gênero e etnias, fortalecendo o diálogo e assegurando os direitos humanos.

Portanto, é crucial que as instituições saiam da limitação de suas zonas de atuação e superem práticas de trabalho pontuais e disciplinares. Em vez disso, é necessário pactuar ações conjuntas e multiprofissionais para alcançar resultados mais efetivos no enfrentamento da violência. Neste sentido, o J154, permite uma comunicação intersetorial dinâmica e ágil, ao facilitar o trabalho integrado entre os serviços da rede protetiva.

A implementação da ferramenta possibilita que a Secretaria da Saúde atue de forma colaborativa e coordenada, promovendo um atendimento mais eficiente e oportuno aos vulneráveis. Dessa forma, contribui-se significativamente para a criação de um ambiente mais seguro e saudável, onde os direitos humanos são respeitados e a violência é combatida de maneira proativa e integrada.

Quando uma notificação é recebida por meio do J154 pela Secretaria da Saúde, ela assume um caráter de atendimento prioritário. Primeiramente, é realizada uma busca ativa pela equipe de saúde, que pode incluir visitas domiciliares para avaliar o ambiente familiar e identificar outras necessidades de apoio.

A seguir, é agendada uma consulta médica para a criança ou adolescente envolvido, assegurando uma avaliação inicial de sua condição

de saúde. Além disso, o calendário vacinal do paciente é atualizado, garantindo que todas as vacinas estejam em dia e que a saúde preventiva esteja em foco.

Quando necessário, são realizados encaminhamentos para serviços especializados, como psicologia, assistência social, ou outras áreas da saúde que possam contribuir para o bem-estar do indivíduo. Esses encaminhamentos são feitos de forma coordenada, garantindo que o paciente receba o cuidado e o suporte necessários de maneira integrada e contínua.

Após o primeiro contato com a família, do adolescente ou criança, é possível estabelecer ações que envolvam formas de mitigar os problemas identificados. O sistema permite uma comunicação eficiente para avaliarmos, em conjunto, se todas as necessidades básicas de saúde estão sendo atendidas e como construir estratégias para implementá-las, assim, trabalhando em rede.

É importante esclarecer que um ponto relevante para o bom andamento do funcionamento da rede é o reconhecimento dos gestores, quanto à magnitude do problema da violência contra crianças e adolescentes, e quanto à importância das redes de prevenção, proteção, enfrentamento e atenção, assumindo e apoiando as ações propostas. Este apoio inclui a disponibilização de recursos para atividades e campanhas de sensibilização e mobilização locais; elaboração de planos de prevenção, enfrentamento e atenção às diversas formas de violência, conforme a realidade local; formação e qualificação dos profissionais da saúde e demais serviços que integram a rede; e para ampliação e fortalecimento da atenção primária, intermediária e dos serviços de saúde especializados.

A avaliação do ambiente familiar, em conjunto com os relatos do ambiente educacional e social, fortalece significativamente as ações direcionadas às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Essa abordagem integrada permite uma compreensão holística das circunstâncias que afetam o bem-estar dos jovens, possibilitando a

elaboração de estratégias mais eficazes e coordenadas para garantir a proteção e o suporte necessários. Considerando todos os aspectos do ambiente em que a criança ou adolescente está inserido, as intervenções podem ser mais precisas e impactantes, promovendo, assim, um desenvolvimento saudável e seguro.

Uma das ações mais realizadas é o acolhimento, sendo essa a principal etapa na atuação da enfermagem junto às crianças e adolescentes. Entretanto, torna-se imprescindível que, ao acolher essas vítimas, os julgamentos e as acusações sejam evitados por parte dos profissionais que atuam diante de algum caso de maus-tratos. Neste momento, deve-se estabelecer uma relação empática, deixando transparecer à vítima que o maior objetivo da assistência em enfermagem é a sua proteção. Ressalta-se que esse cuidado precisa ser planejado para que promova a segurança, o acolhimento e o respeito, além de atender às necessidades integrais e individuais.

O sistema de saúde, ao notificar casos de violência, visto que a atenção primária é porta de entrada principalmente para agressões e abusos sexuais, precisa interagir estreitamente com serviços de educação, ação social, conselho tutelar e, em casos específicos, com as autoridades de segurança. Essa colaboração é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e eficaz.

Por exemplo, os serviços de educação podem fornecer informações valiosas sobre o contexto escolar e social da criança, enquanto os conselhos tutelares podem auxiliar na proteção legal e na mediação de situações de risco.

Além disso, a interação com a ação social é crucial para fornecer suporte adicional, como assistência financeira e recursos comunitários, enquanto a segurança pode ser envolvida quando há necessidade de proteção imediata ou investigação criminal. Essa articulação entre os diferentes setores permite uma resposta coordenada que visa não apenas a resolução imediata da situação de violência, mas também o suporte contínuo para a recuperação e o bem-estar da criança.

Portanto, a implementação do J154 representa um avanço significativo na integração dos serviços e na coordenação das respostas às situações de violência contra crianças e adolescentes. A eficácia desse sistema está diretamente relacionada à capacidade dos serviços de saúde em trabalhar em conjunto com outras instituições e serviços, formando uma rede de suporte que assegure a proteção e o cuidado necessários para a recuperação e o desenvolvimento saudável das vítimas.

A utilização do Sistema J154 como ferramenta principal de notificação na rede protetiva trouxe alguns facilitadores na realização do atendimento dos casos: sigilo e proteção de dados, trabalho em conjunto com outros serviços da rede de proteção, agilidade no atendimento dos casos e no conhecimento das ações prestadas pelos outros serviços.

Muitas barreiras ainda devem ser vencidas. A manutenção do sigilo das informações e do notificante ainda é uma preocupação dos profissionais da saúde e deve ser um assunto sempre em discussão na rede protetiva, para garantir a possibilidade de atendimento das crianças, adolescentes e famílias com vulnerabilidades.

Independentemente da ferramenta utilizada no atendimento das crianças, adolescentes e famílias com vulnerabilidades, o enfrentamento da violência em todas as suas formas causa impacto pessoal nos profissionais envolvidos nos atendimentos.

3.2.4.3 A FERRAMENTA NA OPINIÃO DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

A experiência na criação e gestão do J154 no nível central da Secretaria da Saúde trouxe a possibilidade de conhecimento mais detalhado dos outros serviços da rede protetiva. O contato contínuo com representantes dos outros serviços trouxe a possibilidade de conhecer as pessoas, propiciando conexões, agilizar o atendimento dos casos e promover a interação real entre os serviços.

A implementação do J154 tem gerado diversas opiniões entre profissionais de saúde, refletindo tanto os benefícios quanto os desafios percebidos na utilização dessa ferramenta. Para entender melhor o impacto e a aceitação, é fundamental considerar as perspectivas dos profissionais que lidam diretamente com a ferramenta e suas implicações no atendimento a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Um dos principais benefícios no uso da ferramenta foi a facilitação da comunicação intersetorial. Muitos profissionais destacam que a ferramenta melhora significativamente a comunicação entre os diversos serviços e instituições da Rede Protetiva. Ao permitir uma troca de informações e coordenação mais eficiente entre escolas municipais e estaduais, Secretarias de Saúde, Assistência Social e Conselhos Tutelares, o sistema possibilita uma resposta mais ágil e integrada às situações de violência. Essa capacidade de promover uma comunicação mais fluida e menos fragmentada é amplamente valorizada, pois contribui para uma abordagem mais coordenada e eficaz.

Além disso, o J154 é elogiado por sua agilidade no atendimento. A informatização proporcionada pelo sistema permite que os profissionais registrem e acessem informações de forma mais rápida, o que se traduz em um atendimento mais eficiente e oportuno para crianças e adolescentes em situação de risco. A rapidez no processo de notificação e acompanhamento dos casos é crucial para garantir a proteção e recuperação das vítimas, e o Sistema J154 tem se mostrado uma ferramenta valiosa nesse aspecto.

A segurança e o sigilo dos dados também são considerados aspectos positivos importantes permitidas pelo uso do J154. A proteção das informações sensíveis e a confidencialidade dos dados são prioridades, e o sistema tem sido bem avaliado por suas funcionalidades que garantem a segurança e a proteção do notificante. Essa confiança na proteção dos dados é essencial para assegurar que as informações sejam manejadas de maneira adequada e para manter a confiança dos profissionais envolvidos.

Outra vantagem notável do J154 é a sua capacidade de integração com outros serviços. Profissionais da saúde apreciam a forma como a ferramenta possibilita a colaboração entre diferentes setores da rede protetiva. Essa integração enriquece o processo de atendimento e aumenta a efetividade das intervenções, proporcionando uma visão mais abrangente das necessidades dos casos e permitindo uma resposta mais completa e coordenada.

[...] A plataforma revolucionou a forma de prestar assistência aos pacientes - sai um pouco da lógica ‘médico-cêntrica’, ‘enfermeiro-cêntrica’. É uma ferramenta que amplia [a ação] para todos os determinantes sociais, [faz] a conexão entre escola, assistência social, CRAS e a gente. O problema já vem linkado com esse grupo, há agilidade na troca. Na prática, eu sozinha não consigo resolver questão social, saúde, questão escolar, [mas] eu consigo trabalhar em equipe para solucionar o problema. Vou até o território, analisar o que é possível construir, trago a criança até à unidade, [...] olhar em equipe, traz todo mundo para discutir o caso dessa criança, todo mundo junto. Preciso desse apoio no cenário onde foi identificada a necessidade, a vulnerabilidade da criança. Saúde não é limitar doença. (Carolina Scoqui Guimarães, enfermeira na UBS Dr. Waldemar Barnsley Pessoa” – médico do Parque Ribeirão, da rede municipal de saúde. Destaque dos autores).

Embora nem sempre seja possível finalizar um caso complexo ou alcançar o “final mais feliz”, a ferramenta pode amenizar as dificuldades ao garantir pequenos progressos. Neste sentido, a utilização da ferramenta converge com a agenda recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a promoção da saúde e bem-estar de crianças e adolescentes. Destaca-se a ação conjunta e integrada entre os diversos setores públicos e da sociedade na promoção da saúde (WHO, 2021).

No entanto, apesar desses benefícios, existem desafios e preocupações que merecem atenção. A necessidade de formação contínua e treinamento especializado é um ponto importante. Muitos usuários ressaltam que, para otimizar o uso do J154, é crucial garantir que todos

os profissionais recebam atualização constante sobre as funcionalidades do sistema e as melhores práticas de utilização. Essa formação é essencial para assegurar a eficiência e eficácia no uso da ferramenta.

O impacto emocional do trabalho é outra preocupação significativa. O enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes pode ser emocionalmente desgastante para as pessoas envolvidas. Embora o sistema facilite vários aspectos do atendimento, a pressão para gerenciar casos complexos e o impacto emocional associado permanecem desafios relevantes. O suporte psicológico para profissionais é um ponto importante que precisa ser abordado para mitigar a sobrecarga emocional e garantir a eficácia do atendimento.

Finalmente, a resistência a mudanças e a adaptação ao novo sistema podem representar obstáculos adicionais. A introdução de novas ferramentas e processos pode encontrar resistência por parte de alguns profissionais que estão acostumados a métodos tradicionais. A adaptação ao uso correto do J154 pode exigir um período de ajuste e a superação de barreiras culturais e operacionais dentro das instituições.

3.3. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Política de Assistência Social, organizada por um sistema único, descentralizado e participativo, se deu em 2015 quando foi instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira, distribuídos por graus de complexidade entre Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

A violência contra crianças e adolescentes é uma violação de direitos humanos e um problema complexo, endêmico e multifacetado, que pode causar grande impacto no desenvolvimento com consequências que poderão afetar esses indivíduos ao longo da vida.

Nesse sentido, a PSE destina-se a casos notadamente complexos e que impliquem violações de direitos. Os serviços de PSE estão vinculados

ao Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e se articulam com o Poder Judiciário, o Ministério Público, os Conselhos Tutelares e outros órgãos e ações do Executivo, bem como toda a rede de serviços que acompanha crianças e adolescentes nas diferentes Políticas Públicas.

Conforme preconizado no SUAS à rede socioassistencial de Ribeirão Preto é composta por um conjunto integrado de serviços, executados diretamente pela Secretaria Municipal de Assistência Social ou em parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC), o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade.

Enquanto município de grande porte através da Secretaria Municipal de Assistência Social atualmente conta com 103 serviços socioassistenciais sendo que na administração direta temos 11 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), cinco Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), além de nove Programas de Fortalecimento de Vínculos no atendimento da população.

No âmbito administrativo a Vigilância Socioassistencial é fundamental para subsidiar as ações da Política de Assistência Social, e enquanto função nas ações de monitoramento, avaliação e análise dos dados, indicadores, mapas, diagnósticos dentre outros instrumentos que permeiam a rede de serviços no SUAS.

3.3.1 USO DA FERRAMENTA NA REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

De acordo com as políticas públicas de Assistência Social preconizadas pelo SUAS, a unidade pública responsável pelo atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual é o CREAS, por meio do serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). O atendimento realizado por assistentes sociais e psicólogos foca

nas famílias, observando seus contextos culturais e socioeconômicos, bem como sua rede de apoio e recursos comunitários no território onde vivem. As ações planejadas e discutidas com as famílias usuárias devem ser articuladas de acordo com um plano de atendimento que envolva as demais políticas públicas, visando, assim, consolidar uma rede de proteção integral.

E para que essa articulação com as outras políticas públicas se concretize a implantação do J154 foi fundamental, pois coloca toda a rede em alerta para que se observe a situação de suspeita de violência com uma determinada criança e sua família.

A Vigilância Socioassistencial do município aponta o número de famílias atendidas em 2024, inscritas no Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), cuja característica é a renda até meio salário-mínimo por pessoa; ou que até 3 salários-mínimos de renda mensal.

Tabela 05. Número de famílias atendidas em 2024.

Categoria	Números
Famílias	59.846
Pessoas	137.735
Crianças e adolescentes	50.258
Distribuição por Faixa Etária	Números
0 a 5 anos	16.355
6 a 11 anos	18.319
12 a 14 anos	8.403
15 a 17 anos	7.181

Fonte: Dados da Vigilância Socioassistencial, junho de 2024.

Os dados apontam que o grande número de crianças de zero a cinco anos, muitos sem inserção no sistema educacional, até por não ser obrigatório para essa faixa etária, mas em fase de vida importantíssima para o desenvolvimento. Essa faixa etária é de grande prioridade para o CREAS pois o contato com a violência nesta idade pode repercutir em um

aumento na probabilidade de ocorrência de problemas posteriores, tanto físicos quanto psíquicos.

Em um município de grande porte, monitorar essas situações não é tarefa simples e a utilização de tecnologias como a do sistema de notificação de suspeita de violência contra crianças e adolescentes, como o J154, é a forma mais ágil de acionar toda a rede protetiva.

As notificações recebidas nos cinco CREAS, são disparadas em sua maior parte pelo sistema de educação, seguidas pelas notificações oriundas do sistema de saúde. Ao receber a notificação enviada por meio do J154 ao e-mail institucional, o programa é acessado através de senha e temos um protocolo de prioridades absolutas que são as notificações de violências sexuais, independentemente da idade da vítima, e notificações de crianças menores de seis anos, por se tratar de idade bastante vulnerável.

Os casos são distribuídos para a equipe técnica para atendimento imediato, ao menos um contato telefônico com a rede protetiva e a família é realizado prontamente e verificada a necessidade de uma ação protetiva que pode envolver ações junto ao Ministério Público e Judiciário, podendo desdobrar prioritariamente em colocação em família extensa, e em último caso acolhimento institucional quando esgotadas todas as possibilidades familiares.

Vale o registro de que anteriormente as notificações eram feitas via ofício, recebido por malote semanalmente, o que em alguns períodos, por diversas variáveis, poderia demorar até 30 dias para chegar uma notificação de violência, conforme relatos da equipe técnica do CREAS 3:

[...] O J154 funciona super bem! A rede que se estabelece após a notificação é importante, a gente liga, conversa, discute com quem fez a notificação, todos sabem quem são os serviços acionados para aquela situação podendo ligar caso exija ações protetivas imediatas necessárias.

De todas as formas de notificação o J154 é a mais consistente, que traz mais dados, informações da família, endereço, telefone, e o que acontece com a criança ou adolescente através do seu

relato, não sendo necessário questionar a vítima ou a família para descobrir a situação de violência [...]

Um importante aspecto da notificação é dar voz à criança ou adolescente que sofre a violência, possibilitando uma intervenção técnica junto a família sem precisar confrontar ou questionar a criança, pois o relato dela já consta na notificação.

Um fator que também ocorre é que na observação diária da criança na escola são identificados comportamentos que sugerem que a criança sofre maus tratos, e muitas vezes na entrevista com a criança no CREAS ela espontaneamente conta o que vive e afastamentos imediatos são providenciados junto a rede protetiva. Esse vínculo próximo com a educação possibilita um viés mais preventivo, pois muitas vezes quando chega já na saúde a violência já se agravou a ponto de necessitar de uma intervenção médica.

Segundo técnicos do CREAS 3, como o J154 é georreferenciado, quando a notificação é realizada e o endereço é colocado automaticamente o sistema mostra e dispara para o Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e UBS que atende aquele endereço, sendo assim todos os serviços sabem quais as unidades que atendem aquela criança sem ter que realizar outra busca de informações.

[...] Eu sou administrativo e trabalhei 30 anos na área de TI, estou aqui no CREAS a seis anos, faço registro de todas as entradas e saídas de documentação no CREAS 3; o J154 é a primeira e única ferramenta que eu conheço que dá um suporte real para a intervenção técnica na Assistência Social. Recebemos notificações o dia todo, todos os dias, mas como essas informações chegam? Às vezes, para verificar um endereço, que é um dado básico fundamental, é preciso procurar em páginas e páginas e muitas vezes nem consta, sendo necessário rastrear em vários locais e até outros serviços para conseguir entrar em contato ou realizar uma visita domiciliar para a família. No J154 os dados são padronizados, sei que o endereço está naquele campo, o nome da mãe, o nome do pai, o nome da criança, não

tenho que ficar lendo os relatos para buscar as informações que preciso para registrar a entrada da solicitação no serviço, agilizar o trabalho é uma coisa importante. Quando a gente agiliza o nosso trabalho os nossos usuários são mais bem atendidos e eles são nosso foco de trabalho. Claro que o sistema tem problemas às vezes e sempre terá, pois um sistema cresce, tem que ser dinâmico, nunca estará pronto e acabado, novas necessidades surgem e ajustes são imprescindíveis, o sistema não é um Bigdata ainda, mas é um banco robusto e ágil. [...]

[...] Eu gosto muito de trabalhar com o J154 pela agilidade que o sistema possibilita essa brevidade no atendimento das famílias. [...] (Maria Aparecida Maciel Cunha Soares - Agente Administrativo da SEMAS).

Por fim, resta reafirmar que a implantação do J154 trouxe um avanço sem precedentes no atendimento a crianças e adolescentes na Assistência Social através de uma articulação em rede ágil, e um compromisso de todos os serviços com a proteção dessa população sujeita a inúmeros aspectos de vulnerabilidade. Importante destacar que o sistema é uma pactuação em torno do compromisso de priorizar as crianças e os adolescentes assegurando o direito à proteção.

4. RESULTADOS

Desde 2018, quando da implantação do J154, até julho de 2024, foram registradas 14.147 notificações pela rede protetiva. Os motivos mais frequentes para notificação foram:

Tabela 06. Motivos mais frequentes para notificação entre julho/2018 e julho/2024.

Vulnerabilidade	Nº de Notificações	% em relação ao total
Alunos infrequentes	5.252	37,1%
Evasão escolar	2.533	17,9%
Falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis	1.560	11%
Problemas de saúde	1.109	7,8%
Abandono intelectual	1.092	7,7%
Outras	2.601	18,5%
Total	14.147	100%

Fonte: Sistema J154, 2024.

Como aconteceu com diversas outras políticas de atenção e cuidado, ressalta-se que, no período da pandemia da Covid-19, foi observada significativa subnotificação, certamente relacionada à suspensão das aulas presenciais, visto que o setor da educação é a principal origem das notificações no J154.

A demanda represada foi percebida, com o retorno das aulas, no aumento acima da média dos casos de vulnerabilidade registrados, o que indica de maneira inequívoca que o afastamento das crianças e adolescentes do olhar da rede protetiva mitigam a garantia de seus direitos, além de reforçar o ambiente familiar como principal perpetuador de abusos e violências.

Neste sentido, a implantação do Sistema J154 alcançou a proposta de efetivar a comunicação intersetorial entre todos os órgãos e servidores que compõem e atuam na rede protetiva. Atualmente são 1.214 profissionais cadastrados como usuários, dos quais 555 trabalham na Educação Municipal, 253 na Educação Estadual, 147 na Assistência Social e 259 na Saúde, permitindo o atendimento da situação de vulnerabilidade de maneira rápida, segura, integral e integrada.

[...] ali você tem a rede protetiva, em que vão ser acompanhados questões de violência doméstica, violência sexual, vulnerabilidade... e aqui é exatamente onde a ferramenta entra - o J154. Quando se detecta, num atendimento, num posto de saúde, na Assistência Social, na Educação [...] uma situação de vulnerabilidade, imediatamente se comunica essa situação para que a rede protetiva possa atuar de maneira adequada; então se criou [...] viabilidades de capilaridade na intersetorialidade, na transversalidade. Vê a importância disso: na pandemia, nós fizemos muitas reuniões online - lembro que fiz várias com o pessoal da Educação, da Assistência, da Saúde... e lembro que quando colocamos o J154, falando de como nos comunicávamos, os municípios ficaram maravilhados. [...] (Naul Luiz Felca - Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo/GEDUC - região de Ribeirão Preto).

O formato de comunicação que se desenvolve por meio do J154, é primordial para a celeridade no acompanhamento dos casos de vulnerabilidades, o que pode ser definidor no desfecho do cuidado proposto e na consequente garantia de direitos das crianças e adolescentes.

Para além do objetivo primordial da rede protetiva, e fomenta o trabalho em equipe seguro e ágil, ao colaborar para a solução disponível mais adequada. Diante de vidas com tantas vulnerabilidades combinadas, o sistema exerce um papel de “vigilância”.

No que tange às limitações das soluções disponíveis na prática assistencial, percebeu-se que o J154, embora não rompa com todas as dificuldades ou promova soluções mais facilitadas, ainda assim a sua utilização ameniza a percepção de impotência, e, de algum modo, contribui para a proteção da saúde mental do profissional.

[..] A maior angústia é dar o seu melhor, o seu máximo e aquilo ainda não ser o suficiente, isso dói mais, porque você chega no limite, passa o limite, e ainda assim não foi. Hoje eu penso que o que eu preciso é dar ferramentas para aquela pessoa, para mudar minimamente a situação daquela pessoa; ferramentas para criar

defesa – tenho esse pensamento agora. Não vai ser na primeira vez que a coisa vai se resolver. [...] (Carolina Scoqui Guimarães, enfermeira na UBS Dr. Waldemar Barnsley Pessoa” - Parque Ribeirão. Destaque dos autores).

De modo geral, o maior benefício agregado pelo uso do J154 foi o fortalecimento da atuação em rede, o que acontece muito em função a segurança que a ferramenta oferece ao permitir a documentação em banco de dados. Ao acolher as notificações em um sistema seguro a consolidação de informações fica facilitada, se apresentando, também, útil para embasar a gestão municipal na tomada de decisões tempestivas, primordiais para a garantia de direitos das crianças e adolescentes.

5. CURADORIA

Vivenciara Curadoria promovida pela Fiocruz, como desdobramento do Prêmio “IdeiaSUS Fiocruz”, acrescentou um capítulo importantíssimo à história do J154. O movimento provocado a partir desta experiência resultou em um *turning-point* determinante para a institucionalização e o futuro do Sistema, com desdobramentos que impactaram a rede protetiva no âmbito do município de Ribeirão Preto.

Entende-se a curadoria como um processo vivo de acompanhamento da prática premiada no sentido de seu fortalecimento institucional, condição imprescindível para a própria sobrevivência da ação em curso. Ao demandar a participação ativa e comprometida de todos os atores institucionais envolvidos na execução da prática, o processo de curadoria permitiu maior conhecimento de sua história e funcionamento e melhor reconhecimento de sua relevância para a rede protetiva no município.

Os encontros promovidos no âmbito das atividades relacionadas à Curadoria, com a realização de reuniões presenciais, encontros *online* e a visita técnica presencial, tornou ainda mais forte os vínculos e as parcerias entre os servidores e servidoras dos setores da educação, saúde e assistência social.

As pessoas conseguiram se encontrar e conheceram-se pessoalmente, com isso foi possível ouvir sobre a realidade dos setores parceiros e identificar suas fragilidades e potências. O canal criado amplia as possibilidades de atuação conjunta na assistência à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade.

Foi por meio deste movimento gerado pela Curadoria, que, durante a visita técnica à CODERP, a equipe responsável pelo desenvolvimento do *software*, trouxe ao conhecimento de todos que a linguagem do J154 permite sua execução em diferentes sistemas operacionais e arquiteturas de hardware, por se tratar de um sistema em *software* livre com código aberto, sem qualquer custo adicional - caberá ao município, apenas ter um profissional que conheça a linguagem do sistema, instalá-lo e adequá-lo de acordo com a realidade do município.

[...] A gente está aberto para isso - as instituições que queiram uma cópia desse sistema, a gente fornece sem problema nenhum. A nossa intenção é o quê?... Que isso seja disseminado, e que esse controle chegue até as crianças que estão lá na ponta. Isto é que é importante para nós, enquanto técnicos, né? (Everaldo Oliveira Rocha – Analista de Sistemas da CODERP).

A partir disto, na visita ao GEDUC-RP, no Ministério Público do Estado de São Paulo - regional de Ribeirão Preto, primordialmente envolvido com o desenvolvimento do J154, chancelou-se a possibilidade de replicação do J154 para outros municípios da região ou quaisquer outros que demonstrarem interesse.

