

# IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde

Valcler Rangel Fernandes  
Marta Gama de Magalhães  
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira  
Emanoel Campos Filho  
Juraci Vieira Sergio  
José Paulo Vicente da Silva  
Annibal Coelho de Amorim  
Jorge Carrera Jardineiro  
Katia da Silva Machado  
úde  
ORGANIZADORES

The logo of the Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) is centered on a blue and white mandala-like background. The logo itself is circular, with a white center containing a stylized green and orange figure that resembles a person in a dynamic pose. The figure is composed of simple geometric shapes. The circular emblem is surrounded by a blue and white patterned border.



**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde



**IdeiaSUS**  
Banco de Práticas e Soluções  
em Saúde e Ambiente



PATRIMÔNIO  
DA SOCIEDADE  
BRASILEIRA



# **IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde**

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020

– 2021)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto

Vice-Presidente: Lívia Angeli Silva

Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte

Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Diretores Executivos:

Alane Andrelino Ribeiro

Ana Maria Costa

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Maria Lucia Freitas Santos

Vinícius Ximenes Mourici da Rocha

### CONSELHO FISCAL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

Claudia Travassos

Victoria S. L. Araújo do Espírito Santo

Suplentes

Iris da Conceição

Jamilly Silva Santos

Matheus Ribeiro Bizuti

### CONSELHO CONSULTIVO

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues

Cornelis Johannes van Stralen

Cristiane Lopes Simão Lemos

Isabela Soares Santos

Itamar Lages

José Carvalho de Noronha

José Ruben de Alcântara Bonfi

Lívia Millena B. Deus e Mello

Lizaldo Andrade Maia

Maria Edna Bezerra Silva

Maria Eneida de Almeida

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Matheus Falcão

Rafael Damasceno de Barros

Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Carlos dos Santos Silva

### EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet

### EDITORAS ASSISTENTES

Carina Munhoz

Luiza Nunes

### CONSELHO EDITORIAL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha

Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil

Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil

Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología

Social, Mexico (DF), México

Elias Kondilis – Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil

Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina

Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal

da Bahia, Salvador (BA), Brasil

Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil

José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Lígia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Luiz Augusto Faccinini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil

Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia

Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosário, Rosário, Argentina

Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil

Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

## IDEIASUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Presidente da Fiocruz: Nísia Trindade Lima

Coordenador do Ideiasus: Valcér Rangel Fernandes

### CONSELHO EDITORIAL

Valcér Rangel Fernandes – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

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

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

Emanoel Campos Filho – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

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

André Luís Bonifácio de Carvalho – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), Brasil

Juraci Vieira Sergio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

José Paulo Vicente da Silva – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Annibal Coelho de Amorim – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Jorge Luiz Carrera Jardineiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Katia da Silva Machado – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

# IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde

**Valcler Rangel Fernandes**  
**Marta Gama de Magalhães**  
**Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira**  
**Emanoel Campos Filho**  
**Juraci Vieira Sergio**  
**José Paulo Vicente da Silva**  
**Annibal Coelho de Amorim**  
**Jorge Carrera Jardineiro**  
**Katia da Silva Machado**

**ORGANIZADORES**

**cebes**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro  
2020

© Direitos autorais, 2020, da organização, de Valcler Rangel Fernandes, Marta Gama de Magalhães, Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira, Emanoel Campos Filho, Juraci Vieira Sergio, José Paulo Vicente da Silva, Annibal Coelho de Amorim, Jorge Luiz Carrera Jardineiro & Katia da Silva Machado

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

Direitos de publicação reservados por

© 2020 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos 21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Tel.: (21) 3882 9140 | 3882 9141 Fax: (21) 2260 3782. <http://cebes.org.br/> – [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br)

**On-line**

<http://cebes.org.br/biblioteca/>

**Coordenação editorial**

Mariana Chastinet

**Normalização**

Carina Munhoz

Luiza Nunes

**Revisão ortográfica e gramatical**

Wanderson Ferreira da Silva

**Tradução do posfácio**

Ramón Casanova

**Revisão final**

Mariana Chastinet

**Capa e projeto gráfico**

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – [www.apoioacultura.com.br](http://www.apoioacultura.com.br)

**Impressão**

Walprint Gráfica e Editora

|19

IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde. / Valcler Rangel Fernandes [et al]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2020.