Bem à verdade, veio ao conhecimento da CODERP, o interesse de outros municípios pela adoção do sistema, assim como ao GEDUC-NRP, de que isto era possível, a partir dos encontros supracitados. A Diretoria Regional de Ensino também apontou o conhecimento pelo interesse de municípios da região.

E quanto aos outros municípios... nossa! Fiquei muito feliz em saber que há também essa possibilidade, pra gente também começar a movimentar... porque também é de grande ajuda o J154 em outras... porque nas outras cidades, nos outros municípios, eles têm o contato direto, ah... Conselho Tutelar, né?... mas oficializar, ter essa oficialização seria bem importante, principalmente para nós da Educação, porque a gente tem que olhar o aplicativo para entender o que foi do encaminhamento... a gente teria um único lugar, como a gente tem com o J154, aqui em Ribeirão Preto (Mônica Mantovani - Professor Especialista do Currículo Conviva (PEC) da Diretoria Regional de Ensino).

Atualmente, pelo menos um município da região de Ribeirão Preto, que teve o conhecimento desta possibilidade, em consequência das conexões promovidas pela Curadoria, já manifestou disposição para instalar e usar o J154, com possibilidade de aumentar a adesão por meio da atuação dos órgãos do executivo e do judiciário regionais.

Outrossim, a Curadoria deixa como legado fundamental o reconhecimento do J154 como uma ferramenta acessível para o largo alcance, quiçá poderá ser adotada em âmbito regional, estadual e nacional, promovendo a unificação de informações.

5.1. A CURADORIA EM FOTOS

Figura 09. Reunião online, atividade realizada durante a Curadoria, julho de 2024.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

Figura 10. Visita técnica da Curadoria, em 27 de julho de 2024, no CREAS 3. Ribeirão Preto - SP, 2024.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

Figura 11. Visita técnica da Curadoria ocorrida em 28 de julho de 2024, na UBS “Dr. Waldemar Barnsley Pessoa - Parque Ribeirão. Ribeirão Preto - SP, 2024.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

Figura 12. Visita técnica da Curadoria, em 27 de julho de 2024, na EMEF “Antônio Palocci”. Ribeirão Preto – SP.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

Figura 13. Visita técnica da Curadoria, em 28 de julho de 2024, no Ministério Público do Estado de São Paulo - regional de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto - SP.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

5.2. PERSPECTIVAS

O sistema apresenta potencial crescente de expansão e replicação para a necessidade de outras populações vulneráveis, como mulheres e idosos.

Figura 14. Visita Técnica da Curadoria, em 28 de julho de 2024, na CODERP. Ribeirão Preto - SP, 2024.



Fonte: Simione de Fátima Cesar da Silva, 2024.

[...] O J154 foi desenvolvido pela CODERP [...], e agora vocês trouxeram a informação de que isto será disponibilizado a quem quiser, mais uma etapa: colocar à disposição – nós vamos chamar a CODERP aqui, os municípios que integram [a região], quem tiver interesse se dirige a CODERP para poderem afinar a implantação do sistema. Então se isso chegou aonde chegou, a gente verifica a viabilidade de avanço. Isso foi graças a um trabalho coletivo [...] iniciativa do MP, [que foi] sensível ao acolhimento dessa demanda, mas que não chegaria jamais aonde chegou, se não fosse essa postura idealista [...]. Parabéns a todos! [...] (Naul Luiz Felca - Promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo/GEDUC).

A Coordenadoria de Saúde da Pessoa Idosa, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, e a CODERP estudam a possibilidade de desenvolver um sistema com base na estrutura do software livre utilizado pelo J154, para a Rede Protetiva da Pessoa Idosa. A estrutura de *software* do J154 possibilita a replicação do sistema por outros municípios, que integram a DRS XIII, para aqueles que fazem parte do GEDUC-NRP regional e para municípios de outros estados. Dessa forma, o processo de curadoria fortaleceu a

compreensão de que o Sistema J154 tem potencial de disseminação e padronização nacional, desde que se realize uma avaliação cuidadosa da rede de proteção de cada município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além dos aspectos técnicos-instrumentais, o Sistema J154 tem se consolidado como uma conquista coletiva, que emergiu da construção multissetorial, com o olhar focado na integralidade e na transversalidade, o que promove a modificação da realidade, no que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

[...] Essa conquista é uma conquista coletiva – acho que não existe nada, nenhuma conquista, que não seja coletiva –, quando a gente fala das disputas que existem, das lutas para melhoria das políticas públicas ou para a conquistas de direitos, não existe um protagonista [...]. Havia uma dificuldade na comunicação entre os órgãos [...] faltava uma forma de interação entre os diversos órgãos que atuam com os vulneráveis, que precisam do serviço público para resolver os seus problemas, e para garantir o cumprimento dos seus direitos. Então foi, com base nisso, que nós incluímos isso no nosso programa de atuação, e aí fizemos inúmeras reuniões e [...] todos compraram a ideia, e quando todos compram uma ideia, a gente consegue alcançar o objetivo que queria alcançar, não é? Então, é uma conquista de todos nós que, desde aquela reunião, começamos a pensar no que seria possível fazer para garantir uma melhor integração e um melhor atendimento da pessoa que necessita da atuação dos órgãos públicos: como trabalho coletivo, fomos bem-sucedidos [...] (Marcelo Pedroso Goulart - Promotor de Justiça aposentado do Ministério Público de São Paulo).

O J154 traz em seu arcabouço o potencial para “abrir portas” - portas que conectam os profissionais da rede protetiva; portas para o compromisso da equipe com o usuário; portas para uma melhor sistematização da

assistência; portas para um projeto de vida mais saudável para as crianças e adolescentes.

[...] Sozinho, a gente acha que é super-herói [e tem que lidar com a impotência]. Abrindo estas portas, a gente não se sente sozinho” (Carolina Scoqui Guimarães, Enfermeira na UBS [...] Waldemar Barnsley Pessoa” - Parque Ribeirão Preto, da rede municipal de saúde).

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1990). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 e suas alterações. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.
- Krug, E. G et al. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.
- Oliveira, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Hygeia, v.15, n.31, p. 69 - 79.
- Prefeitura de Ribeirão Preto. (2024). Lei nº 14918, de 20 de março de 2024. Aprova o Plano Municipal de Educação de Ribeirão Preto - PME e dá outras providências. Ribeirão Preto, SP. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/sp/r/ribeirao-preto/lei-ordinaria/2024/1492/14918/lei-ordinaria-n-14918-2024-aprova-o-plano-municipal-de-educacao-de-ribeirao-preto-pme-e-da-outras-providencias?q=14918>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- Secretaria Municipal da Educação (Ribeirão Preto). (2021) Resolução Sme nº 15, de 31 de agosto de 2021. Dispõe sobre os procedimentos para a busca ativa de estudantes matriculados na Rede Municipal de Ensino de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/educacao48202109.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- WHO. (2020). World Health Organization. Regional Status Report 2020: Preventing and Responding to Violence against Children in the Americas. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- WHO. (1996). World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO. (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

4

Região Nordeste | Turilândia, Maranhão

EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PREVENTIVO HUMANIZADO NO SUS

Andrea Costa Ferreira de Abreu
Luanna Soares
Matheus de Jesus Maia Amaral
Leila Adesse

INTRODUÇÃO

Turilândia é uma jovem cidade do interior do estado do Maranhão, mais precisamente na baixada, local delimitado pela estátua de Santa Luzia, monumento em homenagem à padroeira da cidade que fica localizada no centro de Turilândia e às margens da rodovia MA-106. Santa Luzia se tornou padroeira em 1984 quando o Padre Antônio Di Foggia chegou no município e construiu a igreja e a nomeou a esta santa, tendo em vista que o povo já lhe tinha grande devoção

Turilândia surgiu em meados do ano de 1891 quando duas famílias vindas do município vizinho Santa Helena, Maranhão, construíram suas residências às margens esquerdas do rio Turiaçu – nome que deriva das palavras indígenas “tury” facho e “açü” grande. Sendo uma delas devota e possuidora de uma imagem de São Benedito, resolveu homenageá-lo com uma festa. E, como parte dos preparativos da referida festa, cortaram um pequiizeiro - árvore arbórea nativa do Cerrado brasileiro, e do tronco fizeram um pilão, posteriormente usado, ao mesmo tempo, por quatro

peças para a pilhagem de arroz. Devido ao tamanho, o pilão jamais pode ser removido do lugar de origem onde ficou até se decompor com o tempo, passando a ser ponto de referência do lugarejo.

Com a construção da rodovia MA-106, outras famílias passaram a residir nas proximidades, dando origem ao povoado de Pilão, anteriormente pertence ao município de Turiaçu, hoje sede do município de Turilândia, que significa cidade do rio Turiaçu, que se deu por conta de ser localizada nas margens do rio, sendo que as pessoas que nascem em Turilândia são chamadas de turilandense.

Desmembrado dos municípios de Santa Luzia do Paruá e Turiaçu, Turilândia foi elevada à categoria de município em 10 de novembro de 1994, através da lei estadual de nº 6183, sancionada pelo então governador do Estado José Ribamar Fiquene. Pode ser considerada uma cidade jovem, mas que já possui certa evolução na sua estrutura, comparada a outras cidades do Maranhão.

Os principais pontos turísticos do município são os lagos: Grande, Manigitiua, Jenipapo, Caberça, Goiabal, Joaquim Mané; os rios Turia, Paruá e Caxias, onde no período de cheia o acesso se dá por meio de botes canoas e no período de estiagem o acesso fica livre para carros e motos; os balneários de Quebra Pote e os torneios de futebol a nível local que são bastante apreciados pela juventude.

Figura 01. Estátua Santa Luzia - Centro de Turilândia MA.



Fonte: Mídia Prefeitura de Turilândia MA, 2024.

A culinária local tem como base o peixe em suas diversas modalidades e o ritmo musical mais apreciados pelos turilandenses é o reggae. Nos muitos festejos tradicionais, principalmente na zona rural do município, o melody e a seresta são os que agradam bastante. O aniversário da cidade conta sempre com uma grande festa, que apesar de ser 10 de novembro a comemoração acontece sempre no final do ano, geralmente nos dias 27 e 28 de dezembro, contando com shows gospels em um dia e bandas de forró e ou aparelhagens de som no outro.

A cidade de Turilândia MA, segundo o IBGE, tem uma área territorial de 1.507,622 km². A população residente de 31.638 habitantes, com uma densidade demográfica de 20,99 hab./km². O índice de desenvolvimento humano é de 0,536 (2010). A mortalidade infantil é 12,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2023).

Figura 02. Ponte rio Turiaçu liga cidades de Santa Helena e Turilândia.



Fonte: Mídia Prefeitura de Turilândia, 2024.

Figura 03. Vista aérea de Turilândia.



Fonte: Mídia Prefeitura de Turilândia, 2024.

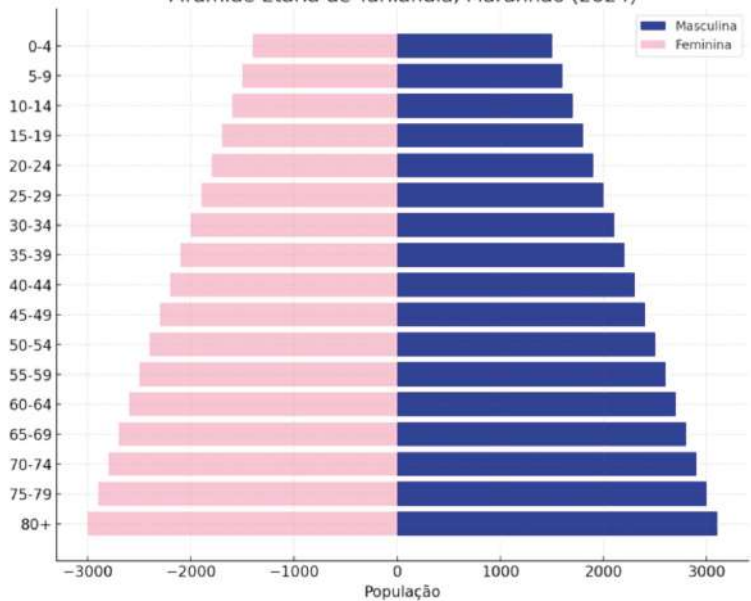
Turilândia possui uma população total de 31.638 pessoas, de acordo com o Censo de 2022 (IBGE, 2023). A população é composta por diferentes faixas etárias, destacando-se principalmente os jovens e os idosos. Este capítulo explora os avanços, desafios e superações na saúde do município, com ênfase na coleta do exame citopatológico, na aceitação da vacina contra o HPV e nas questões relacionadas à gravidez na adolescência.

A distribuição etária da população de Turilândia é a seguinte:

- Crianças e adolescentes (0 a 14 anos): Representam aproximadamente 30% da população total, equivalente a cerca de 9.491 pessoas.
- Adultos (15 a 64 anos): Esta faixa etária compõe a maioria da população, com cerca de 65%, ou aproximadamente 20.565 pessoas.
- Idosos (65 anos ou mais): Os idosos constituem cerca de 5% da população, totalizando aproximadamente 1.582 pessoas.

A pirâmide etária de Turilândia revela uma base larga, indicando uma população jovem, com um número significativo de crianças e adolescentes. A população idosa, embora menor, vem aumentando, refletindo a melhoria nas condições de saúde e a longevidade da população.

Figura 04. Pirâmide Etária de Turilândia.
Pirâmide Etária de Turilândia, Maranhão (2024)



Fonte: IBGE, 2023.

Turilândia está dividida em diversos bairros e comunidades que compõem a área urbana e rural do município. Cada território possui características próprias e uma dinâmica social distinta. A seguir, uma breve descrição dos principais territórios:

- Centro: É a área mais desenvolvida e urbanizada de Turilândia, onde se concentra a maioria dos serviços públicos, comércios e instituições. É o coração administrativo e comercial da cidade;
- Santa Luzia: Um bairro residencial com uma população significativa. Recentemente, tem recebido iniciativas de

desenvolvimento urbano e melhorias na infraestrutura;

- Tiago Marques: Conhecido por sua comunidade ativa e envolvida em projetos sociais e culturais. Possui áreas residenciais e pequenas áreas comerciais;
- Bacabeira: Um território em expansão, com novas construções e empreendimentos. É uma área que tem atraído novas famílias e pequenos negócios;
- Primavera, Outeiro e Limoeiro: Bairros predominantemente residenciais, com uma população diversificada. Esses bairros têm recebido melhorias em serviços básicos, como abastecimento de água e saneamento;
- Acampamento, Lago Bonito, Iguaçu e Santaninha: Comunidades rurais com uma forte ligação com as atividades agrícolas. Esses territórios são importantes para a economia local, especialmente na produção de alimentos e pequenos cultivos.

A diversidade dos territórios de Turilândia reflete a riqueza cultural e social do município. Cada bairro e comunidade contribui para a formação da identidade local e desempenha um papel essencial no desenvolvimento sustentável da cidade.

A REDE DE SAÚDE EM TURILÂNDIA

O setor saúde em Turilândia tem se fortalecido consideravelmente entre 2021 e 2024, com a ampliação da rede de atenção básica. Em 2021, o município contava com oito equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), oito equipes de Saúde Bucal e uma rede de Agentes Comunitários de Saúde. Em 2024, essa estrutura foi expandida para 13 equipes de ESF, 13 equipes de Saúde Bucal e 89 Agentes Comunitários de Saúde, garantindo 100% de cobertura de assistência à saúde no município.

A rede de saúde conta com coordenações específicas, como a Coordenação de Saúde da Mulher, Imunização e Epidemiologia, além de uma equipe de médicos especialistas, incluindo ortopedistas, gastroenterologistas, ginecologistas e profissionais capacitados para ultrassonografia. Essa diversidade de serviços proporciona uma assistência integral à população, abordando diferentes aspectos da saúde e atendendo às demandas específicas de cada grupo.

A rede hospitalar do município é composta pelo Hospital Municipal Pedro Lucas Fonseca, que conta com uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos. A implementação da equipe multidisciplinar (eMulti) – formada por fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos – visa proporcionar um atendimento integral e humanizado, abordando não apenas as questões de saúde física, mas também as necessidades sociais e psicológicas da população.

Além disso, as unidades de saúde têm se esforçado para implementar programas de prevenção e promoção da saúde, ao incluírem ações de vacinação, controle de doenças crônicas e educação em saúde. Um dos avanços mais significativos foi a introdução da vacina contra o HPV, essencial para a prevenção do câncer do colo do útero. Tanto a coleta do exame citopatológico quanto a vacinação são exemplos cruciais de cuidados preventivos que têm recebido atenção especial em Turilândia. No entanto, a aceitação dessas medidas preventivas enfrentou desafios, que foram abordados por meio de campanhas educativas e mobilização comunitária.

DESAFIOS NA COLETA DO EXAME CITOPATOLÓGICO

A coleta do exame citopatológico é essencial na vida das mulheres, sendo crucial para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. Segundo o Sistema de Informação de Saúde para Atenção Básica (SISAB), nos últimos três anos, de forma crescente, um total de 2.494 mulheres em idade fértil realizaram a coleta do exame. Em 2021, observou-

se uma baixa procura ao exame de citopatologia oncótica, com apenas 106 coletas realizadas. Nos anos subsequentes, de 2022 a 2024, houve um aumento significativo na adesão, resultado de um esforço contínuo de conscientização e mobilização para a prevenção.

Entre os principais desafios enfrentados pelas munições para realização do Papanicolau estavam:

- Infraestrutura insuficiente: Muitos postos de saúde careciam de salas adequadas para a coleta do exame e havia falta de equipamentos e materiais básicos necessários para a realização do exame;
- Capacitação dos profissionais: A necessidade de treinamento contínuo para enfermeiros e técnicos era evidente, especialmente devido à rotatividade de profissionais;
- Baixa conscientização: Havia um desconhecimento significativo entre a população sobre a importância do exame citopatológico. Medos e tabus culturais relacionados ao procedimento dificultavam a adesão.

ADESÃO À VACINA CONTRA O HPV

A introdução da vacina contra o HPV em Turilândia representa um avanço importante nas ações de saúde pública, visando a prevenção do câncer do colo do útero. No entanto, a aceitação da vacina entre a população, especialmente entre as adolescentes e suas famílias, apresentou desafios. Inicialmente, a resistência à vacinação foi atribuída a mitos, desinformação e à falta de compreensão sobre a relação entre o HPV e o câncer.

Para melhorar a aceitação da vacina, foram realizadas campanhas de conscientização que incluíam palestras em escolas, distribuição de materiais informativos e envolvimento da comunidade em eventos de saúde. Profissionais de saúde foram capacitados para abordar as preocupações

e dúvidas das famílias, enfatizando a segurança e eficácia da vacina. O resultado dessas ações foi um aumento gradual na vacinação, refletindo um compromisso com a saúde preventiva.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM TURILÂNDIA

A gravidez na adolescência é outro desafio importante enfrentado pelo município. Segundo dados extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SIMASC), em 2022 foram registrados 34 casos de gravidez na adolescência, enquanto em 2023, esse número caiu para 10 casos. Esse declínio é resultado de uma série de ações estratégicas implementadas para abordar a questão, incluindo:

- Educação Sexual e Reprodutiva: Realização de workshops e palestras em escolas e comunidades para informar adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva. Distribuição de materiais educativos e contraceptivos;
- Apoio Psicológico e Social: Oferecimento de suporte psicológico para adolescentes grávidas e suas famílias. Programas de orientação e acompanhamento para prevenir a repetição de gestações na adolescência;
- Parcerias e Colaborações: Colaboração com escolas, unidades de saúde e ONGs para desenvolver programas integrados de educação e saúde. Envolvimento de líderes comunitários para promover a conscientização sobre a importância da prevenção da gravidez na adolescência.

A HISTÓRIA DA PRÁTICA - “A EXPERIÊNCIA EXITOSA DO PREVENTIVO HUMANIZADO NO SUS”

A coleta de preventivo sempre foi um desafio observado ao longo dos anos no Maranhão. No recorte da cidade de Turilândia observamos

através do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) que durante o ano de 2021 foram liberados apenas 94 laudos, em 2022 foram 800 laudos.

A equipe onde foi concebido e implementado o projeto apresentava frequente rotatividade de profissionais; com isto, o elo e a confiança com as mulheres da comunidade do Santo Antônio não eram construídos, gerando assim uma série histórica negativa de quantidade de número de coletas de preventivo e de rastreio dessas mulheres.

Em janeiro de 2023, sentimos a necessidade e a urgência em melhorar essa captação do público feminino, em construir vínculos de confiança, garantir o acesso, fazer educação em saúde para as famílias e treinar todos os integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família para um atendimento humanizado.

Demos início com ações de capacitação da equipe, em especial por aqueles que estão na ponta, que conhecem cada família da comunidade, os agentes comunitários de saúde (ACS), que têm uma missão de conhecer todo o território e são os primeiros profissionais que chegam nas casas e levam as informações sobre saúde.

O treinamento teve, como foco principal, prover informações técnicas para o conhecimento sobre o exame do Papanicolau, a sua importância, o que ele vai rastrear e quais estratégias desenhar para que as mulheres do município tivessem acesso à Unidade Básica de Saúde, apesar de todos os seus afazeres domésticos, fora de casa, na roça, no rio.

A flexibilização de dias e horários para o atendimento era apontada pela equipe como uma situação primordial para que a população feminina pudesse fazer seu agendamento sem barreiras. Quando capacitamos os trabalhadores que estavam no território mudamos a forma de convencimento daquele público, proporciona-se maior esclarecimento de dúvidas, mitos e ideias pré-concebidas. A qualificação fortalece o conhecimento sobre o assunto e a mulher se sente segura por todas as informações prestadas pela equipe sobre o preventivo.

Muitos outros aspectos foram identificados que nos impulsionaram para aprimorá-los e adquirir êxito no preventivo. Além do primeiro passo, que foi a capacitação dos ACS, aquilo que levava a um grande descrédito do público feminino era o não retorno dos resultados, a perda de lâminas e a demora absurda quando estes laudos eram emitidos, cerca de 50, 60 e até 90 dias de atraso.

A coordenação Municipal da Saúde da Mulher foi uma grande aliada para a reorganização desse processo de redução do tempo de entrega dos laudos, buscando definir aquelas que são elegíveis para a coleta do preventivo através de listas de cadastros de todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos da área e sinalizando a cada quadrimestre as que precisávamos alcançar para a realização do citopatológico.

Com isso, foram excluídas as repetições de exames e redução do total de coleta e assim chegar à redução no tempo de espera diminuiu para 45 dias devido às atualizações das listas de mulheres de 25 a 64 anos e da persistência da coordenação de saúde da mulher, através da sistemática cobrança junto ao laboratório dos resultados de lâminas enviadas segundo o controle interno de planilhas e mapas de atendimento. Desta forma, foi sendo possível começar a desconstruir todo o histórico negativo de “negligenciamento” dos citopatológicos.

Conseguimos inserir um processo de humanização possível dentro da equipe e dentro da UBS: voltamos o olhar para a principal porta de entrada dessa usuária, buscamos melhorar o ambiente para que fosse acolhedor e onde ela se sentisse importante, vista, valorizada e com resolução efetiva na atenção primária.

Observamos o quanto esse conjunto de atividades influenciou de forma positiva a melhoria da adesão ao exame. As rodas de conversa em horário prévio ao momento da coleta se tornaram protocolo, e essa dinâmica deixava as mulheres confiantes, seguras e bem mais descontraídas, pois além de abordarmos sobre o exame citopatológico, também pautamos

nas orientações sobre a vida sexual, banho, tipos de absorventes e vários assuntos pertinentes e de interesse das mulheres.

O momento passou a ser usado com maior efetividade possível para a mulher, muitas se organizam de forma antecipada com seus afazeres domésticos para estarem ali. A equipe passou a olhar essa paciente como todo, as oportunidades não poderiam ser desperdiçadas. Os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites foram inseridos como triagem, além do peso, altura e pressão arterial.

A sala de coleta/atendimento passou a ser revista e reorganizada para receber essa mulher, apesar de ainda não termos uma estrutura apropriada com banheiro na sala, fizemos todo o possível para acolher bem as nossas mulheres. Adaptamos o biombo, lençol de EVA rosa ou lilás, uso da aromaterapia em difusor, como parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), promovendo uma boa satisfação emocional, física e relaxante. Duas gotas de lavanda são adicionadas na maca e no difusor para que ela pudesse inalar e sentir-se calma, acolhida e relaxada para o exame.

PARTICIPANDO E COMPARTILHANDO A PRÁTICA

A III Mostra “Maranhão, aqui tem SUS” aconteceu em maio de 2023, com 83 trabalhos inscritos, a experiência de Turilândia destacou-se sendo muito bem classificada, ficando em 9º lugar, logo pode concorrer nacionalmente na 18ª Mostra Brasil aqui tem SUS, do XXXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Após a seletiva estadual, a “Experiência exitosa do preventivo humanizado no SUS”, obteve na Mostra Nacional a melhor classificação da Região Nordeste – sendo premiada com o Prêmio IdeiaSUS 2023: FIOCRUZ É SUS, recebendo também o primeiro lugar pela OPAS. A prática concorreu com mais de 600 trabalhos de todo o Brasil, em Goiânia em julho de 2024.

A autora principal da prática, Andréa Abreu, após receber o “Prêmio Fiocruz é SUS”, participou da Oficina Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz 2024, que aconteceu no Campus Maré da Fiocruz no Rio de Janeiro. Nesse momento, conhecemos a nossa curadora Dra. Leila Adesse, que contribuiu efetivamente para aperfeiçoar a prática para que pudéssemos abrir os olhos a várias questões que norteiam o preventivo: conhecimento do território, oferta ampliada de serviços, acessibilidade ao exame, resultados em tempo hábil, conhecimento para todo o público feminino e da comunidade sobre a importância do preventivo, a capacitação contínua das equipes de saúde e a intersetorialidade. Esses foram pontos cruciais que fizeram o município e o estado refletirem sobre a efetividade e as responsabilidades de cada esfera de governo.