224 p.; il..

ISBN: 978-65-87037-00-4

1.Saúde Pública 2. Sistema Único de Saúde 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde I. Valcler Rangel Fernandes II. Marta Gama de Magalhães III. Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira IV. Emanoel Campos Filho V. Juraci Vieira Sergio VI. José Paulo Vicente da Silva VII. Annibal Coelho de Amorim VIII. Jorge Luiz Carrera Jardineiro IX. Katia da Silva Machado

CDD 362.1



# Sumário

---

Prefácio	7
Valcler Rangel Fernandes, Maria da Conceição Souza Rocha	
<b>Parte I — IdeiaSUS/Fiocruz: desafios, práticas e curadoria em saúde</b>	
Capítulo 1	
<b>Os desafios do SUS e o que a pandemia nos ensina</b>	13
Lucia Souto, Maria Lucia Freitas, Carlos Fidelis Ponte	
Capítulo 2	
<b>Plataforma Colaborativa IdeiaSUS/Fiocruz: experiências e práticas na parceria Conass e Conasems</b>	25
Valcler Rangel Fernandes, Annibal Coelho de Amorim, José Paulo Vicente da Silva, Juraci Vieira Sergio, Jorge Luiz Carrera Jardineiro, Gilvan Mariano da Silva	
Capítulo 3	
<b>IdeiaSUS/Fiocruz: curadoria em saúde, o desafio de apoiar e acompanhar práticas e soluções em saúde</b>	47
Marta Gama de Magalhães, Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira, Vanderléia Laodete Pulga, André Luís Bonifácio de Carvalho	
<b>Parte II — Práticas e soluções em saúde: o protagonismo dos saberes</b>	
Capítulo 4 – Quissamã (RJ)	
<b>Diálogos entre serviços: estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde – relato de experiência em Quissamã (RJ)</b>	69
Delba Machado Barros, Sheila Maria dos Santos Batista, Sabrine Santos Pereira, Ruth Méia Nunes, Rosemeri Braga de Assis Pessanha, Julio Cesar Espírito Santo Ribeiro, Alessandra Ribeiro Pinto das Chagas, Leonardo Barcelos Chagas, Araquem Bernasconi Nunes Avenia Puertas	
<b>Notas sobre ‘Curadoria’ numa Rede de Atenção à Saúde: o encontro com Quissamã (RJ)</b>	96
Curador: Eduardo Alves Melo	

Capítulo 5 – Angra dos Reis (RJ)

## **A construção da informação como ferramenta de articulação e integração da Rede de Atenção à Saúde**

**101**

Luciana Rossinol Silva, Maria Cláudia Nicolau Capaz, Maria do Carmo Gomes dos Santos, Monique Claudino dos Santos Thuler, Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues, Mayara Athanázio Diogo, Claudia Cristina Araújo Lage de Gusmão

## **Conectando caminhos e saberes na rede: a experiência de Angra dos Reis**

**119**

Curador: Leonardo Graever

Capítulo 6 – Niterói (RJ)

## **Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery: cuidado e respeito à diversidade**

**121**

Diana Luiz Pinto, Daniel Francisco Peluso Costa, Luiz Carlos Felício Carvalho, Claudia Regina Ribeiro

Curadora: Claudia Regina Ribeiro

Capítulo 7 – Região de Lajeado (RS)

## **Saúde Mental e Atenção Básica: Oficinas Terapêuticas como um dispositivo potente de cuidado em Saúde Mental na Região de Saúde**

**143**

Ariane Jacques Arenhart, Magali Kuri Nardini, Gianine Sandri, Cássia Regina Gotler Medeiros, Lucia Adriana Pereira Jungles

## **Reflexões e proposições da curadoria**

**159**

Curadora: Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Capítulo 8 – Sacramento (MG)

## **Academia Viva**

**165**

Reginaldo Afonso dos Santos, Flávio José da Costa, Samuel Gomide Ferreira, Thaís Prado de Santi

## **Avaliação da curadoria**

**186**

Curadora: Gelza Matos Nunes

Capítulo 9 – Tefé (AM)

## **O banzeiro que transforma: a Educação Permanente em Saúde como estratégia de valorização profissional na saúde de Tefé (AM)**