A prática possui suas fragilidades, fortalezas, oportunidades e debilidades. Todos os itens foram trabalhados com os demais membros participantes deste processo, que contou com a visita *in loco*, de Leila Adesse e de Claudia Le Cocq, da Curadoria IdeiaSUS Fiocruz, com a participação da gestão municipal, equipes de saúde e gestão estadual. Observamos o quanto teríamos que percorrer e mudar cenários para que as mulheres de Turilândia obtivessem o acesso humanizado à saúde que lhes é de direito e merecimento.

Durante a oficina realizada no município, enxergamos a prática de ângulos nunca pensados. A Visita Técnica iniciou com numa oficina presencial com a participação e fala do poder Legislativo da cidade de Turilândia, quando todos citaram a importância da prática, com a fala do gestor municipal Paulo Dantas que incentivou os projetos deste cunho e reforçou a importância de um atendimento humanizado no SUS. Em sua fala deixou explícito a grande responsabilidade em investir na atenção primária do município. Finalizou, agradecendo a presença da Fiocruz e o empenho da equipe do Santo Antônio I e de todos os profissionais que lutavam diariamente por uma saúde de qualidade.

Em continuidade, realizamos uma tarde de visitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para escutar e dialogar, em pequenos círculos, os profissionais das equipes sobre suas dificuldades, estratégias e conquistas no avanço da coleta do exame de preventivo. Conhecemos a estrutura e a organização dos atendimentos de cada Equipe de Saúde da Família (ESF).

O início das visitas se deu com as equipes da UBS Tiago Marques que funciona com toda sua estrutura ao lado da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Nesse momento inicial, tivemos a presença da secretária municipal de saúde Cristina Oeiras. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a enfermeira responsável da equipe e a técnica de enfermagem contaram sua experiência em manter a agenda aberta para preventivo todos os dias da semana.

A UBS recebe pacientes de todo o território do município, pois a sua localização centralizada na cidade permite que as usuárias tenham a primeira busca por atendimento. Na mesma Unidade, a equipe de saúde da Vila São Pedro também realiza seus atendimentos e tentam manter seus cronogramas alinhados para um funcionamento efetivo na unidade e nas atividades externas.

O acolhimento para um preventivo humanizado foi evidenciado nas duas equipes, uma vez que as mulheres das áreas de abrangência dessa UBS começaram a ter paradigmas quebrados sobre o medo e a dor referente ao exame. As duas enfermeiras, Heverly Correa e Alcilene Andrade, enfrentaram juntamente com os ACS, a resistência do público feminino, mas observaram como as condutas de acolhimento e sala de espera humanizada foram fundamentais para o aumento do público na realização do citopatológico.

A equipe de saúde da UBS Tiago Marques tem sob sua responsabilidade de área uma extensão ribeirinha, logo profissionais se deslocam de barco para o atendimento na comunidade de Turimirim. Os atendimentos são realizados na escola da comunidade, em que o exame

de preventivo é adaptado em uma das salas para que as mulheres daquela localidade não fiquem sem acesso a essa avaliação e coleta.

As equipes do Santo Antônio 1 e 2 também relataram suas experiências de como vinham evoluindo positivamente após a conscientização das equipes de ACS, da sala de espera acolhedora e do chamamento para o exame junto ao Programa Bolsa Família. A equipe do Santo Antônio 2 possui áreas de zona rural, localidades que são afastadas da unidade de saúde de referência, sendo o acesso a essas comunidades por estradas vicinais, e onde existem localidades que não há como coletar o preventivo. A estratégia utilizada por esta equipe para que essas mulheres sejam rastreadas são os agendamentos na UBS de referência, e, mesmo assim, algumas mulheres relatam não ter condições financeiras de pagar o seu deslocamento.

As falas de diferentes profissionais de saúde foram muito variadas, assim como seus alinhamentos e métodos para o alcance das mulheres de suas respectivas comunidades. O preventivo ainda é um grande tabu, cada equipe com suas especificidades e com soluções utilizadas no dia a dia. A relação do Programa Bolsa Família com o preventivo foi uma estratégia positiva, sendo utilizada em todas as equipes de saúde que resultou no aumento da procura pelo exame. Não podemos perder de vista que a qualidade da coleta e o acolhimento dessas mulheres são as principais formas de vincular as pacientes em sua Unidade de saúde de referência.

A equipe da UBS Santa Luzia realiza também a humanização do preventivo com algumas adaptações que são pertinentes ao seu território: realizam horário estendido mesmo não sendo equipe de saúde na hora, que são equipes credenciadas realizando horário estendido numa determinada localidade; adotam a estratégia de realizar o preventivo dentro de algumas áreas específicas, lugares adaptados fora da unidade de Saúde, para atingir as mulheres de determinada área.

No segundo dia da visita técnica, profissionais da saúde e da educação tiveram a oportunidade de conhecer, com mais riqueza de

detalhes, a prática Preventivo Humanizado e a matriz SWOT, ferramenta que possibilitou realizar uma análise dos pontos fortes e débeis para avaliar como melhorar, conhecer a situação atual. O planejamento estratégico é aplicado nas áreas que queremos desenvolver, observar capacidades, valores, qualidades, talentos especiais.

Nas debilidades, observamos os seguintes pontos:

- Entrega de resultados do preventivo fora do que é preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Falha na comunicação do município com o laboratório;
- Baixa credibilidade das mulheres;
- Estigma visão cultural – resistência;
- Não adequação de unidades básicas de saúde (sede) para realização preventivo;
- Vacinação fragilizada;
- Falta de capacitação para os agentes comunitários da zona rural;
- Recorrentes casos de HPV;
- Falta adequação da prática para as diferentes faixas etárias das usuárias;
- Não contratação de laboratório próprio pelo município.

Trabalhamos também as “oportunidades da prática” e tivemos os seguintes pontos:

- Apoio da gestão municipal como fortalecimento da prática;
- Desmistificar o estigma sobre o preventivo; (proibição pelo cônjuge, medo, não ter companheiro(a));
- Utilização do Bolsa Família como estratégia de captação;
- Inauguração do Hospital Municipal para ampliação dos PSF’S Santo Antônio 1 e 2;

- Vínculo direto da realização da prática com o apoio do Governo do Estado do Maranhão;
- Revisão da linha de cuidado da prevenção e tratamento do CA de câncer de colo;
- Pactuação na Comissão Intergestora Regional (CIR) para adesão de cotas extras de análise de lâminas em parceria com o estado;

Treinamento/capacitação para as equipes de saúde de família.

- As fortalezas construídas e apresentadas durante a curadoria foram as seguintes:
- Os Agentes comunitários de saúde (ACS) e a suas proximidades e permanência no território com a população;
- Compromisso da área técnica da saúde da mulher do município;
- Estratégia de busca ativa;
- Humanização da prática de coleta;
- Profissionais a frente da prática muito engajados (equipe);
- Estado interessado em melhorar a qualidade dos laboratórios - plano de estudos com proposta de operacionalização;
- Capacitação da equipe;
- Áreas diversas sobre a saúde da mulher (mamas e exame físico em geral);
- Médicos parceiros (Programa mais médicos);
- Prática como incentivadora de melhorias frente aos citopatológicos;
- A curadoria presente no município;
- Ações sociais realizadas com frequência;
- Programa Cuidar de Todos (equipamentos para todas as equipes de estratégia saúde da família do município - Programa estadual).

As ameaças também foram construídas em conjunto e na escuta dos profissionais durante a curadoria. Extraímos os seguintes pontos:

- A não adequação do espaço físico para coleta;
- Não adesão dos municípios em CIR (Comissão Intergestora Regional) para buscar melhoria do tempo de resultado dos exames e melhor comunicação com o município;
- O não investimento em melhorias de acesso à zona rural;
- A não redução do tempo de espera dos resultados dos citopatológicos;
- A não contratualização de um laboratório próprio para a leitura de lâminas.

No eixo das propostas tivemos muitos debates, quando profissionais presentes tiveram participação em cada ponto. Pelas fragilidades fomos construindo o que precisamos alinhar para a melhoria do citopatológico em todo o município:

1- Van móvel para aumentar a cobertura da coleta de preventivo - A van possui a função de adentrar localidades que não tem a estrutura mínima de coleta de preventivo, adentrando as comunidades e ofertando acesso a todas as mulheres da área. A aquisição poderá ser efetuada através de emenda parlamentar ou aquisição própria. O município está avaliando essa possibilidade para execução;

2. Melhoria/manutenção das estradas (acesso) – Em execução pela Secretaria Municipal de Infraestrutura que visa garantir acessibilidade das equipes nas comunidades da zona rural;

3. Treinamento com divisão de conhecimentos para equipe – a capacitação constante para todos os membros das equipes de saúde, trabalhando em forma de oficinas o papel de cada integrante para o fortalecimento do preventivo humanizado

em todo o município. Esta atividade já está em funcionamento e implantada no ano de 2023;

4. Laboratório próprio para o município – a contratualização de um laboratório da própria cidade para que possa dar mais celeridade a leitura das lâminas dos preventivos;

5. Participação da área da mulher com equipe Comissão Intergestora Regional (CIR) para resultado dos preventivos – a área técnica possui os conhecimentos legítimos das intercorrências no território, a coordenação de saúde da mulher e seus relatórios de problemáticas é fundamental para que a comissão intergestora local possa buscar melhorias para as problemáticas apresentadas;

6. Elaboração do Protocolo Operacional Padrão (POP) na saúde da mulher – o POP é extremamente necessário para organizar todas as condutas e fluxos no eixo da saúde da mulher tornando essa política mais fortalecida e resolutive. O governo do estado está finalizando o POP estadual de citopatológico, onde o município poderá se nortear para a adaptação de acordo com as necessidades e realidades local;

7. A necessidade do médico fixo nas equipes de Estratégia Saúde da Família (parceria entre médico e equipe) – A rotatividade de um mesmo profissional seja de contratação própria ou do Programa Mais Médicos sem cumprimento de carga horária por equipe realizando atendimento em duas ou mais equipes fragilizando a assistência médica na atenção primária e do programa em si. O prejuízo para as equipes e comunidades do território são diversas, sabemos da importância da integração das equipes, de seus trabalhos em conjunto em cada comunidade e acompanhamento dos indicadores de saúde daquela localidade, tudo isso fica comprometido quando não há vínculo do profissional com equipe e comunidade e a fragilização

devido a carga horária não cumprida por este profissional. A reorganização já está sendo realizada pela gestão, que entende a necessidade de vínculo e cobertura de cada equipe;

08. Confeção de mapas epidemiológicos para todas as equipes - O mapa epidemiológico tem como função nortear o acompanhamento de condições de saúde de um território e visto por agente de saúde. Dados como quantidade de pessoas, famílias, hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas, saúde mental, acamados, domiciliados, mobilidade reduzida, pessoas com tuberculose, hanseníase, crianças de 0 a 2 anos, quantidade de mulheres de 25 a 64 anos são exemplos de condições a serem acompanhadas mensalmente pelas equipes. As equipes de saúde do Santo Antônio 1 e Tiago Marques já possuem o instrumento desde 2022. A gestão e coordenações estão alinhando todos os indicadores para que seja padronizado e utilizados por todas as equipes de saúde da família do município;

09. Planilha de acompanhamento mensal para controle de coletas – As planilhas nominais de mulheres que estão com suas coletadas e resultados no território é um grande norteador para as equipes de saúde, desta forma o agente de saúde consegue identificar a mulher que está em atraso com sua coleta ou resultado e buscá-la de forma rápida e eficaz. O método começou a ser utilizado pela coordenação, o que tem estimulado as equipes e fortalecido o acompanhamento do citopatológico na área.

Dando continuidade à oficina, no período da tarde, foi realizado o trabalho de grupo: “O que é o preventivo humanizado”. A dinâmica levou os participantes a interagir, refletir e a discutir sobre a humanização. Os participantes foram divididos em três grupos que escreveram e apresentaram em cartazes as suas definições sobre o tema:

Grupo 1: intitulou-se como “prevenção” e trouxe os seguintes pontos: “a humanização começa na busca ativa entre ACS e as mulheres de 25 a 64 anos”, “sala de espera: tirando dúvidas e criando um ambiente seguro”, “coleta humanizada”, “resultados tirando dúvidas e encaminhando caso necessário para o ginecologista.”

Grupo 2: denominou-se “indecisos” e levou as seguintes pontuações: “Capacitação em equipe”, “a importância do convite”, “sala de espera”, “olhar humanizado”.

Grupo 3: lançou o nome para a equipe de “feminilidade” e citou as seguintes palavras sobre o preventivo humanizado: “acessibilidade”, “acolhimento” e “integralidade”.

Grupo 4: chamou-se “equipe aconchego” e fez as pontuações do preventivo humanizado como “no acolhimento que inicia desde a abordagem do ACS no território”, “na receptividade da mulher na UBS”, “na avaliação clínica da paciente como plano de cuidados criterioso que visa o seu bem-estar em vários ambientes, seja físico ou psicológico”, “satisfação da paciente após o preventivo”.

Após a apresentação dos grupos, voltamos à reflexão de nossas atividades frente ao preventivo, onde os profissionais conseguiram definir de forma participativa e conjunta o que realmente é um preventivo humanizado e o seu olhar e impacto no território e na saúde das mulheres do nosso município.

As propostas lançadas e a Oficina trabalhada na curadoria contribuíram de forma grandiosa para o fortalecimento da saúde da mulher no eixo de preventivo. Foram momentos de encaminhamentos de demanda e discussões salutares de suas possibilidades de execução a fim de aumentar a cobertura de citopatológicos e melhorar o rastreio das nossas mulheres.

A equipe pioneira da prática na UBS Santo Antônio conseguiu inserir na comunidade a confiança e credibilidade do exame e mudar o cenário de agenda vazia para a realização do preventivo, a soma de forças entre a equipe tornou-se um elo que fortalece o preventivo humanizado dando seguimento contínuo para o sua expansão e seu fortalecimento.

Pela gravidade dessa situação, o Governo do Estado do Maranhão, pela Superintendência de Atenção Primária e Vigilância, definiu pela prioridade de inclusão de mais um laboratório de referência para a Regional de Saúde de Pinheiro, a qual o município de Turilândia está inserido. Esta definição se deu para fechar a lacuna do tempo de espera em até 20 dias úteis da entrega dos resultados dos citopatológicos, permitindo, assim, o rastreio e o tratamento em tempo oportuno para mulheres que possuem alterações em seus exames e com desfecho favorável na própria atenção primária.

As Unidades da zona rural ainda enfrentam dificuldades de acesso em tempos de chuva; a realidade é que todas as estradas que ligam a cidade de Turilândia aos povoados ainda são estradas vicinais e que em períodos chuvosos sofrem bastante com a força da água. Apesar das dificuldades de acesso a muitas localidades, a coleta de exame não deixa de ser pensada por todo corpo profissional.

Durante a realização da curadoria no município de Turilândia foram lançadas propostas para a melhoria da oferta do preventivo, para a acessibilidade às comunidades de acordo com suas especificidades e demais situações apresentadas pelos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família.

Melhorias na infraestrutura, capacitação dos profissionais, campanhas de conscientização eficazes e facilitação do acesso são fundamentais para promover a saúde da mulher e prevenir o câncer do colo do útero. As lições aprendidas em Turilândia podem servir de modelo para outras localidades enfrentando desafios similares, destacando a importância de uma abordagem integrada e multifacetada para a saúde pública.

DEPOIMENTOS E FALAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SUS DE TURILÂNDIA

Depoimento 1: Miryan - Usuária do SUS



Eu me chamo Miryan, sou moradora da cidade de Turilândia e vim aqui falar um pouco com vocês sobre os nossos queridos agentes de saúde que nos orientam a manter a nossa saúde em dia e, principalmente também para as mulheres o preventivo. O preventivo é um exame muito rapidinho, mas que facilita muito a nossa vida em relação à prevenção contra o vírus HPV. O HPV é um

vírus responsável pelo câncer do colo do útero e quanto mais cedo a gente souber, mais rápido vamos fazer o tratamento, que é a queimação das verrugas que pode ser realizada pelo SUS, tudo é pelo SUS. Então não custa nada a pessoa vir fazer o preventivo e manter a saúde ok, o atendimento é muito rápido, você fica super à vontade, então vamos aqui manter nossa saúde em dia, nosso preventivo em dia pelo menos uma vez no ano e é rapidinho em menos de dez minutos vocês estão liberadas e felizes da vida como eu”.

Depoimento 2: Nete - ACS ESF Santo Antônio 1



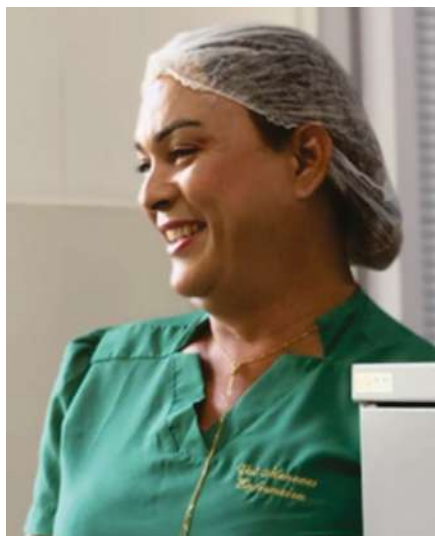
O preventivo humanizado é a melhor forma de conquistarmos e atrair as mulheres até a UBS para fazer o preventivo. A equipe Santo Antônio 1 e os demais PSF aqui de Turilândia tivemos o treinamento de como captar as mulheres da melhor forma com carinho e bastante cuidado. Aprendemos que o preventivo humanizado utiliza da consulta de enfermagem, passando pela coleta do exame,

momento de grande intimidade entre o profissional e a mulher focando no atendimento digno e humanizado. Eu, depois que fui treinada, consegui captar cinco mulheres que rejeitavam o exame. Falei da importância do preventivo e contei a elas da recepção que é excelente. E quando elas chegaram até a UBS ficaram felizes em ver que lá o atendimento e o preventivo são humanizados. Saíram da UBS felizes.

Depoimento 3: Valdiney Menezes Ferreira – Enfermeiro ESF Santo Antônio 1

Em relação ao preventivo, estamos tendo uma resposta muito rápida, por momentos encontramos algum tabu, tem mulheres que chegam até aqui e inventam alguma história para ir embora, e nós respeitamos suas decisões. Porém, temos pacientes que vêm de outra área nos procurar, nós a atendemos, fazemos uma produção e enviamos ao enfermeiro a qual essa paciente pertence. O que não se pode é: deixar ela ir embora sem atendimento.

Está sendo muito gratificante para mim, que sou uma enfermeira recém-formada, e sempre via como algo gigantesco, trabalhar na cidade, e principalmente em frente a um PSF, porém aqui estou eu, com essa equipe preparada que eu tenho, e o medo se tornou minúsculo. Se tornou um campo fácil de percorrer e cada dia a gente vê que o trabalho está fluindo, e o melhor de tudo é sermos reconhecidos por todo esforço e dedicação nosso de cada dia.



Saúde e comunidade devem estar casados, porque é maravilhoso você conquistar as pessoas, depois da conquista pode entrar gestor e sair gestor, mas aqui e ali eles pedem por você, as vezes não é nem o político que pede, mas sim a própria população, devido à prestação de serviço com excelência que você executou.

Depoimento 4: Herverly – Enfermeira

Me chamo Herverly, sou enfermeira aqui da unidade há três anos e meio da unidade Thiago Marques, tenho onze agentes de saúde. Meu público é de umas três mil e quinhentas pessoas mais ou menos, é uma cobertura muito grande do público feminino. Minha área tem mais de seiscentas mulheres e estamos gradualmente trazendo essas mulheres, porque como a gente já venceu muitas resistências com relação há o quer: com questão delas confiarem



somente no particular e não darem credibilidade ao nosso que é “de graça” que elas pagam mais não sabem, e questão de mitos em relação a achar que dói, e a questão dos preventivos não chegarem no prazo que também era um problema já foi sanado com a coordenação de Luana vemos que ela se esforça, entregamos as coletas pra ela, ela fica cobrando os resultados ao e questionando o porquê da demora. Em relação à entrega dos resultados, é nós enfermeiros que lemos o resultado as pacientes e, se houver algum problema, aí que encaminhamos ao médico. Nós estamos tendo muitos problemas como: a gente detecta o problema nic 1,2 e 3, porém o acesso a cura e o acesso ao tratamento tá muito complicado pelo SUS mesmo. Não só a nível daqui é a nível Brasil e a nível estadual que tá complicado essa questão de tratamento, porque corremos atrás, fazemos de tudo e damos o nosso melhor em prol dessas mulheres.

Depoimento 5: Cristina Oeiras - Secretária Municipal de Saúde

Se eu quero ser um bom profissional e se eu quero fazer a diferença na vida das pessoas, eu tenho escolhas. Suas escolhas, suas consequências! Se eu estou numa missão, se eu estou em um cargo, tenho que ser responsável por ele. A gente quando só pensa no final do mês, sem me importar e sem considerar as pessoas, alguma coisa vai dar errado. Porque uma hora a conta chega.



Então é isso! O SUS é para quem tem paixão, o SUS é visceral, o SUS é para quem acredita que pode fazer a diferença na vida das pessoas, mas só faz a diferença quem acredita nessa missão.

Depoimento 6: Entrevista da ACS Eliane com a usuária Flávia em um dia de preventivo.

ACS: Eu gostaria que a senhora nos falasse como foi o seu atendimento aqui em nossa UBS Santo Antônio 1.

Flávia: Foi perfeito, sempre quando venho aqui neste posto, sou muito bem atendida principalmente pela ACS e por toda a equipe, eu não tenho o que reclamar de nada, para mim são maravilhosos tanto no atendimento, na preocupação e interesse por cada paciente, para mim é tudo perfeito eu amei.

ACS: E você indica esse atendimento e serviços da nossa UBS para outras pessoas?

Flávia: Sim, com certeza eu vou até falar para minhas filhas e minhas amigas, pois é muito importante realizarmos os testes rápidos e o preventivo, pois qualquer coisa que for logo detectado no momento da coleta, a gente já inicia o trabalho e isso é perfeito. A equipe está de parabéns pelo compromisso e dedicação, existe uma preocupação com o bem-estar de cada um de nós.

Depoimento 7: Júnior - ACS ESF Santo Antônio 2, do povoado Geraldo e Rita



Quando começamos a gente tinha muita dificuldade em fazer a coleta do preventivo porque não tínhamos um local para fazer. Sabemos que o preventivo tem que ter um local bem seguro para as mulheres, porque elas não se sentiam bem em fazer em qualquer lugar, e não poderíamos fazer porque lá não tem uma base

para elas fazerem esse exame, elas têm dificuldades de vim pra Turilândia. Aí Liliane começou as visitas no povoado e elas começaram a conhecer a profissional que ela é. Liliane é uma pessoa muito carismática e é uma pessoa que atende muito bem, e através desse elo elas começaram confiar e apesar de ser muito distante elas começaram a vim pra cá “Turilândia” a fazer seu exame com Liliane. Mais no começo tinha uma resistência, por que quando comecei lá, o que acontece!? Elas falaram assim: Júnior nem adianta a gente fazer porque o resultado nunca vem, aí falei! Olha isso foi um problema que aconteceu um dia e hoje em dia não aconteceu mais, aí começou vim uma, duas. Pro resultado vir passava uns 45 dias, um mês ou até menos chegava, bem aqui tem como provar que já chegou o resultado dela, aí através disso uma vai falando uma pra outra e vai aumentando a demanda de mulheres, não pelo fato de ser distante mais a maioria são beneficiários do bolsa família e eles venham uma vez no mês praticamente por que não tenham transporte fixo para tarem vindo direto na unidade, aí nessas datas agente se programa e alinha, às vezes não é dia de coleta mais eu vou e falo pra Liliane e ela fala: “Júnior pode mandar que arrumo um jeitinho de atender elas, com muita dificuldade e em poucas quantidades tá vindo mulheres”.

A Humanização na saúde é um conceito construído por relacionamentos interpessoais de qualidade, questões estruturais e éticas. A humanização da prática de coleta do citopatológico é vital para a prevenção da morbimortalidade do câncer do colo do útero, considerado um dos agravos à saúde das mulheres totalmente prevenível.

É inaceitável que mulheres em todo o mundo estejam morrendo por conta do câncer de colo do útero porque não têm acesso a vacinas capazes de salvar vidas, exames e tratamento (Ani Shakarishvili, Consultora Especial do UNAIDS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos após a premiação nacional foram extensos. Melhorar aquilo que já havia sido reconhecido e premiado era tarefa de toda equipe e de todo o município. A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES) reconheceu a grande relevância da prática e abriu espaço no órgão para que tudo fosse compartilhado aos 217 municípios através do Programa “Cuidar de todos”. Este programa equipou com mais de 15 itens todas as equipes de estratégia saúde da família do estado, totalizando 2.259 equipes de saúde. Nestes itens continham macas ginecológicas, focos, balança, aparelho de PA e demais itens necessários para fortalecer vários eixos da estratégia onde o preventivo estava incluso.

Por fim, entendemos que os resultados dos exames em tempo oportuno são parte fundamental da humanização que havíamos implementado para a construção do projeto. Apesar disso, sentimos que ainda estamos distantes do ideal de proporcionar às mulheres de Turilândia uma janela de espera com tempo menor. A experiência de Turilândia demonstra que, apesar dos desafios, é possível aumentar a adesão ao exame citopatológico, promover a adesão da vacina contra o HPV e reduzir a gravidez na adolescência pelo esforço coordenado e contínuo.

Turilândia continua a avançar, com a perspectiva de novos desenvolvimentos e melhorias contínuas em sua infraestrutura de saúde, e a premiação da prática mostrou um compromisso com o bem-estar de sua população. Os esforços conjuntos das equipes de saúde, da administração municipal e da comunidade são um exemplo inspirador.

REFERÊNCIAS

IBGE. (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/turilandia.html>. Acesso em: 17 de julho de 2024.

PUND (2024). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/turilandia.html>. Acessado em: 17 de julho de 2024.

5

Região Centro-Oeste | Juara, Mato Grosso

PLANEJAMENTO ORIENTATIVO DO CTA/SAE SOBRE PROTOCOLO DE PEP ÀS FARMÁCIAS DO VALE DO ARINOS NO MUNICÍPIO DE JUARA (MT)

Cristiani de Souza Ávila

Michelli Zanol

Carla Fabiani Riva

Jéssica Duquini Santana

Haroldo Hatanaka

Odenir Carvalho

Adriana Moro

Aryana Carla Assumpção Silveira

Introdução

A prática de Juara-MT tem seu diferencial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pela aplicação de práticas extramuros da equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS (CTA/SAE) de Juara de forma itinerante, com a finalidade de aumentar o número de pessoas testadas para Sífilis e HIV, e a melhor adesão à Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP).

As ações da prática iniciaram pela constatação de que algumas pessoas não procuravam o serviço público de saúde e, em contrapartida, frequentavam preferencialmente as farmácias para uso indiscriminado de pílulas do dia seguinte e o tratamento era inadequado, agravando o quadro desses pacientes.

Então foram organizadas ações do SUS nas farmácias da rede privada da cidade de Juara para realização dos testes rápidos. Este processo iniciou no mês de julho de 2019, durante a campanha “Julho Amarelo”, mês da luta contra as hepatites virais. A partir desta campanha começou um trabalho de conscientização dos profissionais das farmácias numa parceria entre estes e o serviço público, visando a profilaxia completa para ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), não apenas a venda de pílulas do dia seguinte para controle de gravidez indesejada.

No ano de 2023, esta prática foi apresentada e premiada na 18ª Mostra Aqui Tem SUS, do XXXVII Congresso Nacional das Secretarias de Saúde Municipais de Saúde (Conasems), sendo laureada pela Fundação Oswaldo Cruz com o prêmio IdeiaSUS: Fiocruz é SUS, representando toda a região Centro-Oeste do Brasil. Esta premiação inclui a prática no processo de Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz e este artigo é um dos seus produtos.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO

Quando os primeiros homens brancos chegaram ao território do atual município de Juara, dominavam toda a região os povos indígenas Kayabí. O que se repetiu ao longo dos séculos. Todavia, a partir da década de quarenta a incursão dos brancos se tornou notável no território indígena, devastando seringais às margens do rio Arinos, chamado período da terceira Borracha, que culminou com os indícios dos “tempos modernos” de Juara, os quais tiveram como referência a cidade de Porto dos Gaúchos. Juara primeiramente foi chamada como Gleba Taquaral, nome dado pela Sociedade Imobiliária da Bacia Amazônica (SIBAL), em 1971. Um ano depois, em 1972, a região passou a ser denominada como Juara. O nome foi escolhido pelo pioneiro e um dos fundadores, o senhor José Olavo Girardis Gonçalves, que faleceu em 8 de janeiro de 2016.

A cidade de Juara está localizada no noroeste do Estado do Mato Grosso, foi reconhecida como município em 14 de dezembro de 1981,

sendo nomeado José Paraná como primeiro prefeito da cidade. E o primeiro prefeito eleito foi José Geraldo Riva, em 1983. Sua população está estimada em 34.906 (CENSO, 2022). Situada a 640 km da capital Cuiabá, faz divisa com os municípios de: Tabaporã, Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos, Nova Maringá, Brasnorte, Castanheira, Juruena, Nova Monte Verde, Nova Bandeirantes e Alta Floresta. O município é o polo da região do Vale do Arinos, composto por três outros municípios: Porto dos Gaúchos, Tabaporã e Novo Horizonte do Norte, sendo considerado um dos principais da região noroeste do estado.

Figura 01. Foto do município de Juara.



Fonte: site da Prefeitura de Juara, 2024.

O nome da cidade de Juara, segundo é relatado pelos mais antigos, é uma sugestão inspirada num livro sobre índios da região amazônica. O significado do nome tem duas versões: a primeira é que o nome se originou da junção dos nomes dos rios Juruena e Arinos, formando a palavra “Juarinos”, posteriormente simplificada para Juara; e a segunda que Juara é palavra de origem tupi, termo usado em tribo amazônica, significando ‘menina moça’.

Em Juara, há uma gama de tradições e locais que refletem a alma e a história da cidade, desde o Hino de Juara, o encontro de pessoas na Ponte

sobre o Rio Arinos, a Praça dos Colonizadores - onde tem uma estátua exposta do pioneiro e fundador da cidade de Juara -, o jogo de damas e ginástica dos idosos, vôlei de areia, e não podemos esquecer de nossa feira livre que acontece todos os domingos com os produtos de nossa terra. Nas comunidades rurais sempre acontecem festas com churrascos, comidas maravilhosas, bailão, sendo a maior a Festa do Postinho.

Tu nasceste junto a natureza,
De um encontro de rios cristalinos,
Dos indígenas és a beleza,
Entre os rios Juruena e Arinos.
Tens aqui lindos véus e cascatas,
Claro céu e verde das matas,
Uma tela de raro esplendor,
Que com tinta de luz, Deus pintou...
(Estrofe do Hino de Juara/MT)

Os rios do município pertencem a Grande Bacia do Amazonas, sendo os principais deles o Rio Arinos, Rio dos Peixes e o Rio do Sangue. Como atrativo turístico realiza-se o Festival de Pesca no Rio Arinos, uma tradição no mês de setembro. A região é riquíssima em rios, cachoeiras e encantos naturais. Os principais pontos turísticos da cidade são a Ilha do Netinho e a cachoeira Teodoro (Japuranã). Outras importantes atividades da região são a Exposição Agropecuária do Vale do Arinos Expovale, que acontece geralmente no mês de agosto; e a Festa de São Cristóvão realizada pela igreja católica, com o ato religioso de bênção dos veículos e caminhoneiros.

A principal fonte da economia do município no início da colonização eram o café e a extração da madeira. Apesar de estar escassa, a madeira ainda faz parte da economia, mas o destaque se dá com o setor agrícola e pecuário que mantém a estabilidade econômica do município, agregado ao comércio em geral de diversos gêneros. A cidade ocupa a 20ª posição entre os cem municípios com os maiores PIBs agropecuários do país.

Como a saúde de Juara se organiza

A rede municipal de saúde de Juara é composta por nove unidades básicas de saúde, sendo elas: Equipes Saúde da Família (ESF) Jardim América, Porto Seguro, Califórnia, Alvorada, Paranaguá, Santa Cruz, Centro, Rural, Paranorte; e oito pontos de Apoio da Zona Rural, sendo eles: Comunidade Jaú, Comunidade Catuaí, Comunidade Águas Claras, Comunidade Rio dos Peixes, Japuranã, Banco da Terra, Linha 3, Água Boa; 1 Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE) que atende a população de Juara e dos Municípios do Vale do Arinos em HIV/AIDS e Hepatites B; um Hospital, denominado: Hospital Municipal de Juara; uma unidade SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; um Laboratório Municipal; uma Unidade de Coleta e Transfusão (UCT); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1); Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Ambiental/Centro de Zoonoses; Secretaria Municipal de Saúde; uma Farmácia Central; uma Distribuidora Central de Medicamentos; um Centro de Assistência Médica Especializada composta por ginecologista, pediatra, cirurgião geral, neurologista, otorrinolaringologista, psiquiatra e cardiologista); um Ambulatório de Atenção Especializada e regionalizada, atenção à Hanseníase, Tuberculose e Leishmaniose; uma Unidade Descentralizada de Reabilitação, com atendimento de fisioterapia, ortopedia, psicologia, fonoaudiologia, nutricional; um E-Multi (Equipe Multidisciplinar) e uma Sala de Vacina Central.

Linha do tempo da prática premiada de Juara

A equipe do CTA/SAE de Juara tem feito um importante trabalho de orientação e testagem rápidas em campanhas realizadas no Município de Juara e Vale do Arinos, com destaque especial em campanhas de Carnaval, Julho Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho, desde o ano de sua fundação no ano de 2004. Essas campanhas acontecem

nas praças públicas, escolas e unidades de saúde do município; empresas privadas que realizam o convite; prostíbulos, bares, presídios, fazendas, clubes da terceira idade, entre outros.

No ano de 2019, a equipe foi em busca de novos públicos para realização de testagem rápida e expandir informações sobre o protocolo de PEP (profilaxia pós-Exposição sexual) a mais profissionais do Vale do Arinos. Foi onde surgiram os questionamentos: que público precisamos testar? Quais profissionais orientar? Após levantada a problemática, observou-se que era preciso sair das unidades básicas de saúde e do CTA para as ruas da nossa cidade.

Visando primeiramente a campanha que se aproximava, o Julho Amarelo em 2019, mês dedicado ao combate às Hepatites Virais, foi pensado em elaborar materiais informativos para os salões de beleza sobre os cuidados em compartilhar os objetos perfurocortantes e esmaltes, devido ao vírus da Hepatite B ter alto poder de contaminação e sobreviver por vários dias em materiais que não foram submetidos a autoclave e sobreviver no esmalte. Foram entregues materiais informativos, realizadas orientações, mas a testagem nos salões de beleza não foi possível realizar.

Figura 02. Campanha de Testagem Julho Amarelo.



Fonte: arquivo da prática, 2019.

Foi iniciado então a campanha CTA Itinerante, com a testagem em vários pontos comerciais da cidade de Juara, como mercados, lojas agropecuárias, comércios de equipamentos e maquinários agropecuários. Em 2019, houve também um aumento significativo de exames positivos de sífilis e pacientes com muita dificuldade de baixar os títulos de VDRL (Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas). Desta forma, foi iniciado o atendimento a pacientes com sífilis, que não sabiam do seu diagnóstico, que inicialmente estavam sendo tratados como alergias pelas farmácias da cidade e que não estavam realizando o tratamento adequado com Benzetacil. Foi o despertar para responder os questionamentos anteriores e o início da busca deste público que frequenta as farmácias, e orientar os profissionais que atuam nessas drogarias.

A farmácia é geralmente o primeiro local de saúde que as pessoas têm acesso, um público que muitas vezes nem chega a procurar unidades básicas de saúde, clínicas ou hospitais. Muitos desses clientes que vão até as farmácias não utilizam totalmente o SUS, não frequentam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realização de consultas e, tampouco, as campanhas realizadas de testagem de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. A farmácia, neste sentido tem um horário estendido que facilita para as pessoas que trabalham em horário comercial. Nessas campanhas nas farmácias foram atendidas pessoas que positivaram para HIV/AIDS, Hepatites B e para Sífilis. Todos os pacientes aderiram ao tratamento, e com isso criamos uma barreira para que esses pacientes não contaminassem outras pessoas com os vírus.

Com esse olhar voltado às farmácias, foi realizada uma reunião com a Equipe do CTA/SAE para planejar como se poderia ajudar esses profissionais a terem o conhecimento sobre a PEP. Foi realizado também material orientativo, através de apresentações utilizando datashow, sobre o protocolo de PEP para estes profissionais, com as orientações específicas de acidentes ocupacionais com perfurocortantes, pois foi percebido que muitos destes profissionais tinham dificuldades em realizar o protocolo. O

que chamou mais a atenção foi sobre a PEP sexual, pelo fato de que muitos desses profissionais das farmácias não o conheciam, existe uma venda elevada de pílulas do dia seguinte e queda na venda de preservativos.

A utilização inadequada de contraceptivo de emergência é contínua. Ainda que haja conhecimento deste medicamento, o seu uso constante, principalmente pelos jovens, pode resultar em gestações inesperadas de forma generalizada, seja por erros, interrupções de outros meios de anticoncepção ou casos inoportunos, e o escanteio de outros métodos de prevenção mais indicados e seguros para saúde do organismo feminino (Almeida *et al.*, 2015).

A pílula do dia seguinte é um método utilizado para a prevenção de gravidez pós coito. Este medicamento atua na interrupção do ciclo reprodutivo da mulher. O levonorgestrel estimula a secreção de glicodelina-A pelo endométrio. Essa substância diminui a aderência do espermatozoide à zona pelúcida do ovócito, também dificultando ou impedindo a fecundação (Drezett *et al.*, 2011).

Ao contrário da pílula de uso regular, a contracepção emergencial é um mecanismo para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida ou por razão de violência sexual com efeito imediato se ingerida logo após o coito não podendo ter seu uso frequente, de forma rotineira (Brasil, 2011; 2014).

Na oportunidade dessas capacitações, foi falado um pouco sobre a PREP Profilaxia Pré-Exposição que estava sendo incorporada no CTA de Juara, como mais uma profilaxia de prevenção combinada contra o vírus do HIV. Para não atrapalhar o fluxo de atendimento das farmácias, a equipe do CTA/SAE realizava as orientações 30 minutos antes do início do expediente com todos os profissionais.

Quadro 01. Resultado da Primeira Campanha de Testagem.

Municípios	Farmácias	Clientes	Hepatite B	Sífilis	HIV	ADESÃO AO TRATAMENTO
Juara	11	235	02	06	01	Todos
Novo Horizonte	03	-	-	-	-	-
Porto dos Gaúchos	03	-	-	-	-	-
Tabaporã	06	-	-	-	-	-
Total	23	235	-	-	-	Todos

Fonte: arquivo da prática, 2024.

Buscou-se a parceria com as farmácias do município de Juara para a confecção de brindes para as pessoas que realizam a testagem, como a doação de lixinhas de unhas e palitinhos para anexarmos nos materiais informativos que foram preparados para campanha de “Julho Amarelo”, bem como a entrega de preservativos. Algumas farmácias enfeitaram o seu estabelecimento para chamar atenção do público com balões e realizaram sorteio de brindes para as pessoas que realizaram a testagem. Observou-se aqui uma ótima aceitação pelos proprietários e funcionários de todos os estabelecimentos participantes.

Com esta orientação foi conseguido ampliar o conhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde sobre PEP a demais profissionais da saúde e orientar de forma individualizada cada cliente que chegava até a farmácia e aceitava realizar a testagem. Foi possível firmar parceria entre a rede pública

e privada, pois os profissionais começaram a encaminhar pacientes que iam até as farmácias para comprar a pílula contraceptiva de emergência, para realização do protocolo de PEP no prazo de até 72 horas. Outro ponto muito positivo desta campanha extramuro foi o quantitativo de testes rápidos que foi conseguido realizar, em especial em pessoas que nunca haviam sido testadas ou que nem conheciam o teste rápido. Foi realizada testagem em população de várias localidades da cidade, classes econômicas, idade, sexo e religião e detectamos testes positivos para HIV, sífilis e hepatite B.

A parceria entre o público SUS e as farmácias privadas no município de Juara foi fundamental para o sucesso da campanha contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Aqui estão alguns pontos importantes que destacam a importância e o impacto dessa colaboração:

1. **Realização de Testes Rápidos:** O fato de terem sido realizados 235 testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C em 11 farmácias demonstra a acessibilidade e conveniência dos serviços de saúde para a população local;
2. **Resultados e Intervenções:** Os resultados da campanha mostraram que houve 1 caso positivo de HIV, 2 de hepatite B e 6 de sífilis identificados. Essa detecção precoce é crucial para o início imediato do tratamento e para a prevenção da disseminação dessas doenças;
3. **Orientações e Panfletagem:** A equipe do CTA SAE de Juara não apenas realizou testes, mas também ofereceu orientações sobre PEP (Profilaxia Pós-Exposição) aos profissionais das farmácias. Além disso, a panfletagem com orientações para os clientes das farmácias ajuda a aumentar a conscientização sobre práticas seguras de saúde sexual. Fonte: www.gov.br Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDt);
4. **Encaminhamentos e Fluxograma:** A criação de um fluxograma para encaminhar pacientes das farmácias para o CTA de Juara

para iniciar o uso de PEP é uma medida organizacional crucial. Isso garante que as pessoas expostas a riscos de infecção possam receber cuidados especializados rapidamente;

5. **Contexto e Motivação:** A parceria foi motivada pela venda indiscriminada de pílulas do dia seguinte e pela baixa procura pelo uso de preservativos e de PEP. Essa abordagem proativa visa abordar diretamente os comportamentos de risco e melhorar as práticas de saúde sexual na comunidade.

Essa colaboração entre setores público e privado não só facilita o acesso aos serviços de saúde, mas também fortalece a resposta local às IST, contribuindo para a saúde pública e o bem-estar geral da população de Juara. A seguir temos o depoimento de um usuário que realizou testagem em uma das farmácias na campanha de Julho Amarelo:

Era mais uma manhã comum de serviço pesado para mim, obra pra entregar, patrão cobrando, mas eu precisava comprar um analgésico para eu poder conseguir trabalhar, a coluna estava judiando, estava me sentindo fraco, então eu fui na farmácia lá do bairro, comprei o meu analgésico e a moça do caixa da me ofertou um teste rápido que tinha uma equipe de saúde realizando testagem para essas doenças aí que pegam no sexo, eu nem sabia que existia teste rápido para isso, fiquei curioso e resolvi perguntar para as meninas que estavam lá até que horas elas estariam realizando esses testes e se o resultado saia na hora mesmo, elas me explicaram certinho e que só levariam alguns minutinhos na hora eu não podia porque eu tinha que voltar pra obra e recusei fazer o teste, mas a moça falou que a equipe iria ficar até o mais tarde, aí eu fiquei com aquilo na minha cabeça, se não seria bom eu fazer já que era de graça e já tinha um tempo que eu havia me separado da minha esposa, e tava começando a namorar.

Voltei pra obra, assentei as cerâmicas lá, aí a massa acabou e já tava quase na hora do almoço, então eu resolvi voltar lá na farmácia, lavei minhas mãos e fui. Eu cheguei e fiz minha ficha, logo eu já fui chamado pra fazer os testes, a moça me

explicou que seriam realizados quatro testes pra ver se eu tinha hepatite, sífilis e o HIV eu chamava de AIDS, não sabia muito bem a respeito.

Quando a moça da saúde olhou as plaquinhas ela pediu para eu ficar mais um pouquinho ali conversando comigo que precisa de uns minutinhos para meu exame sair o resultado e a ela foi conversando comigo, perguntando se eu era casado, se tinha relação sexual sem preservativos, aí me mostrou as plaquinhas que tinham dado negativo e deixou pra mostrar a plaquinha de HIV pro final, pra deixar ficar sem outra pessoa na mesa do lado, na hora eu pensei deve ter dado uma coisa alterado. Ela foi bem discreta e falou senhor deu um resultado alterado aqui, vou precisar que o senhor nos procure amanhã de manhã sem falta no CTA/SAE para a gente conversar e confirmar o resultado, porque nesse exame aqui de triagem está dando reagente para HIV, aí no papel do resultado do teste ela me passou o endereço e o telefone, e pediu para eu manter a calma...

Chegando lá eu fui muito bem recebido pela equipe, elas me atenderam muito bem, repetiram meu exame, fez um outro exame confirmatório e aí confirmou mesmo que deu positivo, explicaram que o HIV não é um bicho de sete cabeça, que tem tratamento e que a pessoa vive normal. Agendaram uma consulta com o doutor e coletaram um exame pra mandar pra Cuiabá chamado carga viral, eu já saí com os medicamentos no mesmo dia que passei em consulta com o médico. A equipe me orientou a usar preservativo e se conseguisse contar para a minha namorada, sobre o resultado seria bom fazer o teste rápido nela também, na minha cabeça ela também já estaria contaminada... até que uma noite quando ela foi na minha casa pra gente namorar eu tomei coragem e contei, ela ficou com muito medo, mal ela me tocou naquele dia, mas eu entendi a reação dela.

No outro dia eu fui com ela no CTA, as meninas conversaram com ela e foi feito a testagem, graças a Deus deu negativo... foi Deus que me mandou ir naquela farmácia aquele dia que a equipe do CTA estava realizando teste de HIV, pois eu descobri a tempo de não adoecer, e principalmente de não transmitir o vírus.

Pode ser observado neste primeiro depoimento que o fato do teste estar sendo realizado na farmácia, e também fora do horário de trabalho, fez toda a diferença para a testagem e posteriormente o tratamento deste paciente. A mesma pessoa, em outra oportunidade, deixou claro para a equipe um aspecto importante para o entendimento da situação de ter um diagnóstico do HIV, o preconceito sofrido e o medo de falar sobre seu diagnóstico abertamente para as parceiras:

Hoje, eu não preciso contar para as minhas parceiras sexuais que tenho o vírus porque eu realizo o tratamento corretamente e minha carga viral é indetectável, mas me cuido com o uso de preservativo. Eu tentei outras vezes voltar a me relacionar com essa namorada que eu estava na época que descobri o HIV, mas infelizmente ela tem preconceito de se relacionar com alguém positivo.

Em outro momento este usuário disse que precisava conversar com a equipe do CTA/SAE um assunto particular e que estava sem jeito de falar, mas foi orientado que poderia falar, que estavam à disposição para ouvi-lo e ajudar no que fosse preciso e novamente o assunto da sexualidade veio à tona:

Assim, meninas, eu fico até meio sem jeito de falar isso com vocês, é um assunto muito particular, mas sabe o que é? Eu depois que descobri esse problema, está tão difícil de eu arrumar uma namorada, será que não teria como vocês falarem o nome de uma mulher na minha faixa etária que seja uma pessoa sozinha que também tenha o HIV para eu estar conversando, para tentar um relacionamento? Porque seria tão mais fácil eu namorar alguém que também tenha o vírus, a gente se entenderia melhor, faria o tratamento juntos, teria menos preconceito.

Nestes momentos de dúvida a equipe do CTA/SAE aproveita para explicar outras faces do tratamento do HIV, que é um diagnóstico sigiloso e que não se pode falar quem tem ou não o vírus, e que independentemente com quem o paciente for se relacionar é essencial ele fazer o uso de

preservativos. Que mesmo aquelas pessoas que se relacionam com alguém que também convive com o vírus HIV é necessário realizar a prevenção, pois existem pessoas com vírus de genótipos diferentes, conhecidos também como genes mutantes, que pode haver trocas de vírus e depois o tratamento não ser mais eficiente.

Neste aspecto é importante salientar que o dever do CTA é sempre orientar as pessoas que o uso do preservativo se faz necessário sempre, para profilaxias de outras doenças como hepatites, sífilis, e demais IST. Este caso exposto nos faz refletir como o paciente se sente, e que certamente outras pessoas que vivem com HIV também pensam da mesma forma que ele, e que infelizmente o preconceito é o que acaba dificultando o tratamento e o dia a dia das pessoas.

Segundo Reis *et al.* (2011), a qualidade de vida de pessoas soropositivas é afetada principalmente no domínio da atividade sexual. Isto pode estar relacionado a várias dificuldades, como conviver com o HIV/AIDS, compartilhar o diagnóstico, medo de perder o parceiro pelo adoecimento e pelos conflitos, mágoas e ressentimentos que podem estar envolvidos na aquisição do HIV.

Supõe-se que essa diferença na vivência do soro concordância e soro divergência se deve em muito à crença equivocada de que quando a parceria é composta de duas pessoas soropositivas pode-se abrir mão do uso do preservativo, pois ambos possuem HIV e não há, então, o risco de transmissão. Entretanto, essa prática é considerada insegura já que expõe os parceiros à troca de diferentes tipos de vírus, podendo causar resistência à TARV, além de expô-los a outras doenças sexualmente transmissíveis (Silva & Camargo Junior, 2011).

É comum pessoas que são diagnosticadas com HIV ficarem muito impactadas com o diagnóstico e o associarem diretamente, inclusive, com o fim da vida. Torna-se um desafio elaborar e enfrentar a nova realidade e as dificuldades sociais e emocionais que tendem a surgir. Junto a elas, vários são os impasses no campo da sexualidade (Freitas, Gir & Fugerato, 2002).

DESDOBRAMENTOS DA PRÁTICA

A partir desta primeira campanha em julho de 2019 foi observada a necessidade de expandir as orientações às farmácias das demais cidades do Vale do Arinos e testagem rápida. Ampliando as informações sobre onde conseguir a PEP através de informativos como folders e confecção de banner entregues primeiramente nas Unidades Básicas de Saúde do Município e, posteriormente, em cada farmácia de Juara. Levou-se informações sobre a importância de procurar o CTA para realização de testagem rápida e o uso de PEP após relação sexual desprotegida em veículos de comunicação como de TV, rádio e internet.

A equipe CTA/SAE Juara continuou o trabalho extramuros levando a testagem e levando o conhecimento sobre PREP e PEP à população que trabalha em fazendas distantes, escolas e madeireiras. Durante a pandemia, as campanhas de testagem rápida foram reduzidas, mas foi conseguido realizar as orientações às equipes multiprofissionais que atuam no SUS, e uma orientação para todos os agentes de saúde do município de Juara, principalmente pelo fato de terem mais acesso às pessoas e conhecerem a realidade e dificuldades de sua própria área territorial.

Foi produzida uma orientação em especial aos profissionais dentistas do Vale do Arinos, tanto da rede pública como privada, sobre o uso de PEP, PREP e profilaxia de IST, já que os profissionais dentistas eram os que mais procuravam o CTA para uso de PEP pós-acidente ocupacional com perfurocortante.

Um momento muito importante da prática foi o trabalho em equipe onde todos os autores envolvidos se dedicaram para que a experiência acontecesse e que ainda está acontecendo dia após dia. Após realizar todas essas campanhas nas farmácias de Juara e Vale do Arinos, uma apoiadora do Cosems incentivou a equipe a enviar a prática para o XXIII Encontro Estadual do Cosems/MT em 2023, a partir da prática realizada em 2019

com o Tema “PLANEJAMENTO ORIENTATIVO DO CTA/SAE JUARA/MT – SOBRE PROTOCOLO DE PEP ÀS FARMÁCIAS DO VALE DO ARINOS”, onde a mesma foi premiada.

Após a experiência exitosa ser premiada pelo Cosems/MT, foi premiada também a nível Nacional, na Mostra Brasil aqui tem SUS do Conasems, em Goiânia, com o “Prêmio IdeiaSUS Fiocruz 2023, categoria melhor prática do Centro Oeste”. O processo dessa prática vencedora do Município de Juara deu uma ampla visibilidade para outras equipes dos CTA/SAE realizarem e darem continuidade a seus atendimentos com novos projetos a partir do que foi apresentado nesses congressos.

Figura 03. Equipe CTA/SAE de Juara recebendo o prêmio IdeiaSUS Fiocruz, em 2023.



Fonte: arquivo da prática, 2023.

A partir da premiação IdeiaSUS - “Fiocruz é SUS: direito universal à saúde, equidade e democracia”, também uma das autoras da prática foi convidada a participar de uma atividade presencial em uma Oficina na Fiocruz RJ, onde foram apresentadas as experiências dos cinco municípios premiados, com as gestoras da curadoria Claudia Le Cocq e

Marta Magalhães, além da curadora da prática de Juara, Adriana Moro. O município de Juara teve um momento para sua apresentação e comentários da curadora e coordenadoras, ampliando a visão dos profissionais da prática e direcionando para desdobramentos. Foi realizada uma programação com a participação de autoras (es), com reuniões *online* mensais para o processo de curadoria e escrita do artigo.

A seguir, temos o depoimento da equipe do CTA/SAE em relação ao recebimento do prêmio e o acompanhamento com a curadoria:

Receber um prêmio e a aprovação de entidades como a Fiocruz é um sinal de que o trabalho realizado é de alta qualidade e impactante. Isso traz um senso de orgulho e validação para a equipe do CTA/ SAE de Juara. A colaboração das curadoras da FIOCRUZ foi muito importante para que esse projeto continuasse na escrita do artigo para o livro, compartilhando a experiência através de Web, reuniões online, e inspirando outras equipes para realizar projetos de suas experiências vivenciadas em seu cotidiano. Com o reconhecimento, pode haver um aumento nas expectativas e na responsabilidade de manter e ampliar os padrões de qualidade e inovação estabelecidos. A visibilidade e o prestígio podem criar uma pressão adicional para continuar a excelência e enfrentar novos desafios.

No dia a dia as campanhas nas farmácias continuaram com impacto importante, como pode ser percebido no discurso de um dos donos das farmácias parceiras:

Após as orientações dos protocolos de IST, HIV/AIDS, PEP e PREP que estão no Ministério da Saúde, que o pessoal do CTA/SAE nos deu, a gente começou encaminhar com mais frequência para eles os nossos clientes das farmácias que tinham relação sexual desprotegida ou rompimento de preservativo. Essa parceria com o SUS foi surpreendente para nós e vem tendo resultados muito positivos.

Teve um aumento significativo de dispensação de PEP sexual para as pessoas que iam comprar a pílula do dia seguinte, lembrando que, geralmente, quem realiza a compra são os homens e esses profissionais realizavam a orientação para esses clientes. Isso tudo aconteceu devido à parceria do CTA/SAE com os esses profissionais.

Verificamos nas orientações que tinham alguns profissionais que ofertavam o tratamento de sífilis inadequado, ou seja, tratamento errado com o uso de 1.200 de Benzetacil, muitos desses pacientes não davam a continuidade para o tratamento e esse paciente não ia na rede do SUS e não era notificado. Também foram orientados os profissionais sobre a importância do tratamento adequado para essa IST e sobre a notificação, conforme é indicado pelo protocolo de tratamento de sífilis do Ministério da Saúde.

Lane, Heal & Banks (2019) já comentavam que a falta de conhecimento necessário tem gerado um despreparo e algumas incoerências nas atitudes e práticas de diferentes profissionais têm contribuído para algumas ações que não estão no protocolo de enfrentamento ao HIV/AIDS e de outras IST, além de certa forma gerar um preconceito embutido e estigma a estas infecções.

A equipe CTA/SAE Juara/MT continuou realizando atendimentos aos pacientes e devidas orientações. Na semana em comemoração do Dia Internacional da Mulher, a equipe foi convidada para conceder uma entrevista na *Rádio Tucunaré* em horário de maior audiência, levando informações sobre o protocolo de PEP e PREP e demais orientações sobre as IST, na qual o CTA/SAE recebeu homenagem pelo serviço prestado ao município de Juara e região. Foi muito interessante este dia, pois ainda no momento da entrevista recebemos um áudio de Silvia Sirena (primeira-dama da cidade de Juara), elogiando a Equipe do CTA/SAE ao vivo. Trazendo emoção para toda a equipe pelo reconhecimento do trabalho a nível local e nacional, o que traz muita motivação.

Como um dos desdobramentos da prática premiada pela IdeiaSUS Fiocruz em 2023 foi a seleção para fazer parte da Mostra de Trabalhos do 1º Congresso do Cosems/MT, realizado em Cuiabá, com a temática “Qualificação multidisciplinar na prevenção, controle e assistência em IST e HIV/AIDS”. Neste congresso, pode-se perceber o impacto positivo que o CTA/SAE de Juara/MT proporcionou aos demais SAE de Mato Grosso, pois indiretamente incentivou-se outros municípios a estarem registrando e levando suas experiências exitosas a nível estadual.

Aconteceu também um bate papo orientativo com a equipe multidisciplinar em todos os ESF do município de Juara e Vale do Arinos onde iniciou-se sempre com o seguinte questionamento: qual expectativa que cada um tem ao chegar ao fim do bate papo? Sendo a expectativa mais citada pelos profissionais: o conhecimento. Outra pergunta realizada sempre ao iniciar o bate papo foi qual o principal desafio que a equipe visitada enfrentava em relação ao CTA/SAE. Pôde-se perceber que o principal desafio são os protocolos.

Durante este bate-papo abordamos diversas ações extramuros que as unidades podem realizar para ampliar as informações de promoção e prevenção à saúde, bem como a testagem da população em geral, mulheres que amamentam, fazem uso de anticoncepcionais, em escolas (principalmente para adolescentes a partir dos 15 anos de idade, terceira idade, prostíbulos e pontos comerciais do bairro). O objetivo é ofertar testes rápidos, PREP e orientações de IST para populações diferenciadas de diversas classes sociais porque o SUS é para todas, todes e todos.

As equipes multidisciplinares de várias unidades de saúde encontram-se com dificuldades em ofertar a PREP, principalmente para os homossexuais, devido poderem ser taxados de preconceituosos ou de incentivar o não uso de preservativo, pois em uma cidade menor ainda existe muito estigma e preconceito, e relataram que para alguns pacientes que ofertam a PREP eles já fazem o uso e são atendidos no CTA/SAE de Juara.

Foi trabalhado com as equipes que o uso de prevenção combinada associada a um acolhimento eficaz é muito importante para redução de infecções ou até mesmo para extingui-las. Porém, muitos profissionais da saúde que não são especialistas em HIV têm enfrentado alguns empecilhos, em especial a falta de tempo para aconselhamento e monitoramento de rotina dos pacientes, desconforto em questionar sobre orientação e práticas sexuais, bem como um despreparo em relação aos conhecimentos adequados das diretrizes existentes em seu território para manejo do HIV (Hakre *et al.*, 2016; Wilson, *et al.*, 2019; Lane, Heal & Banks, 2019).

Abordada também a necessidade de uma descentralização do CTA/SAE de Juara, pois cada UBS deve realizar suas campanhas relacionadas às IST, principalmente nas escolas o Programa Saúde na Escola (PSE) e ter o CTA/SAE como apoio. A descentralização para as UBSs é vista como importante, mesmo com as dificuldades encontradas, conforme pode ser verificado no discurso de uma das enfermeiras das UBSs de Juara:

A descentralização dos serviços do CTA SAE para as UBS e serviços de especialidades é um passo importante para ampliar o acesso à saúde e melhorar a cobertura de atendimento. Apesar das dificuldades, abordá-las com estratégias bem elaboradas e um planejamento eficaz pode resultar em um sistema de saúde mais integrado e eficiente, beneficiando a população de forma mais abrangente.

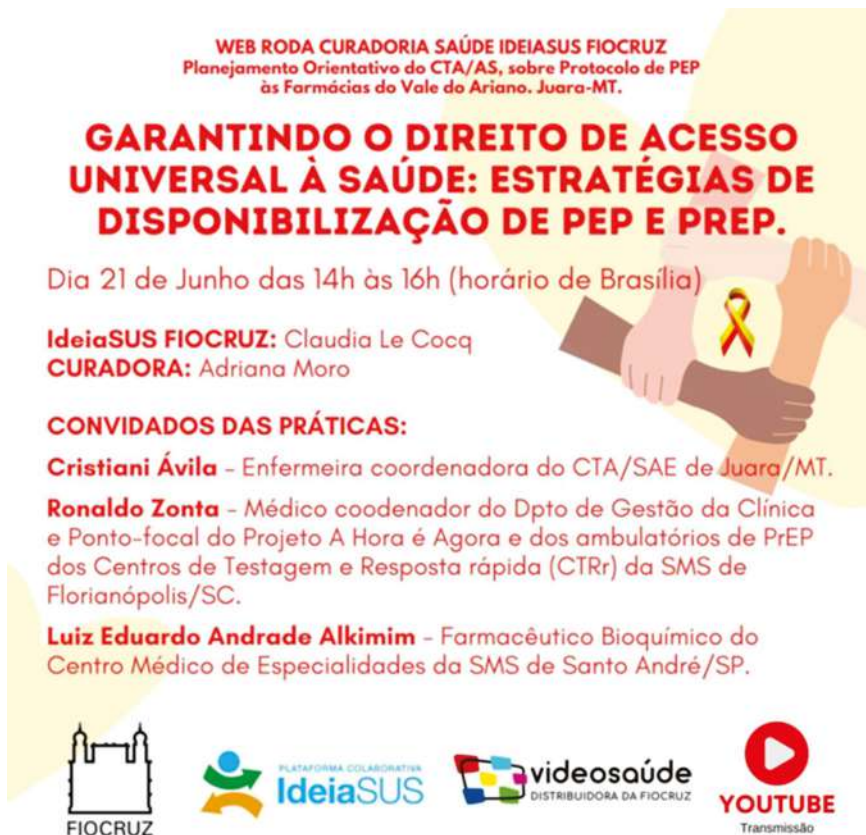
Durante todas essas rodas de bate papo foram esclarecidas dúvidas referentes ao protocolo de PEP, em especial como orientar o paciente desde o primeiro contato, ainda na recepção do estabelecimento de saúde. Durante uma dessas conversas com o agente de saúde que nos relatou uma experiência que tinha acontecido com ela:

Um dia no período da tarde apareceu um paciente no ESF do Alvorada onde trabalho falando que queria tomar a PEP porque o preservativo rompeu em uma relação sexual. No momento da conversa com o paciente fiquei aflita e desesperada, porque estava sem a enfermeira e sem o médico que tinha saído para fazer visita domiciliar, e eu estava ajudando na recepção, mas daí lembrei de uma orientação que a equipe do CTA/SAE de Juara tinha feito para as ACS falando sobre PREP e PEP e que tinha um panfleto dentro de minha bolsa. Então peguei o panfleto e falei para o paciente procurar o CTA/SAE de Juara, pois estava sem o profissional e o paciente foi até o CTA, onde foi ofertado a PEP. Ela disse que a salvação foi aquela orientação e o panfleto que tinha falando da PEP.

Através desse relato da ACS, pode-se verificar o quanto foi importante as capacitações para os profissionais. O paciente, através da agente de saúde, conseguiu ser atendido em tempo oportuno, ou seja, dentro das 72 horas, conforme segue o protocolo de PEP do Ministério da Saúde.

No dia 21 de junho, das 14h às 16h, foi realizada uma Web Roda de Saúde IdeiaSUS Fiocruz, da prática “Planejamento Orientativo do CTA/SAE, sobre Protocolo de PEP às Farmácias do Vale Arinos/Juara-MT. Com o tema: Garantindo o Direito de Acesso Universal à Saúde: Estratégia de Disponibilização de PEP e PREP”.

Figura 04. Convite virtual Web Roda Curadoria IdeiaSUS Fiocruz.



Fonte: arquivo da prática, 2024.

Participaram da roda, como mediadoras, a curadora Adriana Moro e Claudia Le Cocq da IdeiaSUS Fiocruz; como palestrantes, Cristiani Ávila, enfermeira e coordenadora do CTA/SAE de Juara/MT, Ronaldo Zonta, médico coordenador do Departamento de Gestão da Clínica e ponto-focal do Projeto A Hora é Agora e dos ambulatórios de PREP dos Centros de Testagem e Resposta rápida da SMS de Florianópolis/SC, e Luiz Eduardo Andrade Alkimim, farmacêutico/bioquímico do Centro Médico de Especialidades da SMS de Santo André/SP.

A Web Roda foi acompanhada pelo corpo profissional dos municípios através do canal YouTube da VídeoSaúde Fiocruz. Link da gravação: https://www.youtube.com/watch?v=-ob87gyfB8U&ab_channel=IdeiaSUSFiocruz

O CTA/SAE de Juara apresentou sua experiência e foram abordadas várias outras experiências importantes. Percebeu-se que as dificuldades de protocolos de PEP e PREP, independentemente de ser capital, cidade grande ou pequena, são as mesmas e o público que está fazendo o uso de PREP são os homossexuais e parceiros sorodiferentes.

O que chamou muita atenção sobre experiência de Santo André/SP foi sua Equipe Ambulatorial Móvel, um sonho, porque o CTA/SAE de Juara realiza várias Campanhas extramuros, sendo muito difícil, pois não tem lugar adequado, mesas ou cadeiras.

O farmacêutico Luiz Andrade mostrou que eles foram capazes de realizar esse sonho, e que as dificuldades não são muito diferentes de Juara com os pacientes, profissionais e descentralização. Mas é necessário não desistir e sempre preparar os profissionais através de protocolos do Ministério da Saúde, para saber como abordar e tratar o paciente de PEP e PREP.

Já a experiência de Florianópolis apresentada pelo médico Ronaldo Zonta, abordou vários assuntos e práticas diversas. Por Florianópolis ser uma capital, o SAE tem vários pontos de apoio. Ele ainda falou sobre a importância das UBS testarem mais, pois são a nossa porta de entrada, sendo a descentralização a melhor opção para os SAE, mas também se encontra com dificuldades para os profissionais ofertarem mais a PREP, pois muitas vezes as equipes estão desfalcadas com falta de profissionais, entre outras dificuldades. Para minimizar ou acabar com o HIV, as equipes devem ser treinadas, capacitadas, pois a equipe de UBS precisa saber tratar uma pessoa com HIV/AIDS.

Ronaldo ainda completou: “não podemos pôr um fim ao HIV, mas podemos testar mais e tratar o quanto antes esses pacientes para que fiquem

indetectáveis, pois um paciente indetectável para o HIV é um paciente não transmissível”. Comentou também sobre a PREP ter o maior público composto por homossexuais e os pacientes sorodiferentes, por terem mais informações, conhecimento, facilidade aos meios de comunicação. Falou também que em Florianópolis tem a Teleprep, autoteste nas UBS e sobre uma máquina dispensadora de PREP que tem em São Paulo.

Após a premiação e todo o movimento promovido pelo processo da Curadoria IdeiaSUS Fiocruz, a Secretaria de Saúde do município de Juara começou a dar mais credibilidade para o CTA/SAE, visando uma melhoria para o trabalho ser contínuo com prevenção e promoção à saúde; aumentou o número de procura de PEP e PREP; aumentou o bom relacionamento da equipe com pessoas homossexuais. E estes foram os nossos meios também para aumentar a procura da PREP, onde os próprios pacientes faziam nossa propaganda com seus amigos, compartilhavam em suas redes sociais realizando testagem rápida.

No dia primeiro de dezembro de 2023, dia D de luta contra o HIV/AIDS, foi realizado um podcast do Cosems/MT, no qual o paciente Leandro deu um depoimento sobre o uso de PREP. Ele ajuda bastante nosso SAE de Juara, pois a propaganda iniciou por ele e depois se estendeu para as demais populações LGBTQIA+. Neste mesmo podcast a enfermeira Cristiani do SAE também falou a importância e toda orientação sobre HIV a todas as IST, PEP e PREP, através da mídia que é a nossa apoiadora do Cosems que nunca mediu esforços e apoiou sempre as campanhas e projetos realizados neste SAE.

O QUE CONTRIBUIU POSITIVAMENTE PARA O SUCESSO DA PRÁTICA

A principal contribuição foi a parceria dos proprietários das farmácias e dos funcionários por terem aceitado as orientações antes do início de seu expediente. Assim como a participação do público de cada

farmácia para as testagens rápidas, sendo que muitos destes clientes não conheciam e nem tinham informação sobre teste rápido de HIV, hepatite B e C e sífilis, e o conhecimento sobre PREP e PEP.

O trabalho em equipe foi essencial no planejamento, sendo verificado uma maior união dos serviços e do comprometimento com o serviço. Através dessa experiência, a equipe do CTA/SAE começou a realização de estudos de protocolos, educação continuada realizada semanalmente na sexta-feira, resultando em um trabalho harmonioso, humanizado, tendo assim um serviço para os usuários do SUS com mais qualidade.

Em algumas unidades de saúde ainda há dificuldades sobre o protocolo de PEP, pois todas as vezes quando os pacientes são atendidos nas unidades de saúde de Juara e Vale do Arinos, sempre entram em contato com CTA/SAE de Juara, com dúvidas de como realizar o tratamento de PEP. Com isso, torna-se visível a importância da educação continuada com as equipes e comprova que não está atualizando as informações sobre o protocolo de PEP, sendo importante a educação continuada de cada unidade de saúde.

Durante as reuniões de curadoria da Fiocruz foi abordada essa dificuldade de adesão ao protocolo de PEP, pois é extenso, e existe a troca frequente dos profissionais que foram capacitados. A Equipe do SAE refletiu na possibilidade de um acesso mais fácil e rápido a esse protocolo, à disposição dos profissionais de saúde. Então foi pensado em um protocolo de PEP resumidamente acessado por meio de um QR-Code. Debatesmos essa ideia junto a curadoria e com esta tecnologia do QR-Code foi conseguido disponibilizar e expandir este protocolo primeiramente aos profissionais de saúde que atuam na rede pública do Vale do Arinos.

A VISITA TÉCNICA DA CURADORIA

Figura 05. Visita a Aldeia YTU - Cachoeira no município de Juara-MT pela Curadoria IdeiaSUS/FIOCRUZ em 19/08/2024.



Fonte: Arquivo da prática, 2024.

Nos dias 19 e 20 de agosto a Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz chega em Juara com sua equipe profissional: - Claudia Le Cocq da gestão da Curadoria, Adriana Moro curadora da prática do município de Juara/MT e a assistente voluntária da curadoria Aryana Carla Assumpção, que estiveram visitando *in loco* o município.

No primeiro momento do encontro presencial com a prática, no dia 19 de agosto de 2024, aconteceu um café da manhã onde foi possível escutar e trocar muitas ideias com as presenças do prefeito, da primeira-dama, da secretária de Saúde, da diretoria do Hospital Municipal Elidia Machietto Santillo, de representantes dos usuários e do Conselho Municipal de Saúde. Depois foram visitadas algumas unidades que são parceiras da prática, como hospital, maternidade, UBS, farmácias e a Aldeia Indígena Ytu, seu posto de saúde, a cachoeira e sua incrível e verdejante paisagem.

Já no segundo foi realizada uma atividade presencial na qual envolveram-se mais de 60 profissionais de todo o Vale do Arinos. Neste encontro, Cristiane Ávila apresentou a linha do tempo do processo diferenciado da prática que construíram com o apoio do Cosems/MT, o qual também estava presente apoiando o evento com a sua representante Midiã Rissotte.

Claudia Le Cocq apresentou primeiramente a Plataforma IdeiaSUS Fiocruz, incentivando o registro de outras práticas na plataforma dando publicidade às iniciativas do Sistema Único de Saúde, depois o Prêmio IdeiaSUS: FIOCRUZ É SUS, e o livro e o documentário do Canal Saúde, da Fiocruz, que são os produtos finais da Curadoria em Saúde. Além de comentar sobre a importância de participar das Mostras Aqui tem SUS do Conasems.

Em seguida, a curadora Adriana Moro falou sobre o processo de Curadoria e seus desdobramentos, apoiada pela assistente da curadoria voluntária Aryana Silveira. Na parte da tarde aconteceu a oficina com a participação colaborativa de profissionais das diversas áreas que atuam junto ao CTA/SAE, sendo realizadas dinâmicas em grupos com apresentações dos resultados alcançados.

Nesta oportunidade, aconteceram lindas apresentações artísticas, dois lanches especiais, distribuição de muito brindes, dinâmicas de grupo para promover o entrosamento e sensibilizar sobre o assunto.

Figura 06. Foto do encontro presencial da Prática do CTA/SAE e profissionais do Vale do Arinos durante a visita da Curadoria do IdeiaSUS/FIOCRUZ no dia 20/08/2024.



Fonte: Arquivo da prática, 2024.

Foi um momento especial para reunir os profissionais de saúde tanto do SUS quanto os profissionais das farmácias da rede privada, que relataram que nunca tinham tido a oportunidade de participar de uma atividade conjunta.

A colaboração entre o setor público e privado pode trazer muitos benefícios para o sistema de saúde como um todo, e é ótimo ver que isso está acontecendo em Juara e Vale do Arinos. Foram momentos muito agradáveis onde foi perceptível o empenho na discussão dos assuntos propostos, a troca de experiências entre os diferentes pontos da rede e, ao final, a proposição de ideias com o objetivo de aprimorar a prática premiada e promover a sua sustentabilidade, sendo um exemplo a ser replicado em todo o Brasil. As proposições serão discutidas com todos os pontos da rede verificando sua viabilidade. Entre estas proposições estão:

- Criação da E-Carteira (CTA), documento digital que poderá acompanhar o paciente em todas as consultas que ele for;
- Grupo de Apoio no CTA e criação de uma rede de apoio tele virtual (capacitação da equipe de acolhimento e monitoramento por parte da equipe, de forma remota), amparo psicológico mais intensivo;
- Intensificar a Busca Ativa em conjunto com as UBSs;
- Aumentar a capacitação das equipes de saúde;
- Aumentar a área de distribuição da medicação (parceria com as farmácias privadas);
- Criar protocolo de acolhimento;
- Disponibilidade de um carro mais adequado para as atividades extramuros (ex.: ônibus);
- Aumentar a capacitação das ACS para recolhimento de informações, promoção e prevenção à saúde;
- Ofertar testes rápidos na triagem e acolhimento uma vez ao ano em todas as unidades de saúde;
- Melhorar a divulgação (criar canais de comunicação: rádio, TV, rede social, mural);

- Criação de grupo para enviar materiais como o protocolo, para melhor acesso aos agentes de saúde e demais trabalhadores;
- Criar projetos de prevenção das IST para jovens e adolescentes nas escolas.

Considerações Finais

Boas políticas públicas só serão efetivas quando, na prática, profissionais da ponta se comprometerem em realizar ações superando os obstáculos das suas realidades singulares. Foi isso que aconteceu no município de Juara/MT. Os profissionais do CTA/SAE, observando a não adesão dos munícipes nas testagens rápidas oferecidas pelo sistema público, encontraram um meio de fazer uma parceria com o sistema privado; nesse caso, com as farmácias.

Esta prática é inovadora e, por isso, foi reconhecida e premiada com o “Prêmio IdeiaSUS Fiocruz 2023, categoria melhor do Centro Oeste”. Desta forma, recebendo a curadoria, durante todo o ano de 2024 para que pudesse ser sistematizada.

Em geral, todos queremos sistematizar e todos reconhecemos sua importância. Todavia, poucos podem afirmar que fazem isso, como escreveu Oscar Jara Holliday (2006). Pois parece que sistematizar requer um esforço extraordinário e muito especializado. Pode-se perceber que realmente é um desafio, mas como podemos verificar no texto que se seguiu, é possível. Os apontamentos descritos, assim como os desafios a serem superados, podem ser semelhantes em diversos outros municípios do país. A sistematização pode ser utilizada como ferramenta para multiplicar o modelo seguido por Juara.

Por fim, podemos afirmar que as realidades distintas realidades do território brasileiro merecem ser investigadas, pois mostram a potência das políticas públicas. Assim como nos dão a possibilidade de inovar no acesso e na qualificação dos profissionais que estão “na ponta”, pois é ali que acontece a transformação da realidade e o cuidado segundo os princípios do SUS.

Ficam como desafios para a prática de Juara continuar as ações que já fazem e foram premiadas; estender as ações para mais localidades, como, por exemplo, aldeias e fazendas; descentralizar os atendimentos; apoiar as diversas equipes para que todos possam prestar a melhor assistência possível aos usuários do SUS que precisam de PrEP e PEP; utilizar mais da tecnologia disponível para encurtar o caminho entre profissionais e usuários.

Referências

- Almeida, F. B., de Sousa, N. M. M., Barros, G. L., de Almeida, F. B., Farias, P. A. M., & Cabral, S. A. A. O. (2015). Avaliação do Uso de Anticoncepcionais de Emergência entre Estudantes Universitários. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(3), 49-55. <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3720>.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Ministério da Saúde. <http://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2016/05/Anticoncep%C3%A7%C3%A3o-de-emerg%C3%Aancia-1.pdf>.
- Drezett, Jefferson et al. (2011). Mecanismo de ação da anticoncepção de emergência. *Reprodução & Climatério*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 44-55.
- Freitas, M. R. I., Gir, E., & Fugerato, A. R. F. (2002). Sexualidade do portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV): Um estudo com base na teoria da crise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), 70-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100011>
- Hakre, S. et al. (2016). Knowledge, attitudes, and beliefs about HIV pre-exposure prophylaxis among US Air Force Health Care Providers. *Medicine*, v. 95, n. 32, p. e4511, ago.
- Holliday, O. J. (2006). Para sistematizar experiências. 2. ed., Revista. Brasília: MMA.
- Lane, W., Heal, C., & Banks, J. (2019). HIV pre-exposure prophylaxis: Knowledge and attitudes among general practitioners. *Australian Journal of General Practice*, v. 48, n. 10, p. 722-727, 1 out.
- Silva, A. M., & Camargo Júnior, K. R. (2011). A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4865-4874. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300035>
- Wilson, K. et al. (2019). Provider Knowledge Gaps in HIV PrEP Affect Practice Patterns in the US Navy. *Military Medicine*, 11 jun.

6

Região Sul | Viamão, Rio Grande do Sul

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ: DE UM PORTAL SOMBRIO A UM SOLAR ILUMINADO

Vanessa Bettiol de Oliveira

Álvaro Zanetti Bruna Natel

Gisselle Ihitz

Maurício Cavalheiro

Medson Oliveira

Michele Galvão

Pâmela Roesch

Renata Palmerim Schorn Rita Sheila da Silva

Vanderléia Laodete Pulga

Claudia Beatriz Le Cocq D Oliveira

INTRODUÇÃO

As reflexões que seguem nesse capítulo são parte da sistematização da Prática *“Desinstitucionalização do Hospital Colônia Itapuã: de um portal sombrio a um Solar iluminado”* que vem sendo implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de Viamão em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Esta prática foi escolhida e laureada no Prêmio *Brasil Aqui tem SUS* do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde do Brasil (Conasems), em parceria com o Ministério da Saúde, em 2023.

Em virtude desta premiação, conta com a curadoria e o trabalho da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a fim de possibilitar a recuperação histórica da experiência por meio de seus protagonistas, analisar suas potencialidades e desafios; bem como, produzir saberes com base na perspectiva da sistematização de experiências, metodologia participativa construída pelo pesquisador, sociólogo e educador peruano Oscar Jara Holliday.

A Plataforma IdeiaSUS é um programa vinculado à presidência da Fiocruz, que vem desenvolvendo papel estratégico no sentido de dar visibilidade às práticas de saúde que surgem nos vários territórios deste imenso Brasil, por meio do convite à gestão do conhecimento que emana dessas produções, oportunizando, por sua vez, desdobramentos em ações de sistematização, curadorias, educação à distância, pesquisa-ação de base territorial, projetos de pesquisa e inovação tecnológica a fim de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), patrimônio do povo brasileiro.

A condução deste processo teve como base orientadora a sistematização de experiências, pois a metodologia possibilita a construção de conhecimentos significativos, valoriza os saberes das pessoas que são protagonistas, a identificação das principais mudanças que se deram ao longo do processo e porque é que se deram, assim como, contribui para um olhar crítico sobre o que foi vivido, permitindo orientar futuramente as experiências com uma perspectiva transformadora e de qualificação dos processos vividos. Assim, a proposta metodológica pode ser resumida nos seguintes passos: o ponto de partida, que deve ser a ação que o pesquisador deseja analisar e as perguntas iniciais sobre a ação; a recuperação do processo vivido; as reflexões que a prática elucida; o ponto de chegada, com os aprendizados e desafios (Holliday, 2022).

Nesta perspectiva, as reflexões que aqui seguem estão organizadas trazendo uma contextualização do município de Viamão, da região de Itapuã e do hospital de Itapuã; do processo de desinstitucionalização dos usuários

deste hospital em residenciais, o processo vivido, a curadoria e os saberes e aprendizados que a sistematização da experiência possibilitou aos envolvidos.

O convite que o texto faz aos leitores(as) é para que compreendam essa experiência, sua trajetória, sentidos, potencialidades e os saberes que dela emergem, que poderão ajudar em contextos e situações similares no cuidado integral à saúde, em especial, no que trata da saúde mental.

MUNICÍPIO DE VIAMÃO: O PONTO DE PARTIDA

A população do município conta com pouco mais de 220 mil habitantes. Esta população está concentrada em alguns núcleos de povoamento, especialmente, no centro e nos distritos de Viamópolis e Santa Isabel. Também existem três grandes pólos rurais: Águas Claras, Capão da Porteira e Itapuã. Viamão é o maior município em extensão territorial da região metropolitana. Fica a 25 km de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul/RS.

A rede de saúde de Viamão, conforme atualização de janeiro de 2025, apresenta cobertura de 67,1% de Atenção Primária em Saúde (APS), contando com 20 unidades de saúde, 43 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma unidade de saúde digital, uma equipe ESF Itinerante, três unidades móveis (clínica, odontológica e saúde da mulher), uma equipe de Consultório na Rua, uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Viamão conta com quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): o CAPS ij (infanto-juvenil) Aquarela, o CAPS ad (álcool, e outras drogas) Nova Vida e dois CAPS tipo II (pessoas em sofrimento psíquico), Renascer e Casa Azul, respectivamente, , que dividem territorialmente o município. Estes serviços são os reguladores do cuidado em saúde mental, articulando a rede intra e intersetorial para o cuidado integral dos usuários, a partir do acolhimento aberto, sem hora marcada para o primeiro atendimento. Além disso, os quatro CAPS,

também, atuam como referência para urgências e emergências em saúde mental, durante seus horários de funcionamento. Três deles trabalham com horário estendido, até as 21 horas.

Figura 01. Visão geral do município de Viamão/RS.



Fonte: <https://www.diariodeviamao.com.br/populacao-de-viamao-rs-e-de-224-116-pessoas-aponta-o-censo-do-ibge/>

Além dos serviços mencionados, a RAPS de Viamão conta com a atuação de duas equipes multiprofissionais na APS (E-Multi), que atuam por meio de uma unidade móvel (um ônibus adaptado para atendimento com dois consultórios, área de acolhimento, equipamento para atendimento à crises, acessibilidade para cadeirantes e cadeiras e toldo para atendimento coletivo) para acessar as zonas rurais. Essas equipes realizam ações de matriciamento e atendimento. São realizados acompanhamentos em saúde mental nas unidades de saúde que compõem a APS do município, visando à continuidade do trabalho da saúde mental no território, tanto aos que receberam alta dos CAPS, quanto àqueles que apresentam transtornos mentais moderados. As ações de matriciamento, também, englobam a qualificação das equipes

de atenção básica a partir de estratégias como a educação permanente e as interconsultas, de tal modo que, paulatinamente, o conhecimento em saúde mental vai sendo internalizado à rotina de trabalho dos serviços.

Existe, ainda, um núcleo de desinstitucionalização que faz a gestão dos quatro Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e atuam, junto com a gestão da saúde mental, nas ações de acompanhamento dos Residenciais Terapêuticos Privados (RTP), por meio de vistorias programadas, em parceria com o Ministério Público e a Vigilância Sanitária em Saúde. Além do trabalho voltado aos RTP, as ações de desinstitucionalização prevêem o acompanhamento de usuários egressos de hospitais psiquiátricos e instituições de custódia, visando sua adaptação ao território viamonense, bem como daqueles usuários que se encontrem em risco de institucionalização.

REGIÃO DE ITAPUÃ

Itapuã é um distrito rural do município de Viamão. O Parque Estadual de Itapuã é uma das reservas de Itapuã, e a única aberta à visitação. O município possui ainda, a Praia das Pombas, a Praia da Pedreira e o Farol de Itapuã, aberto à visitação. A região na qual o parque se encontra foi palco de parte da Revolução Farroupilha e, por conta disso, possui alguns artefatos da guerra em exposição.

A Vila de Itapuã é uma pequena localidade situada entre o rio Guaíba e a Lagoa dos Patos, próximo ao Pontal de Itapuã, formada por uma população originária local, sendo que a maioria das famílias são de pescadores. No período de verão a população aumenta devido ao veraneio: praias e comidas típicas, com pescados do rio e da costa marítima. A Vila possui duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal para atender a população, com horário até às 17 horas. O Hospital Colônia Itapuã (HCI) marca este território desde o ano de 1940 e a experiência de desinstitucionalização em tela, se dá neste hospital.

RECONSTRUINDO NOSSA TRAJETÓRIA

O Hospital Colônia Itapuã (HCI), instituição estadual, está a 48 km da capital, Porto Alegre, e de outros centros urbanos, localizado em uma área de 1.251 hectares. Foi inaugurado em 11 de maio de 1940. Na época, atendia a política de saúde pública que segregava indivíduos portadores de hanseníase, sendo responsável por atender toda a população do Rio Grande do Sul. Recebeu, ao longo de sua história, 1.454 pessoas oriundas de diferentes lugares. A *cidade inventada*, como é chamada, era dividida por um portal, que separava a área dos trabalhadores da área dos pacientes.

Figura 02. Visão geral da entrada do Hospital Colônia Itapuã (HCI).



Fonte: acervo dos autores, 2024.

Com o passar do tempo, e com os avanços no tratamento da hanseníase, o hospital passou a receber pacientes de saúde mental, muitos vindos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado na capital gaúcha. O HCI era considerado por muitos, como um local acolhedor, com muito verde, espaço de moradia e uma grande enfermaria, além de um cemitério, onde muitos dos pacientes eram enterrados após anos de segregação.

A partir da Pandemia de Covid-19, em meados de março de 2020, a distância e a falta de recursos daquele espaço, tornaram-se motivos preocupantes para a gestão estadual, especialmente no sentido de garantir a integridade física e mental daqueles pacientes. Foi então, que propuseram ao município de Viamão o processo de desinstitucionalização e o esvaziamento da instituição. Para atender ao solicitado, foi firmado um convênio entre as Secretarias Estadual e Municipal, para em conjunto, iniciar o processo de desinstitucionalização. Ao estado caberia o repasse mensal de verbas para a execução do trabalho e ao município de Viamão, o trabalho técnico. A inserção da equipe de saúde mental do município no HCI, ocorreu em 2021, com o objetivo de realizar o censo, que foi finalizado em dezembro de 2023.

A população encontrada foi de 46 moradores-usuários, sendo 38 com transtornos mentais e oito ex-hansenianos. Os pacientes de saúde mental estavam distribuídos em moradias de acordo com suas necessidades de cuidado, da seguinte forma: Pavilhão 1 (aberto, separados em quartos), Pavilhão Feijó (fechado), enfermaria com moradores e acamados e as moradias individuais (casas em que viviam as famílias de ex-hansenianos). Os pacientes ex-hansenianos residiam na enfermaria e nas moradias individuais. Além das pessoas institucionalizadas, também coube à equipe responsável pelo processo, acompanhar as residências nas imediações do HCI de famílias de ex-hansenianos que viviam fora da instituição há alguns anos (11 pessoas na época do censo).

Figura 03. Imagens dos pavilhões do HIC.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

Numa sala cedida pela instituição, foi montado o “QG” da equipe responsável pelo processo de desinstitucionalização, com encontros três vezes na semana, no formato de reunião matinal. As reuniões eram de portas abertas, podendo adentrar trabalhadores, pacientes, gestores e quem mais tivesse interesse. Presenças confirmadas eram as curadoras, as enfermeiras, o psicólogo, a direção, além das equipes técnicas do estado e município. Raquel Trindade, servidora estadual, que acompanhou todo o processo da desinstitucionalização, fala que:

[...] O diálogo fez parte de todo o processo e a potência da vontade de fazer a diferença na vida daquelas pessoas foi algo contagiante, estimulante. Não havia o difícil, o complexo, o intransponível e esta força, esta vontade foi surpreendente e motivadora. Foi uma grande lição construída no dia a dia com um grupo de pessoas que fez e aprendeu juntos [...].

O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou nos anos de 1970, mas foi a partir do ano de 1992 que os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, sancionada em 2001, conseguiram aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Para Amarante (1996), a desinstitucionalização teve referências internacionais, desde aquelas centradas na retirada das pessoas com transtornos mentais de serviços fechados, desospitalizando-as e retirando a responsabilidade do Estado com esta população, como também, a perspectiva que requer a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde. Esta visão foi a que inspirou o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Desde então, os estados e os municípios seguem se adequando a esta nova forma de cuidado, mas os processos ainda estão em implementação, visto que ainda existem Hospitais Psiquiátricos com moradores, o que não seria mais permitido pela legislação. Não sendo diferente aos pacientes ex-hansenianos, já que muitas das Colônias foram desativadas ao longo do tempo.

Ao ser anunciado o início do processo de desinstitucionalização no HCI, não se imaginava que teriam movimentos contrários, como pode ser identificado a partir do seguinte posicionamento: “[...] Um movimento de cuidado com as pessoas, embasado na política pública de saúde, se transformou em um movimento político partidário, um movimento da oposição[...]”, fala de Michele Galvão, à época, Secretária Municipal de Saúde de Viamão. “[...] Como trabalhadores da saúde, vimos moradores do HCI serem usados pela política para barrar o processo [...]”. Denúncias no Ministério Público e Audiências Públicas, complementa.

No entanto, o propósito feito à Secretaria de Saúde seguiu, apesar das tensões, e para dar início ao processo de desinstitucionalização, foi elaborado o Projeto Técnico Institucional. “[...] Após realização do censo, identificamos a necessidade de elaboração de um projeto para nortear o nosso trabalho [...]”, relata Vanessa Bettiol, supervisora da Saúde Mental do Município, responsável técnica pela condução do trabalho.

A finalidade era transferir os pacientes para Serviços Residenciais Terapêuticos respeitando suas particularidades, autonomies e fragilidades. O Plano Terapêutico Individual foi o instrumento utilizado pela equipe. Também foi constituído um Núcleo de Desinstitucionalização, composto por uma equipe multiprofissional, com enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, referências técnicas de cada casa, além da equipe de recursos humanos, administrativo e financeiro. Assim, buscou-se aqui trazer a experiência vivida, com suas especificidades e desafios, visto que compõe parte desse percurso relacionado à reforma psiquiátrica brasileira.

A PRÁTICA VIVIDA

As reflexões nos remetem a trazer relatos do vivido de como ir realizando o processo de desinstitucionalização, articulado com o fortalecimento da rede de saúde mental no município.

Ao passar pela portaria do HCI percebemos o tamanho do desafio! Ao entrarmos na instituição pela primeira vez, ficamos encantados com a imensidão de área verde, prédios históricos e árvores frutíferas! Bem ao fundo, correndo, algumas caras curiosas vindo em nossa direção esperando a kombi estacionar. À frente, um pórtico com a escrita: “Nós não caminhamos sós”. Gisselle Ihitz, à época, Diretora Administrativa da instituição relata.

[...] Quando cheguei no HCI, o que mais me marcou foi a forma como viviam, isolados da sociedade. Os pacientes praticamente só conviviam com os trabalhadores do Hospital, raramente saiam fora do espaço onde residiam.

A motivação pelo trabalho de desinstitucionalização do HCI gerou um movimento de repulsa em parte da população, conforme expressa uma das colegas da equipe:

[...] Passamos por falácias nos discursos políticos e um embate com o Morhan - Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase, já que o espaço era originário para o tratamento daquela população. A descredibilidade no nosso fazer imperava na instituição fechada. O cuidado que estávamos propondo era visto como uma ‘ideologia’ que não funcionava e o empoderamento de saberes não nos permitia diálogos.

Aconteceram audiências públicas, manifestações de entidades, do Ministério Público, de agentes políticos favoráveis e contrários ao processo de desinstitucionalização que traziam a argumentação da necessidade de cumprir a Lei da Reforma Psiquiátrica e a vida em liberdade, de um lado, e, de outro, a preocupação com a perda de vínculo dos moradores do local, pacientes e trabalhadores(as), resistências e preocupações com as belezas naturais relacionadas à área do Parque, onde o referido hospital está localizado e o medo de perder o patrimônio histórico ou de que a área fosse privatizada.

Aos poucos, fomos nos colocando e ganhando espaço. Era desafiador levar a lógica de cuidado para fora da instituição. Ao mesmo tempo, norteador para a implantação de cada serviço residencial terapêutico. Montar as casas com as especificidades dos moradores era necessário para que, aquela realidade vivida por muitos anos, não se tornasse uma mudança desrespeitosa e violenta como já haviam vivido. A proposta era congregar nas novas moradias, o núcleo familiar constituído na instituição.

Concomitantemente, tínhamos que criar vínculos com os pacientes. Trabalhamos como nos CAPS: conversas individuais, oficinas, passeios e assembléias. Nos utilizamos das festividades de cada mês. Páscoa, festa junina, o dia 18 de maio - Dia da Luta Antimanicomial, Semana Farroupilha, e também propomos passeios, saídas com a nova equipe (núcleo de desinsti). Fomos para Centros de Tradições Gaúchas (CTG), restaurantes, eventos da saúde mental, entre outros. Para estes momentos, tivemos o apoio fundamental das curadoras e do acompanhante terapêutico Jairo, servidor estadual com mais de 30 anos na instituição.

Figura 04. Cenas das oficinas realizadas no HCI.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

Para iniciarmos a fala da saída da instituição para as novas moradias, pensamos no símbolo da borboleta, pela sua transformação. Fizemos oficinas de colagem e estampamos camisetas para usar no evento alusivo à saúde mental que aconteceu dentro do Hospital (Figura 4). Foi um momento marcador neste início de processo. A RAPS foi para dentro do Hospital. Também fizemos saídas com os pacientes para compras de um enxoval novo: roupas, meias, chinelos e o que gostassem, pois compartilhavam estes itens.

[...] Trabalhamos organizadamente, por grupos, ou seja, os primeiros moradores do primeiro residencial a ser implantado e, assim sucessivamente. Nosso primeiro Serviço Residencial Terapêutico foi o Solar. As assembléias e as duas visitas na casa, antes da mudança, foram fundamentais para a aceitação da nova moradia. Os pedidos foram dos mais diversos quando sentávamos para falar da casa nova: uma parede azul, muita comida, bolinho de arroz e até mesmo, uma mulher [...] (Vanessa).

Figura 05. Cenas dos passeios realizados com os usuários do HCI.



Fonte: acervo pessoal dos autores, 2024.

Figura 06. Cenas dos encontros realizados com os pacientes do HCI.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

Inauguramos o primeiro Serviço Residencial Terapêutico Solar em outubro de 2022, um ano e sete meses após o início do nosso trabalho.

Figura 07. Fachada do Serviço residencial Terapêutico Solar.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

Como relatado anteriormente, ao mesmo tempo que inauguramos uma casa, já estávamos com o segundo residencial encaminhado. Um novo grupo a ser trabalhado, com as mesmas etapas a serem cumpridas. Durante o processo tivemos perdas, como a Dona Ana, que residiu sozinha por muitos anos na instituição e não conseguiu viver na Vila perto de sua amiga; a Suelen, que não teve a oportunidade de ver os carros pela janela da nova moradia; o Leonardo, que nos deixou com 105 anos de idade; e outros, num total de nove pacientes/moradores.

Mas também vivenciamos histórias. Abaixo, narrativas de vidas que transbordam sentimentos, acolhimento, compaixão e empatia. Destacamos que os nomes dados nesses relatos são pseudônimos, criados para poder refletir sobre esse processo sem a identificação das pessoas.

RELATOS

- I. O casal Davi e Laura nos comoveu desde o primeiro instante em que nos conhecemos. Davi pedia duas coisas para a equipe: ter a posse do seu cartão de benefício e morar na Vila de Itapuã com sua amada. Davi era interditado e Laura era sequer institucionalizada, mas residia no hospital para viver junto dele. “[...] Falar sobre o Davi me traz um sentimento de gratidão, pois este morador me trouxe muitos ensinamentos [...]”, relata a técnica, que foi referência do casal no processo de desinstitucionalização. Sempre muito cordial com a equipe, gostava de tocar viola na sala onde trabalhávamos e falava sobre sua companheira Laura. Eles sempre tiveram o desejo de residir em uma casinha na Vila de Itapuã, para terem espaço para os seus cachorros e para circularem sozinhos pela cidade. Inúmeras foram as conversas. Davi estava institucionalizado no hospital colônia desde 1998, como constava em prontuário. O mesmo relatava que desde os 18 anos residia no HCI. Eram

35 anos naquele local. O desejo de recuperar a autonomia e liberdade prevalecia.

Pelo acompanhamento terapêutico, três vezes na semana, criamos o vínculo necessário para as mudanças propostas: uma casa de passagem dentro do HCI que serviria para sabermos se tinham condições de realizar os afazeres domésticos; ir ao CAPS para acompanhamento e fazerem uso correto das medicações. Sua companheira Laura tinha questões clínicas e psiquiátricas. Sempre muito resistente ao CAPS, pois já havia frequentado o serviço no passado. Davi acabou aderindo ao CAPS, que chamava de escola. Laura o acompanhava como familiar e, claro, aproveitava para dar uma voltinha no supermercado.

Aos poucos fomos avaliando que não conseguiríamos avançar muito no nosso planejamento. A organização da casa, o preparo das refeições e, principalmente, a higiene pessoal de ambos era sempre muito prejudicada. Davi seguiu pegando alimentação no refeitório e sua companheira fazia suas alimentações em casa, coisas como, batata com sardinha. Mas Davi queria mais. Queria os mantimentos para que os dois pudessem almoçar juntos em casa. Nos reunimos com a equipe técnica do hospital, núcleo de desinstitucionalização e curadora e organizamos estratégias para atendê-los. Fizemos a mudança da casa em agosto de 2022. Foi uma aposta.

A partir da mudança, o trabalho se intensificou para que ambos pudessem manter as combinações. Ajudamos com os cachorros. Ficaram em um espaço melhor do que o da casa antiga. Instalados e seguros, ambos muito felizes com a nova moradia, foram presenteados com um kit churrasco para comemoração. Felizes no novo lar, Davi levou uma rasteira do destino. Em outubro de 2022, começou a queixar-se de dor na virilha e dificuldades para caminhar longas distâncias. Uma lesão na pele apareceu e logo o diagnóstico de câncer. Cada dia mais debilitado, não conseguindo se alimentar corretamente. Sua higiene cada vez mais precária. Ao longo das

visitas fomos avaliando que era o momento de Davi ser transferido para enfermaria. Laura aceitou a decisão, porém bastante apreensiva, chorosa, com medo de perdê-lo. Durante o tratamento, nos exames e nas consultas, nunca falávamos sobre seu diagnóstico, porém ele tinha noção e, mesmo assim, a vontade de viver era tão grande que quando íamos esmorecer ele nos animava com uma música, uma brincadeira.

Foram diversas internações hospitalares e retornos ao HCI. Seguimos numa luta de amor; contava sobre seus sonhos; desejava que sua família aceitasse sua companheira. Ficava em um quarto onde a visão da sua janela era a rua de sua casa, e ficava por horas olhando e perguntando se já era a hora de sua companheira vir almoçar com ele. Davi faleceu em março de 2023. “[...] Tenho em minha memória exatamente o dia que Davi foi pra última internação. Toda equipe tentou ao máximo ser forte na frente dele e de sua companheira, mas sabíamos que ali seria o fim [...]” relata Rita, que se dedicou até o final pela felicidade do casal. Laura atualmente reside sozinha, nas redondezas do hospital e segue recebendo a visita da equipe.

- II. Sabina, nascida em 1952, nos relata que morava com seus pais, Mariano e Juraci, na cidade de Irai/RS. Quando completou sete anos, seus pais contraíram a bactéria *Mycobacterium leprae*, causadora da hanseníase. Precisou então, ser encaminhada para o Serviço Social - Amparo Santa Cruz, localizado no Belém Velho, bairro de Porto Alegre. Sua mãe a visitava, e ela permaneceu residindo no lar até os 20 anos de idade. “[...] Fiquei esperando uma adoção que nunca aconteceu [...]”.

Completados os 20 anos, decidiu fazer curso Técnico de Enfermagem, que era sua paixão. “[...] No amparo sempre ajudei a cuidar das pessoas, então tive vontade de estudar [...]” conta Sabina. Fez o curso técnico de enfermagem no Hospital Moinhos de Vento e após o término, iniciou sua

carreira no próprio local, onde se formou. Também trabalhou no Hospital Mãe de Deus, ou seja, nos dois hospitais mais renomados da capital gaúcha. Começou a ter contatos com pessoas de outros locais do Brasil. Pessoas que eram da mesma Congregação e através dessas conexões, abriram-se portas. Arrumou as malas e foi de ônibus sozinha para a Praia do Leblon, na cidade maravilhosa, Rio de Janeiro. Já tinha emprego garantido. Começou a exercer a sua função na área da saúde e relata que foi a melhor experiência. Trabalhava das 7h da manhã até o meio dia, e depois ia direto pra praia. Entrava no mar, almoçava com uma vista privilegiada, retornava para o Hospital e trabalhava até às 21 horas. Diante disso, perdeu o contato com familiares.

Residiu no Rio de Janeiro, aproximadamente, por cinco anos. Em uma dessas idas à praia, no intervalo do trabalho, conheceu o Cláudio, seu primeiro amor. Natural de Criciúma, ele estava de férias na “Cidade Maravilhosa”. Mudou-se para Criciúma e se casou. Morava com sua sogra, mas sentia que não estava indo bem as coisas. As brigas começaram a ser mais frequentes. Engravidou do seu primeiro filho, Júnior. Nesse período, quando tinha aproximadamente 26 anos, começaram alguns pensamentos ruins e atitudes estranhas. Certo dia se intensificaram os sintomas, então, ela pegou seu filho Júnior de três anos e fugiu para Porto Alegre. Retomou o contato com sua mãe que estava morando no Hospital Colônia de Itapuã. Residia com alguns ex-hansenianos. Sabina casou-se novamente com um morador da colônia e teve sua segunda filha, Mariana.

Passou a trabalhar no HCI onde permaneceu até sua filha alcançar a maior idade. “[...] No decorrer desses anos, tive alguns surtos, onde não me recordo o nome do pai da Mariana, nem quanto tempo ficamos juntos [...]”, relata. Detalha sobre os surtos: “[...] ficava fora de mim, acabava tendo algumas atitudes e ações que não me recordava; entrei em depressão devido a surtos e o uso de muitas medicações; não me conhecia mais; fui internada algumas vezes no Hospital Espírita [...]”. Não lembra direito como foram os surtos, e concluiu que de funcionária, acabou se tornando paciente.

Com todos esses traumas, tratamentos com muitas medicações, não recorda datas importantes, coisas da vida que foram especiais. Tem apenas algumas memórias despedaçadas. Refere que estava um pouco perdida em função da sua condição física e mental. Seu futuro estava incerto porque não sabia, se de fato, sairia de Itapuã. Mas em julho de 2023, no seu aniversário, recebeu uma notícia que a deixou motivada e contente, iria para o Residencial Casa das Palmeiras. “[...] Nos dias de hoje me sinto muito feliz [...]”, diz ela. Tem um quarto individual, com sua privacidade garantida. Gosta muito da sua cama e adora comer seu wafer (bolacha preferida) “[...] da melhor qualidade e com muito mais recheio [...]”. Em abril de 2024, realizou um dos seus maiores sonhos, que foi conhecer o estádio do “timão”, o Beira Rio do Internacional, localizado na cidade de Porto Alegre; e quando perguntamos sobre esse assunto ela fala, “[...] ainda falta comprar a camiseta e ir assistir um jogo no estádio [...]”.

III. Ramiro é um homem forte, de origem alemã, olhos azuis. De origem rural, sempre preocupado com o solo, com as plantas e árvores frutíferas. Morou por anos no hospital, no Pavilhão 1, e sempre trabalhou. Andava de pés descalços, caminhava muito todo dia, e sempre de poucas palavras. Buscava sua comida no refeitório e levava para o quarto. Ramiro foi o último paciente a ser trabalhado. Quando perguntávamos como ele estava, respondia: “[...] não se preocupa comigo, tô bem [...]”. Em novembro de 2023, começamos a vinculação. Todos os demais já haviam saído. Ele ficou por último, pois solicitou, à medida que ia vendo seus amigos indo embora.

Chegamos com muita calma e respeito. Ele era muito desconfiado com as pessoas. Nos aproximamos para ganhar confiança, e a cada ida ao HCI ele ia nos permitindo chegar. Contou sua história de vida, sobre as suas

plantações e até nos permitiu entrar no seu quarto e tomar um cafezinho. Muito educado, sempre perguntando se estávamos bem ou se íamos almoçar. Encontrava-se, seguidamente, encostado na parede e descalço. Quando abordávamos a mudança para a casa nova, dizia que não ia sair dali, agradecia e ia embora. Em vários momentos se mostrou resistente a essa mudança, e esse medo era reforçado por dois técnicos da instituição que faziam movimentos contrários ao da equipe de desinstitucionalização. Mantivemos a esperança e seguimos persistindo. Em uma conversa, ele trouxe algumas condições para sua saída: um quarto somente dele e que tivesse um espelho no banheiro, bastante comida e, que só iria, se fosse de trator. A partir das negociações, avançamos. Hoje ele reside no Residencial Morada Itapuã. Cuida da horta, interage com os demais moradores e almoça na cozinha, espaço coletivo da casa. Segue descalço.

Além das histórias trazidas, também precisamos falar do coração do hospital, a enfermaria. Localizada em um dos pavilhões, era constituída por um “quartão”, como era chamada a área dos acamados; havia uma sala de TV e dois corredores, com quartos individuais, onde, num deles, moravam os pacientes ex-hansenianos.

Ali estavam os pacientes mais comprometidos, que exigiam mais cuidados clínicos do que de saúde mental. A nossa inserção neste espaço não foi fácil, pois o trabalho da enfermagem era muito consolidado. Então, nos inserimos com duas técnicas de enfermagem, para compor a equipe existente e auxiliar no trabalho diário. Nosso propósito era criar vínculos com os pacientes/moradores.

A entrada neste espaço foi “empolgante e desafiadora”, como relatou uma das técnicas, sendo que logo foram hostilizadas; havia resistência dos técnicos e cuidadores de passarem as rotinas e de deixá-las colaborar. O clima ficou tenso, e até o nosso acesso aos ex-hansenianos foi restringido; o solarium, sala de TV, era onde alguns pacientes passavam o dia. Sentados nos sofás e poltronas, aguardavam as refeições; no “quartão”, além dos

acamados, ficavam duas pacientes cadeirantes e também a Sabina, história já contada aqui. Com toda esta rotina estabelecida e com toda resistência, conseguimos realizar algumas atividades de cuidado e lazer. Auxiliar nos banhos, trocas de fraldas, cuidados de enfermagem e alimentação.

Os pacientes acamados tomavam banho de leito e raras vezes eram ofertados banhos de chuveiro. Ao lado do solarium havia um pátio, onde um dos moradores geralmente passava a maior parte do seu tempo; ele não tinha por hábito usar roupas, nem calçados; apenas no inverno usava um cobertor que os trabalhadores improvisavam, como um poncho ou capa para ele se proteger do frio. Se alimentava sozinho, mas com alguém sempre por perto, porque sempre que terminava sua refeição, se dirigia a outro paciente e tomava seu prato. Descalço, passava a maior parte do dia acorçado, onde realizava suas necessidades. Ao seu lado, outro paciente, institucionalizado desde jovem, e que desde sempre estiveram juntos.

Hoje, a maioria deles mora no Serviço Residencial Terapêutico Casa das Palmeiras. Os acamados sentam no sofá da sala e fazem as refeições à mesa; das duas cadeirantes, uma já caminha e a outra está se ensaiando com o fisioterapeuta; os meninos, principalmente Jorge, fica mais tempo com roupa do que sem e não “ataca” mais ninguém na hora das refeições. Entra na cozinha e sai com uma fruta na mão. O banho de chuveiro é diário e o progresso é visto todos os dias, nas pequenas tarefas do cotidiano. Dignidade, cuidado e possibilidades foram os diferenciais para estes moradores.

REFLETINDO SOBRE OS CAMINHOS PERCORRIDOS

“[...] Foram tantos momentos, muitos encontros, reuniões, grupos de trabalho. A dinâmica do trabalho oportunizou um bom convívio, uma cumplicidade entre equipe do Estado e equipe do Município de Viamão [...]”, diz Raquel. O tempo foi sábio e soubemos esperar para darmos as melhores respostas. Vivenciamos um processo de redenção. Nos libertamos de pré-conceitos e, nesta junção de esforços, encontramos atores potentes.

A partir da implantação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico observamos a transformação dos discursos internos e externos. Maria Izabel relata:

[...] Por achar que não ia ser bom para o morador, no início tive resistência, como curadora, em aceitar. Com o passar do tempo e o primeiro Residencial Solar sendo inaugurado, vi que era uma nova vida, novas oportunidades aos mesmos. Hoje, com todos os residenciais ativos, percebo o quanto foi bom para eles.

Os atores institucionalizados foram obrigados a se desacomodar de uma lógica de cuidado, que parecia única e verdadeira. Mostramos que a capacidade de se adaptar a uma nova realidade seria possível. Muitos ainda descrentes “apostaram” no retrocesso. As barreiras foram aos poucos derrubadas. A política se calou e os movimentos sociais pararam. Mas um novo embate se instaurou: um processo legal provocado pelo Ministério Público, baseado em preconceito e discriminação. Como fazer a diferença no cuidado entre pacientes com comorbidades distintas se estamos falando de pessoas? Isoladas socialmente, institucionalizadas por anos e limitadas fisicamente. A saída voluntária, sim, foi respeitada. Vencemos esta batalha.

Avaliando o nosso caminho percorrido, destacamos quatro pontos que foram muito importantes para termos sucesso dessa experiência. O primeiro foi o *compromisso político*. Possibilitar e acreditar foi o que nos permitiu ter segurança nas tomadas de decisões. Um convênio foi firmado com o Estado e uma Lei municipal foi criada para respaldar o processo. “[...] Penso que a decisão do estado em, de fato, colocar recurso financeiro nisso foi decisiva. Claro que não somente isso, mas sabemos que sem verba, dificilmente, algo aconteceria [...]”, responde Bárbara Paetzel, Assessora Técnica da Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, quando perguntada sobre o que viabilizou a desinstitucionalização.

Segundo, foi o *movimento social*. Por algumas vezes, apenas caminhávamos pelas ruas da instituição buscando reconhecimento, dos

trabalhadores/moradores, dos terceirizados, dos técnicos. Movimentos para fora também foram feitos, principalmente na Vila que se formou ao redor do HCI. Nos fazíamos presentes nas reuniões da comunidade, nas festas da instituição e dos funcionários. Estar junto no território e se fazer pertencer era estratégico naquela zona de conforto.

A *transparência do processo* foi crucial para todas as partes envolvidas e mesmo assim tivemos atravessamentos. As reuniões eram de portas abertas. As pautas eram feitas a cada reunião. Demonstrávamos nossos avanços e dificuldades aos envolvidos e os próximos passos. Muitos utilizavam essas informações para criar conflitos com os pacientes, com denúncias distorcidas na Defensoria Pública da União e com os demais trabalhadores, que não participavam das reuniões.

Por fim, a *segurança na condução do trabalho*. Sabíamos o que queríamos e tínhamos condições técnicas para desempenhar com êxito o nosso propósito. Mesmo quando encurralados pelos diversos questionamentos de algo que estava sendo construído, não deixávamos de dar respostas. Essa segurança foi importante para ambos os lados, pois quem tinha afeto pelos moradores, se preocupava com o futuro que estava sendo traçado.

A CURADORIA EM SAÚDE A PARTIR DA PREMIAÇÃO E SEU IMPACTO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

A premiação nacional na “Mostra Brasil aqui tem SUS” foi a resposta que precisávamos para encarar todas as incertezas e as pressões que passamos. Chegamos um dia antes da inauguração do segundo Serviço Residencial Terapêutico, o Casa das Palmeiras. O serviço foi implantado para acolher os pacientes/moradores da enfermaria, o coração do HCI; e, chegamos premiadas pela Região Sul do Brasil, *Fiocruz é SUS: direito universal saúde, equidade e democracia*, promovido pela Fiocruz e pelo Conasems, foi o respaldo que precisávamos para continuar tocando em frente o nosso trabalho.

A repercussão do prêmio foi o que sustentou os discursos dos políticos e dos gestores, que se fizeram presentes naquele momento. Claro que, muitos pegos de surpresa, pois não acompanhavam nosso trabalho e até desconheciam a importância do Congresso do Conasems para o nosso município. Os discursos se repetiam e a alegria estava estampada nos nossos rostos.

Figura 08. Equipe que atua no Projeto.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

O processo de curadoria IdeiaSUS possibilitou a inserção desta prática premiada na Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, e a participação dos representantes de Viamão na Oficina com as experiências premiadas em 2023 de cada região do Brasil na Fiocruz. A realização dos web encontros com a equipe de Viamão que conduz essa prática, assim como os estudos

sobre a sistematização de experiências possibilitou o aprofundamento e a análise sobre esta experiência.

A oficina de recuperação da trajetória histórica do vivido, foi um momento de recordar a memória histórica junto com os trabalhadores(as) e pessoas engajadas no processo de implementação desta experiência. A escrita deste capítulo que desafiou a pensar o processo de desinstitucionalização e os desafios da reforma psiquiátrica.

A curadoria IdeiaSUS abriu as portas e oportunidades para conhecer outras experiências de cuidado à saúde mental em liberdade, como a experiência de Carmo, no Rio de Janeiro, assim como as outras práticas premiadas. A importância de expor o trabalho e deixar que outros possam questionar e refletir, sem dúvida, a crítica e o olhar de quem entende de saúde, de cuidado humanizado e de desinstitucionalização possibilitou o crescimento de todas as pessoas envolvidas. Todo esse processo evidencia a força da produção de cuidado integral que se dá no cotidiano e que produz novos saberes e novas possibilidades diante dos desafios que se apresentam a cada dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita de três projetos institucionais durante a desinstitucionalização do Hospital Colônia Itapuã foi fundamental para sustentar as decisões, o plano de trabalho inicial e a manutenção dos recursos estadual e municipal. Obviamente, quando fomos provocados a assumir um trabalho como esse, a primeira coisa que passou à nossa cabeça, foram hipóteses. O primeiro projeto escrito foi hipotético, mas necessário para a realização do convênio com o governo do Estado. Nele idealizamos os residenciais e as suas necessidades, como: móveis, eletrodomésticos, roupas de cama, mesa e banho, acessibilidades, entre outros. Tivemos que pensar nas equipes técnicas, nas medicações, evoluções, prontuários e coordenações de serviços. Além dos serviços de terceiros, que forneceriam os produtos como alimentos, material de higiene e limpeza, gás de cozinha, cortes de grama, etc.

O segundo projeto sofreu algumas alterações importantes. Já tínhamos certezas e perdas no decorrer do trabalho. Alguns moradores faleceram, um deles residiria com a família, e já tínhamos a intenção de uma nova gestão. Entendemos necessário um processo licitatório para contratação de uma empresa para fazer a gestão de todo o contrato da desinstitucionalização, porque a morosidade da gestão pública não acompanhava a urgência que tínhamos nas compras do dia a dia.

Já o terceiro projeto foi a escrita do trabalho concretizado, ou seja, os quatro serviços residenciais implantados com as equipes e contratos necessários para administração da vida dos moradores. “[...] O planejamento deste processo foi fundamental que desse certo [...]” diz Neida Laurindo, curadora de alguns dos pacientes desinstitucionalizados.

Vivenciar a instituição total nos fez repensar essa política pública, chamada de desinstitucionalização. Parece incabível termos pessoas institucionalizadas em pleno século em que vivemos. Não frequentar supermercados? Não torcer num jogo de grenal? Não interagir com os acontecimentos externos: natal, carnaval, páscoa, etc. Felizes de nós, que chegamos há tempo de construir novas possibilidades com eles!

Enfrentamos barreiras da radicalização, da comunicação, do preconceito, de um portal sombrio e fomos construindo possibilidades para o cuidado em liberdade, num Solar Iluminado!

Figura 09. Equipe que atua no Projeto.



Fonte: acervo dos autores, 2024.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. (2001). Lei Federal 10.216/200. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 de abril.
- Rio Grande do Sul (1992). Lei Estadual nº 9.716/1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Porto Alegre, 07 de agosto de 1992.
- Holliday, O. J. (2006). Para sistematizar experiências. 2. ed. Tradução Maria Viviana V. Resende. Brasília, DF: MMA.

POSFÁCIO

***Comemorar a existência do SUS,
mostrar o SUS de cada localidade,
viver o SUS no cotidiano: essa é uma
boa ideia para o desenvolvimento do
trabalho em saúde e a superação da
crise civilizatória que vivemos***

Alcindo Antônio Ferla¹

Introdução

O livro “Fiocruz é SUS: cuidados, humanização e inovações pelo Brasil”, traz consigo tantas marcas relevantes para o Sistema Único de Saúde (SUS) que é difícil escolher uma linha de comentários para este posfácio. Mas, por outro lado, entender que as várias marcas são o SUS em movimento, num processo de implementação dinâmico, heterogêneo, com tantas contribuições em rede, pareceu-me uma boa forma.

Em fevereiro passado, com os colegas do sistema socio sanitário da Emília Romagna, na Itália, durante as atividades que fazemos regularmente lá e aqui, para fomentar intercâmbios técnicos e acadêmicos, os dirigentes regionais que haviam estado no Brasil poucos meses antes, comentavam que ficaram impressionados com a amorosidade com que os trabalhadores brasileiros se referiam ao SUS. Não só como declaração amorosa, mas

¹ Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atualmente cedido para o Grupo Hospitalar Conceição (GHC, Ministério da Saúde), professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS) e no Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM). Atua como investigador visitante do LAHPSA, Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazonia/FAPEAM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

como noção de pertencimento. Seja para contar dos feitos, seja para falar sobre limites e desafios, observaram que as pessoas trabalhadoras do SUS falavam de dentro. Não eram comentários estrangeiros, nos diziam os colegas italianos. O intercâmbio de 15 anos que fazemos por meio do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisas e Práticas em Saúde Coletiva já criou essa intimidade: avaliação encharcada de afetos, onde a dimensão micropolítica tem o espaço da troca translocal.

Essa é uma daquelas avaliações que precisamos ouvir de fora, como escuta sensível de quem não está imerso no nosso cotidiano, para tornar visível o que nos amálgama com o SUS. O campo discursivo sobre o SUS é tão amplo e diverso, que parece não caber comentários elogiosos válidos. A avaliação do SUS no cotidiano fica marcada, muitas vezes, pela disputa enunciativa, que é forte também sobre o papel do poder público na regulação de políticas sociais, e que faz com que não nos preparamos para pensar no que significa realmente essa política pública tão generosa, diversa e complexa como é o “nosso” SUS. Por isso digo que o percurso do SUS é um bom “fio condutor” para compreender a unicidade do livro.

Comemorar os 35 anos das Leis Orgânicas da Saúde (em setembro a Lei Federal nº 8080/1990 e em dezembro a Lei Federal nº 8142/90), não é pouca coisa. Nosso sistema de saúde, universal, com conceito ampliado de saúde, descentralizado, que emprega um volume extraordinário de trabalhadores de saúde e atende um volume também extraordinário de pessoas, está na faixa etária dos adultos jovens. Mas enfrenta e carrega negacionismos, daqueles que não querem um sistema de políticas públicas generoso, dado que população vulnerável é mais fácil de enganar com notícias falsas e promessas levianas de progresso e salvação eterna. Mas o “nosso” SUS enfrentou bem a pandemia de covid-19 e os ataques que sofreu naquele período e nos seguintes e chegou até aqui. E que ataques! Denúncias absurdas de postergação do acesso às vacinas, desestruturação de programas de reconhecimento internacional, personagens dramáticos

em funções de gestão estratégicas para a produção de saúde da população brasileira, só para começar.

E desafios crônicos, como desassistência em áreas remotas, insuficiência e irregular distribuição de alguns profissionais, uma lógica de consumo de produtos e procedimentos predominando sobre as lógicas de cuidado. E o “nosso” SUS segue determinado a buscar soluções, para não abrir mão de fazer mais saúde para as pessoas em todos os lugares.

O SUS se tornou um *organismo vivo*. Muitas instituições relevantes têm contribuições fundamentais para a vitalidade do SUS. Não tenho dúvidas que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) são instituições de grande relevância para o SUS que temos hoje.

Lembro do período da nossa história civilizatória que antecedeu e atravessou a pandemia de covid-19. O esforço que a então presidenta da Fiocruz, Nísia Trindade, fez de resistência à racionalidade da ciência para enfrentar um problema que exigia ciência e compromisso, foi memorável. O enfrentamento que fez a primeira mulher a assumir a presidência da Fiocruz e depois a titularidade do Ministério da Saúde, me orgulha e fecunda a esperança de tempos melhores. Certamente não teríamos avançado, mesmo que aos trancos e barrancos, sem sua condução ética e comprometida. E esse é só um exemplo da contribuição da Fiocruz. Mas poderíamos falar de uma enorme quantidade de iniciativas, no âmbito da formação em Saúde Pública em diferentes pontos do Brasil, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, em serviços.

E não há dúvidas que a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz tem funcionado como laboratório de grandes ideias e iniciativas, muito relevantes para o fortalecimento do SUS e, mais do que isso, por amalgamar o caminho dos 35 anos das Leis Orgânicas da Saúde e 37 anos da criação do SUS, por meio da Constituição de 1988. O IdeiaSUS é dispositivo de produção colaborativa, que também nos lembra que o SUS é fruto de

participação social, de uma rede de participação muito capilarizada de Conselhos de Saúde e de Conferências de Saúde, que se multiplica por conselhos em unidades e distritos de saúde e muito mais. Produzir políticas e iniciativas com participação, de quem consegue participar e de quem tem contribuições para a participação, é fundamental. A formação para a cidadania se dá em ato, como trabalho vivo, com a inspiração do nosso sanitarista Emerson Merhy (2002).

Das contribuições do Conasems, vou destacar a “Mostra Brasil aqui tem SUS”, que, como já disse em outras oportunidades, é a maior iniciativa de educação permanente em saúde do Brasil. Todo ano movimenta milhares de pessoas, que já seria muito importante, mas movimenta um valor sem o qual o SUS não estaria nesse estágio de desenvolvimento: a generosidade de fazer o SUS, de organizar o trabalho de atenção e de gestão para fazer caber o tempo da sistematização e escrita das iniciativas que marcaram os territórios, o tempo de compartilhar as tecnologias e metodologias que foram geradas nas experiências locais. Generosidade que é uma frente de resistência, na crise civilizatória que vivemos e que não se restringiu aos negacionismos na pandemia de covid-19. Ela se materializa no cotidiano, nas relações pontuais que se vê no cotidiano, quando o acesso à saúde é negado, quando as pessoas não recebem cuidado digno, quando se privatiza a saúde por meio de iniciativas econômicas ou corporativas que secundarizam o direito das pessoas ao cuidado digno e eficaz.

O SUS é vida e resistência: mostrar o que se faz para fazer a saúde que se quer

Importante separar o negacionismo e os fascismos do cotidiano, que se expressam em necropolítica; em deixar morrer e produzir a morte, segundo nos alertou o filósofo camaronês Achille Mbembe (2018). Escalonar o valor das vidas dos diferentes grupos populacionais (das pessoas negras, das mulheres, da população LGBTQIAPN+, das pessoas pobres, das pessoas

em situação de rua) e negar acesso aos direitos fundamentais é a forma de certos governos de inviabilizar a vida, como as guerras sustentadas pela indústria da guerra. As manchetes das mídias comercial e do segmento de influenciadores digitais que denunciam a necropolítica no cotidiano nos deixam visíveis as situações que vivemos no cotidiano. E que demonstram, ao fim e ao cabo, que uma política pública de saúde inclusiva e democrática é fundamental, que o sintoma da necropolítica chega, logo, aos serviços do SUS, como fome, como violências, como sofrimento, como adoecimento.

Mas não é sobre produzir a morte e as condições que tornam o adoecimento que os capítulos do livro tratam. Ao contrário, eles falam do esforço não apenas para acolher as pessoas que são vulnerabilizadas. Certo que o SUS não consegue superar completamente os sintomas da ocupação predatória do ambiente, da monetarização da vida, da exploração do trabalho, das redes de notícias falsas e dos ataques às instituições democráticas que vemos no cotidiano. Mas ele é um organismo vivo que resiste, acolhe e produz ideias que se projetam por sobre a crise civilizatória, cuida das pessoas, produz conhecimentos válidos e oportunos, desenvolve tecnologias e inova processos de trabalho. E o faz nos quatro cantos do país.

Veja-se as produções veiculadas neste livro. Que não apenas foram implementadas com o calor do trabalho de pessoas nas diferentes localidades, que depois foram sistematizadas e compartilhadas, que foram premiadas, que contaminaram muitas pessoas em diferentes lugares. Mas que também, com uma cuidadosa curadoria do IdeiaSUS, foram fortalecidas e confirmadas. Não se trata de propaganda enganosa ou golpe de marketing. Se trata de experiências que tiveram contato com uma ampla gama de observadores, debatedores e pesquisadores, que sistematizar indicadores quantitativos e qualitativos é uma forma de disputar a vigência das ideias, de inserir iniciativas na história. As experiências existem e fazem os movimentos do SUS real em diferentes territórios.

Aqui no livro, foram cinco experiências da “Mostra Brasil aqui tem SUS”, mas nos repositórios do Conasems e do IdeiaSUS, são mais dezenas. Em texto e vídeo, com fotos, depoimentos e texto produzidos por inteligência natural ...

Aqui no livro, como disse antes, a densidade da descrição, a contextualização rica e detalhada, a visibilidade que as determinações sociais têm em cada contexto e desafiam os fazeres e os saberes de cada território, têm mais detalhe e evidência. A curadoria do IdeiaSUS é, como registraram os organizadores lá no capítulo inicial, uma ação genuína de *aprendizagem em ato*, com trabalho de pesquisa, de diálogo, de participação. Com Ricardo Ceccim, em um artigo publicado na Revista Trabalho, Educação e Saúde (aliás, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fiocruz!), dizíamos que o desenvolvimento do trabalho em saúde é travessia de fronteiras (Ceccim; Ferla, 2008). Depois eu formulei que é como ficar sobre a superfície do rio equilibrando a embarcação na força do banzeiro, que representa o não sabido, mas que “está aí” fazendo a complexidade do cotidiano (Ferla, 2023). Não dá para ficar fixo e sem movimentos no andar do barco sobre a água; precisa de movimentos para gerar um equilíbrio dinâmico, que nos mantém sobre a superfície.

Falando sobre o banzeiro que é o SUS no cotidiano, para dizer de um dilema contemporâneo, para além de resistir aos desmontes, aos fascismos, à necropolítica e aos vídeos nas redes sociais para chamar a atenção, mesmo que a custo da verdade. O dilema é que, além de resistir a essas atrocidades, o trabalho em saúde, no cotidiano, enfrenta questões que nem o estágio atual da ciência e do desenvolvimento tecnológico e nem a formação profissional habilitam suficientemente as pessoas que fazem o SUS no cotidiano da atenção e da gestão.

Os problemas que enfrentamos são complexos (Ferla, 2021) e a ciência disciplinar, que também induziu à fragmentação técnica e profissional do trabalho, tem menor eficácia ao orientar as práticas. Precisamos das

evidências da ciência, definitivamente, mas também das evidências das práticas, que são produzidas com método, densidade e compromisso. Nos habituamos a pensar na ciência iluminando as práticas e, bem, isso já não é mais suficiente. Precisamos também das luzes das práticas para iluminar a ciência. A crise civilizatória também é uma crise epistêmica.

Bom, aqui pretendi encontrar uma vez mais a expressão de generosidade que é produzir conhecimento a partir do cotidiano, compartilhá-lo e, com isso, apoiar o trabalho de outros trabalhadores da saúde e também adensar a ciência com novas abordagens teóricas e metodológicas.

As narrativas sobre a produção da saúde que estão aqui no livro e ocuparam a Mostra Brasil aqui tem SUS, fazem, como a educação permanente em saúde, também uma quebra na pirâmide que hierarquiza saberes e práticas nos lugares. Afinal, é sobre problemas que afetam a saúde nos territórios que elas se ocuparam.

Estamos habituados, como expressão do colonialismo cultural e científico vigente, em pensar que o conhecimento antecede e ilumina as práticas, seguindo uma tradição filosófica que herdamos da ciência europeia moderna (Ferla, 2021), como disse há pouco. As práticas, nessa perspectiva, têm apenas a legitimidade de expressar o conhecimento científico, na forma de organização como trabalho e na articulação com o pensamento.

Nos relatos sistematizados no livro a partir das experiências premiadas na Mostra, veremos a tensão de uma aliança entre saberes e práticas, que não é linear e tampouco harmônica. Os desafios do trabalho, portanto da lógica pragmática dos fazeres, tensionam e são tensionados pelos conhecimentos formais e pela racionalidade da ciência, mas também pelos saberes do cotidiano nos territórios. Madel Luz (2009) já nos alertava que a potência da Saúde Coletiva estava nas tensões que absorvia como campo de saberes e práticas: a tensão interdisciplinar, do encontro tenso entre a racionalidade das ciências que a constituíam (a saúde pública, a epidemiologia e as ciências sociais e humanas em saúde, no seu início) e a tensão entre a razão científica

e as lógicas do cotidiano, considerando que se desenvolve ao tempo que os processos de reforma sanitária foram ocupando o território brasileiro.

Ora, as narrativas do livro parecem atualizar, para os problemas da saúde que foram enfrentados no cotidiano das experiências relatadas, os alertas que Madel Luz fez há quarenta anos.

Veja-se, inicialmente, a densidade e a complexidade da análise da experiência de cuidado às pessoas gestantes e às crianças em Rurópolis, no interior do Pará. O tanto de história e de inovação que a experiência mobilizou! E o tanto de visibilidade que a curadoria produziu em ato! A educação permanente em saúde está associada não apenas à mudança nos percursos da produção de saúde em cada território, senão que, também, à virada epistêmica dos fazeres da saúde e dos modos de compreender a saúde em cada localidade. Gestão, atenção, participação e ensino, que é a representação da figura do quadrilátero da saúde, como nos ensinaram Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, mas que estão em movimento, o que dá o formato de uma mandala (Ceccim; Ferla, 2008). Ou seja, não apenas se abre o pensamento dos fazeres e saberes locais da saúde, como se também se demonstra que o trabalho eficaz em cada território precisa do protagonismo dos diferentes atores. Ou alguém não entendeu que a lógica do cuidado das parteiras tradicionais, com sua complexidade, está na gênese da percepção do déficit do cuidado naquele território e na base da iniciativa formulada?

Em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, uma cidade metropolitana do Sudeste brasileiro (observe a diversidade: Rurópolis é um município rural, como enuncia o nome, da região amazônica), o problema foi as diferentes expressões da violência, fenômeno tão presente nos dias atuais e que, muitas vezes, nem produz estranhamento. Mas o sistema de saúde, por meio das pessoas que trabalham e fazem o SUS no cotidiano, engendrou uma rede intersetorial de proteção às pessoas e às vidas vulnerabilizadas pela cultura necropolítica que nos cerca.

Já em Turilândia, no estado do Maranhão, pertencente à Amazônia Legal, a medicalização do corpo das mulheres (ou pessoas com útero, talvez)

foi tomada como um problema relevante. O que quer dizer humanizar o processo de coleta de preventivos de câncer de colo, com toda a abrangência conceitual e pragmática, senão a desnaturalização do corpo? E a resposta foi um conjunto de ações humanizadas e humanizadoras, com diálogo com a cultura e a diversidade local. Além dos aspectos de cuidado, o relato mostra que a diversidade territorial nos desafia e nos ensina. O que alguns leitores talvez classifiquem como “ousadia” e “amostração”, eu considero uma contribuição civilizatória muito original. O SUS descentralizado é viável e é impostergável. Ainda temos o que avançar no financiamento, na formação ... e nos imaginários, que tiram potência criativa dos pequenos municípios.

Por sua vez, o município de Juara, no estado do Mato Grosso, abordou um problema muito sério, que está encharcado de estigma e preconceito, e por isso mesmo requer ações corajosas e inovadoras, que é a testagem e o aconselhamento em HIV e AIDS. Mas onde se localiza o município de Juara? Sim, também na Amazônia Legal. A experiência do Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada em HIV e AIDS (CTA/SAE), que incorporou a ideia de pertencimento a um território e se colocou em movimento, tem uma contribuição muito relevante, que é retirar o cuidado em DST/AIDS da sombra do tabu e do preconceito, chamando a atenção para os testes de Sífilis e HIV, assim como a adesão à Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP).

Por fim, a experiência de Viamão, na Região Metropolitana de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, que tratou de enfrentar o estigma e o preconceito mobilizados pela Hanseníase e produzidos, em alguma medida, pelas políticas higienistas da primeira metade do século passado. O Hospital Colônia Itapuã (HCI), que é um monumento à desumanização da atenção às pessoas com hanseníase, como os demais hospitais colônia, que segregaram as pessoas doentes e apagaram suas histórias, implementou diferentes iniciativas para tornar-se uma referência territorial de inclusão nas políticas públicas. Alguns esforços institucionais, muita energia

das pessoas que ao longo do tempo se envolveram no cuidado e na movimentação social para refundar o cuidado. Resistência, humanização do cuidado e democratização das instituições. Não é pouca coisa não.

Na releitura das iniciativas e na reflexão sobre as Mostras, o livro acabou por ser uma boa amostra do que é o SUS no cotidiano: inovação e resistência.

Considerações finais, ainda que provisórias

O livro **“Fiocruz é SUS: cuidados, humanização e inovações pelo Brasil”** é muitas coisas: uma homenagem e uma comemoração aos 35 anos das Leis Orgânicas da Saúde (que não é pouca coisa); um reconhecimento de instituições e organizações que fizeram o SUS nesse período, em especial no período mais recente, que convivemos com pandemias e emergências climáticas, mas também de negacionismos, necropolítica e desvalorização do trabalho em saúde e das pessoas que o realizam com compromisso ético com a saúde das pessoas e coletividades; uma demonstração de como a educação permanente em saúde, que é a política do SUS para o desenvolvimento do trabalho em saúde, é imprescindível para o cuidado e a gestão; uma demonstração de que pequenos municípios, a Amazônia Legal (03 das 05 experiências premiadas ...) e grandes municípios podem inovar no cotidiano, seja produzindo experiências que geram conhecimentos e tecnologias inovadoras, seja demonstrando capacidade de resistência. Dizem, em resumo: Brasil, aqui tem SUS!!!

Quero assinalar como representativo o fato de que as cinco experiências premiadas não apenas mostram coisas que foram feitas. Mostram problemas de grande complexidade enfrentados, com coragem e amorosidade às vidas e às pessoas, mesmo em tempos de evidente e disseminada crise civilizatória. Fazem uma homenagem às pessoas que trabalham no SUS e que acreditam e o defendem.

Quando estudante de medicina e funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (sim, a vida nunca foi exatamente fácil; mas me tornou

capaz de resistir e acreditar na relevância do SUS; me fez um esperançador!), Maria Luiza Jaeger, então secretária de saúde, me dizia que não acreditasse quando via enunciados corporativos e descomprometidos com o valor da vida de cada pessoa. Me dizia que as pessoas que trabalham na saúde, diferente de semideuses, são “gente que gosta de gente; que cuida de gente porque gosta de gente; e que precisa ser cuidada como gente”. As experiências mostram que as gentes do SUS fazem das tripas, coração, mas fazem o SUS melhor e mais capaz de cuidar e aprender com a complexidade do cotidiano. Mesmo em condições muito adversas, as gentes que fazem o SUS, tornam-se também artistas que engendram as condições locais para andar um pouco mais. Essa é a base da constatação dos italianos, que nos ensinaram muitas coisas sobre sistemas de saúde universais e uma compreensão ampliada de saúde e de serviços e redes de atenção.

Por fim, quero comemorar a existência da Mostra Brasil aqui tem SUS, a quem fui apresentado pela Marema Patrício e pela Márcia Pinheiro há um tempo, quando minha vida estava por um triz. Nesse período, aprendi que as mostras, definitivamente, são um acontecimento que, pela intensidade e abrangência das experiências, funciona como um forte dispositivo de educação permanente em saúde. É uma força de transformação que não se limita ao plano físico, mas que reverbera no plano das ideias, das subjetividades e das relações. Que incide no campo do pensamento e da experiência prévia, mas que não necessariamente existe como matéria (a leitura dispara o pensamento para questões que nem sempre estão diretamente relacionadas ao que foi relatado).

As Mostras desafiam a mudanças. Me refiro aqui a mudanças oportunas, necessárias e adequadas nos processos de trabalho singular, partindo do suposto que não há usuários iguais (a abstração “paciente” é uma produção política), não há trabalhadores e equipes iguais (a noção de “recurso humano” é assediadora, na minha opinião, que amarra as pessoas trabalhadoras à execução de trabalho prescrito, que nunca é o trabalho real, e retira a condição humana da aprendizagem, alienando/desumanizando-as).

As Mostras têm ajudado a inventar o SUS no cotidiano. E a afirmar o esperançamento freireano que a saúde é capaz de renovar a democracia, que sem democracia não se tem saúde, como disseram os slogans de diversas Conferências Nacionais de Saúde. Para a democracia, precisamos de instituições fortes, como a Fiocruz e o Conasems, só para centrar o argumento naquelas que estão bem visíveis aqui.

A Rede Unida e sua editora estão felizes e orgulhosas pela produção conjunta do livro. Pela produção conjunta do SUS. Pela defesa conjunta da democracia e as redes que a sustentam. Fico aqui torcendo para que o efeito que o livro produziu em mim, se amplie e fortaleça a ação das pessoas que chegaram até aqui na leitura para defender o SUS, o trabalho em saúde seus agentes e, também, a vida de cada pessoa.

É uma boa ideia defender o SUS e a fazê-lo sempre melhor.

Referências

- Ceccim, R. B.; Ferla, A. A.. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443–456. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, 5(2), 81–94. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>
- Ferla, A.A. (2023). Histórias, políticas públicas e saúde: quando o território amazônico assume a autoria no cuidado. Em: Schweickardt, J.C.; El Kadri, M.R.. (Org). Um laboratório produzindo inovações em saúde na Amazônia: 10 anos do Laboratório de História, Política Pública e Saúde na Amazônia. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. (Série Saúde & Amazônia, v.27), E-book: PDF. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/um-laboratorio-produzindo-inovacoes-em-saude-na-amazonia-10-anos-do-laboratorio-de-historia-politica-publica-e-saude-na-amazonia/>
- Mbembe, A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições, 2018
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304–311. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec.

SOBRE AUTORAS E AUTORES

Adriana Moro – Enfermeira. Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz). Escritora. Curadora IdeiaSUS Fiocruz. adri.moro@gmail.com

Álvaro Zaneti – Bacharel e Licenciado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Terapia Sistêmica e em Neuropsicologia pelo InTCC/Porto Alegre. Especialista em Gestão Empresarial pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS/POA). Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão/RS. alvarozaneti@gmail.com

Ananda Leticia Fuzo Ferreira – Enfermeira. Pós-graduada em Auditoria em Serviço de Enfermagem (AVM Educacional), Pós-graduada em Enfermagem do trabalho (AVM Educacional). Equipe técnica da Coordenadoria I de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Responsável pelo Programa Saúde na Escola - PSE. alferreira@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br

Andrea Costa Ferreira de Abreu – Enfermeira/ Pós-graduada em Gestão e Auditoria em Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde. andreacostaabreu@gmail.com

Aryana Carla Assumpção Silveira – Estudante do último período do curso técnico de Enfermagem. Assistente de Pesquisa voluntária da

curadoria da prática de Juara/MT. aryana.silveira2002@gmail.com

Bruna Franciele Natel – Bacharel em Gestão em Saúde Pública pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci. Atualmente, Supervisora Administrativa na Saúde Mental de Viamão/RS. bruna.natel93@gmail.com

Carla Fabiane Riva – Graduada Bacharel em Administração. Pós graduanda em Segurança do Trabalho e Logística Empresarial; MBA em Gestão de Agronegócios, e em Licitações e compras Sustentáveis. Concursada pela Prefeitura Municipal de Juara/MT como técnica de enfermagem. fabijuara@hotmail.com

Carolina Scoqui Guimarães – Enfermeira da Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Especialista em Terapia Intensiva na modalidade de residente (UNIFESP). MBA em Gestão em Saúde (EERP-USP). Doutoranda pelo Programa de Interunidades da EERP/EE-USP. csguimaraes@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br

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 Sênior lotada no IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. claudia.oliveira@fiocruz.br | lecocqclaudia@gmail.com

Cristiani de Souza Ávila – Graduada Bacharel em Enfermagem. Pós-graduação em Gênero e Sexualidade. Área de Conhecimento: saúde e bem-estar social. Pós-Graduação em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar. Concursada e coordenadora do CTA/SAE pela Prefeitura Municipal de Juara/MT como enfermeira. chriss.souzaavila@gmail.com

Eliciane Montanher Felisberto de Assunção – Epidemiologista, graduada em Serviço Social. Coordenadora da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rurópolis. elicianemontanher@hotmail.com

Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso – Enfermeira obstetriz, Mestre em Doenças Tropicais, Doutora em Ciências. Servidora da Maternidade Municipal de Rurópolis. Docente da Universidade do Estado do Pará. fernanda.cardoso@uepa.br

Gisselle Ihitz Ferreira – Gestão de Recursos Humanos. 2022/2024 Diretora Administrativa HCI. 2024 Secretaria de Saúde de Viamão. gissellei@hotmail.com

Haroldo Hatanaka – Médico pediatra e clínico geral. Especializando em Hanseníase. Médico do CTA/SAE. hhatanaka@hotmail.com

Hidelnice Cândido da Silva – Técnica de Enfermagem. Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Especialista em Saúde da Família (Faculdade UNYLEYA). Equipe técnica da Coordenadoria I de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. hcsilva@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br

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

Jane Aparecida Cristina – Secretária Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - SP. Bacharel em Enfermagem (EERP-USP), Especialista em

Enfermagem Psiquiátrica (EERP-USP), Mestre em Enfermagem Fundamental (EERP-USP), MBA em Gestão em Saúde (USP).
cristinajane1944@gmail.com

Jéssica Duquini Santana – Formada em Análise e Desenvolvimento de Sistemas. Concursada pela Prefeitura Municipal de Juara/MT como Agente Administrativo. jessicaduquini@hotmail.com

Júlio Cesar Schweickardt – Graduado em Ciências Sociais, Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia, doutorado em História das Ciências e da Saúde. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia. Curador IdeiaSUS Fiocruz. julio.cesar@fiocruz.br

Leila Adesse – Médica Pediatra, Sanitarista, doutorado em saúde da Mulher da Criança e do Adolescente, Instituto Nacional da Saúde da Mulher e da Criança – Brazil, Curadora IdeiaSUS Fiocruz. leila.adesse@gmail.com

Luciene Covre Borotto – Programadora de Sistemas na Companhia de Desenvolvimento de Ribeirão Preto (Coderp). Bacharel em Ciências da Computação (Centro Universitário Barão de Mauá/Rib. Preto). MBA em Gestão de Projetos (Universidade Estácio de Sá/Rib. Preto). Especialista em Business Intelligence, Big Data e Analytics – Ciências de Dados (Universidade Anhanguera/Rib. Preto). Especialista em Análise, Projeto e Gerência de Sistemas (Universidade Anhanguera Ribeirão Preto). lcborotto@coderp.ribeiraopreto.sp.gov.br

Luanna Soares – Enfermeira / Pós-graduada em Obstetrícia. Secretaria Municipal de Saúde. luannasoaresdurans@gmail.com

Marcelo Pedroso Goulart – Promotor de Justiça aposentado do Ministério Público de São Paulo. Coordenador de Pesquisa da Escola Nacional do Ministério Público (2017-2020). Membro Colaborador da Corregedoria Nacional do Ministério Público (2016-2017). Diretor da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo (2013-2015). Coordenador do Núcleo de Políticas Públicas do Ministério Público de São Paulo (2012-2013). Autor do livro Elementos para uma teoria geral do Ministério Público, publicado, em segunda edição, pela editora D’Plácido, em 2019, na Coleção Ministério Público Resolutivo. marcelogoulart@uol.com.br

Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica (UFSCar), Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP). Equipe técnica da Coordenadoria I de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Responsável pelo Programa Floresce uma Vida (FUV) e pelo Programa Municipal de Triagem Neonatal (PTN). mbgoncalves@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br

Marcia Soares Freitas da Motta – Médica Pediatra da Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina pela USP Ribeirão Preto. Coordenadora I de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. msmotta@rp.ribeiraopreto.sp.gov.br

Maria Élide De Conti Travain – Assistente Social da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto 2095- 2024), Graduada pela Instituição Toledo de Ensino (1979), Mestre em Serviço Social pela

UNESP Franca (1995), Dr^a. em Psicologia pela USP Ribeirão Preto (2004), Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social (Gestão 2021-2023), Coordenadora do CREAS 3 (2017-2024) da Secretaria Municipal de Assistência Social. elidetravain@yahoo.com.br

Matheus de Jesus Maia Amaral – Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Turilândia MA. matheus7maia@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 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

Maurício Cavalheiro Ribeiro – Bacharel em Psicologia pelo Instituto Brasileiro de Gestão de Negócios (Faculdade Ftec/IBGEN). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Facuminas de Pós-Graduação EAD (FACUMINAS- MG). Atualmente, referência técnica do Serviço Residencial Terapêutico Morada Itapuã de Viamão/RS. 97mauricioribeiro@gmail.com

Medson Santos de Oliveira – Técnico de Enfermagem. cursando Tecnologia em Marketing Digital na Faculdade Anhanguera/RS. Atualmente, referência técnica do Serviço Residencial Terapêutico Casa das Palmeiras de Viamão/RS. medsonoliveira27@gmail.com

Michele Galvão da Silva – Enfermeira pelo Centro Universitário Metodista IPA. Doutora em pediatria e Saúde da Criação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Vínculo

institucional - enfermeira servidora pública Prefeitura Municipal de Viamão. galvaomicheles@gmail.com

Michelli Bárbara Vieira Zanol Oliveira – Graduada em Farmácia e licenciatura em Pedagogia. Pós-graduada em Gestão em Saúde e Gênero e Sexualidade. Área do conhecimento: saúde e bem-estar social. Concursada pela Prefeitura Municipal de Juara/MT como farmacêutica. michellizanoliveira@gmail.com

Natália Faleiros Cardoso Carvalho – Psicóloga Escolar na Secretaria Municipal de Educação de Ribeirão Preto, Graduada em Psicologia pela UNAERP (2008), Pós-graduada em Psicologia Clínica e Institucional em Saúde Mental pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (2010); Especialista em Psicanálise pela Faculdade Dom Alberto (2021), Conselheira do CMDCA, membro do Comitê de Prevenção ao Suicídio, Suporte Técnico do Serviço de Escuta Especializada da Secretaria Municipal da Educação. nataliafcarvalho@educacao.pmrp.sp.gov.br

Naul Luiz Felca – 12º Promotor de Justiça de Ribeirão Preto – SP. Graduação em Direito pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Especialista em Direito Penal e Processo Penal. Mestre em Direito Penal – PUC/SP. Grupo de Atuação Especial em Educação – Núcleo Ribeirão Preto (GEDUC-RP), desde junho de 2018. naulfelca@mpsp.mp.br

Odenir Carvalho Francisco Botelho – Concursado pela Prefeitura Municipal de Juara/MT. Motorista do CTA/SAE. odenirjra24@gmail.com

Pâmela Severo Roesch – Técnica de Enfermagem. Formada em 2013 pela ICFU (Instituto de Cardiologia de Porto Alegre). Atualmente,

referência técnica do Serviço Residencial Terapêutico Casa Girassol de Viamão/RS. pamelasevero9@gmail.com

Rafael José da Silveira – Professor de História da Rede Municipal de Ensino de Ribeirão Preto. Ex-Diretor de Escola. Ex-Presidente do Conselho Municipal de Educação de Rib. Preto. Bacharel e Licenciado em História (UNESP/Franca). Especialista em História e Cultura (Centro Universitário Barão de Mauá/Rib. Preto). Especialista em Gestão Escolar (UNIFRAN/Franca). Mestre em Educação (USP/Ribeirão Preto). Chefe da Divisão de Gestão Democrática e Programas Intersecretariais da Secretaria Municipal da Educação de Ribeirão Preto. rafaelsilveira@educacao.pmrp.sp.gov.br

Rafael José dos Anjos Silva – Professor do Ensino Fundamental - Anos Iniciais da Rede Municipal de Ensino de Ribeirão Preto. Licenciado em Pedagogia e Bacharel e Licenciado em História (UNESP/Franca). Chefe da Divisão do Centro de Referência em Educação para as Relações Étnico-Raciais da Secretaria Municipal da Educação de Ribeirão Preto. rafaelsilva@educacao.pmrp.sp.gov.br

Renata Palmerim Schorn – Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Especialização em Residência Integrada em Saúde - Saúde da Família e Comunidade, pelo Grupo Hospitalar Conceição; Especialização em Gestão, Avaliação e Planejamento no campo da Atenção Psicossocial, pelo Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental (CENAT). Atualmente, Supervisora Técnica de Educação Permanente na Saúde Mental de Viamão/RS. renatapschorn@gmail.com

Rita Sheila da Silva – Bacharel em Serviço Social pela faculdade Anhanguera/RS. Curso de Acompanhante Terapêutico pela Escola de Saúde Pública/

RS. Atualmente, referência técnica do Serviço Residencial Terapêutico Solar de Viamão/RS. ritagi_sodree@hotmail.com

Simione de Fátima Cesar da Silva – Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Social e Políticas Públicas pela Fiocruz/IPEA, Especialista em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família pela UFAC/AC, em Avaliação em Saúde pela Fiocruz e em Educação Digital pela UNISENAI. Servidora da Secretaria de Educação e da Secretaria da Saúde do Governo do Distrito Federal. Curadora IdeiaSUS Fiocruz. simiones@gmail.com

Vanessa Bettiol de Oliveira – Bacharel em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS/RS). Especialista em Educação Permanente em Saúde (UFRGS); Especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Atenção Psicossocial e MBA em Gestão Pública pela Faculdade Anhanguera/RS. Atualmente, Supervisora Geral da Saúde Mental de Viamão/RS. vanbetti@gmail.com

Vanessa Brancato Camarinha Goulart – Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica (FAMERP), Especialista em Saúde da Família (Centro Universitário Estácio). Supervisora da UBS Parque Ribeirão Preto e UBS Jardim Maria das Graças da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. vbgoulart@rp.ribeiraopreto.sp.gov.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 da Presidência da Fiocruz. valber.frutuoso@fiocruz.br

Valcler Rangel Fernandes – Médico Sanitarista, Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos em

Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz), ex-Coordenador IdeiaSUS Fiocruz, Assessor Especial para Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Ministério da Saúde. valcler.rangel@fiocruz.br

Vanderléia Laodete Pulga – Filósofa. Especialista em Preceptoria no SUS, Mestra em Educação pela Universidade de Passo Fundo (UPS) e Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Curadora IdeiaSUS Fiocruz. Universidade Federal Fronteira do Sul (UFFS), Campus Passo Fundo – RS e Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). vanderleia.pulga@uffs.edu.br

Wagner Barbosa de Oliveira – Mestre em Difusão da Ciência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Servidor Público da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Coordenador IdeiaSUS Fiocruz. wagner.oliveira@fiocruz.br

Duas datas significativas marcam este ano de 2025. O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, completa 35 anos. Celebramos também os 125 anos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), patrimônio da ciência e da saúde coletiva brasileira.

Não por acaso, datas que se cruzam, em sintonia permanente, pois a Fiocruz tem a honra de ter assumido um papel de protagonismo na construção e na gestão de várias ideias do SUS, expandindo suas ações pelo país.

O SUS é das maiores conquistas do Brasil e desperta interesse em outros países, mesmo os desenvolvidos. Justamente por ser como ele é ao abranger um amplo espectro de ações. Desde o atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos. Das rotinas das equipes e das clínicas de saúde da família ao desenvolvimento, produção e distribuição de insumos como vacinas e medicamentos. Todo dia o SUS toca a vida do brasileiro.

O Brasil é o único país que tem algo como o SUS e que isso precisa ser valorizado. Uma bandeira civilizatória. Cada trabalhador e trabalhadora da Fiocruz tem a perfeita noção do nosso papel neste contexto.

A Fiocruz é patrimônio da sociedade brasileira, presente em todos os biomas, em vários estados. Mobilizamos diariamente 11 mil trabalhadores, todos em atividades voltadas ao bem comum. Todos permanentemente comprometidos com o fortalecimento e a consolidação do SUS.

E, cada vez mais, a Fiocruz se coloca como ator global, assumindo papel transformador no cenário das desigualdades em saúde e ciência, por meio de atuação sistemática e dialógica para trocas e cooperações em diversas frentes, sempre com o propósito de consolidar a soberania das nações e a valorização da vida.

Este livro, mais um fruto da parceria entre a Plataforma IdeiaSUS Fiocruz e o Conasems, reafirma os fortes laços com o SUS. Porque ele exala evidências potentes sobre como é possível cuidar bem e com qualidade das pessoas.

Cada experiência, cada inovação implantada, cada avanço conseguido em favor do cidadão, cada indicador de saúde melhorado, cada lição aprendida, cada depoimento de usuário, nos relatos aqui contidos, configuram um painel inspirador sobre o SUS e seus trabalhadores. Tratam-se de experiências vivas, concretas, humanas. Espelham políticas públicas, com as quais a Fiocruz está plenamente engajada.

A bela foto que ilustra a capa deste livro, captada pelas lentes sensíveis do fotógrafo João Roberto Ripper – cujo acervo o Ict Fiocruz teve a honra de incorporar recentemente -, bem traduz um sentimento, uma vontade, uma determinação que move a Fiocruz. Que o SUS siga como um catalisador do sorriso e da felicidade do povo brasileiro.

Mario Moreira
Presidente da Fiocruz

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