**189**

Antonia Naida Pereira do Nascimento, Júlio Cesar Schweickardt, Maria Adriana Moreira, Renata Kamile de Sousa Figueiró, Thayana de Oliveira Miranda

Curador: Júlio Cesar Schweickardt

## **Posfácio**

**207**

Oscar Jara Holliday

## **Autores**

**213**



## Prefácio

---

Valcler Rangel Fernandes  
Maria da Conceição Souza Rocha

No ano de 2020, o mundo vivencia um momento crítico da pandemia da doença causada pelo vírus SARS-Cov-2 – a Covid-19. No Brasil, a gravidade da situação tem exigido forte dedicação e compromisso dos profissionais da saúde e, em especial, um esforço imenso de trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse ínterim, é importante salientar, também, o empenho dos servidores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no enfrentamento, em diversas frentes, da Covid-19, com destaque para a pesquisa, o apoio às populações vulnerabilizadas, a assistência aos pacientes, no campo do ensino, informação e comunicação, na vigilância em saúde, no apoio diagnóstico e na busca de disponibilização de vacinas para a prevenção da doença.

Em um cenário de crise sanitária e insuficiência de recursos públicos, o que se tem observado é a força do SUS, que, balizado pelos princípios do direito à saúde, da universalidade e da integralidade da atenção, demonstra sua capacidade de resposta às complexas necessidades de saúde da população brasileira.

---

Valcler Rangel Fernandes é Chefe de Gabinete da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Coordenador do Programa IdeiaSUS. Ex-Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz e Ex-Diretor do Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde/RJ. Médico, especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola de Saúde Pública Sergio Arouca (Cesteh/Ensp) da Fiocruz/RJ.

*valcler.rangel@fiocruz.br – valcler123@gmail.com*

Maria da Conceição Souza Rocha é Secretária Municipal de Saúde de Piraí e Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ). Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). MBA em Gerência de Saúde pela Fundação Getulio Vargas (FGV/RJ).

*mconceicaosouzarocha@gmail.com*

Diante desse contexto, faz-se imprescindível valorizar a exitosa iniciativa do Projeto IdeiaSUS, coordenado pela Presidência da Fiocruz, no seu relevante objetivo de dar visibilidade aos que constroem o cotidiano do cuidado e da gestão em saúde nos singulares territórios do nosso país. O IdeiaSUS foi idealizado no ano de 2013 em consonância com os princípios e missão institucional da Fiocruz, tendo como parceiros o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), órgãos representativos de estados e municípios na responsabilidade sanitária e tripartite de condução do SUS. Nos estados, as parcerias do IdeiaSUS têm-se consolidado por meio dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), citando aquelas em curso no estado do Rio de Janeiro e da Paraíba. Com o Cosems RJ, desde 2017, foram desenvolvidas diversas ações nos campos do intercâmbio de experiências, da formação para o SUS e do apoio a pesquisas, com ênfase para as Rodas Regionais e para a I Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ/IdeiaSUS-Fiocruz, levando à importante ampliação do registro de práticas desse estado na Plataforma e na participação no processo da Curadoria em Saúde. Assim, o Programa IdeiaSUS/Fiocruz vem desempenhando importante papel como agente de articulação institucional, por meio de suas atividades de integração e cooperação institucional nos diversos *locus* de saúde do País.

Tendo como base o conceito de ‘território vivo’ de Milton Santos, o IdeiaSUS foi concebido para potencializar o protagonismo das práticas de saúde vivenciadas em um dado território, com foco na produção e no compartilhamento de tecnologias, alternativas e soluções para problemas concretos do sistema de saúde – inicialmente como um Banco de Práticas e hoje como Plataforma Colaborativa com milhares de experiências cadastradas nas mais variadas dimensões de categorias e temáticas.

Com evidente inspiração nos trabalhos de Paulo Freire, partiu-se do princípio de que “*A educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática*”. Dessa forma, o aprendizado, que tem como ponto de partida a experiência concreta de diferentes coletivos de saúde, mostrou-se uma poderosa ferramenta para a aquisição de melhores práticas e procedimentos. A partir do aporte metodológico desenvolvido por Oscar Jara, temos constatado o acerto das premissas desse autor, para quem:

Sistematizar experiências é um desafio político pedagógico pautado na relação dialógica e na busca da interpretação crítica dos processos vividos. Trata-se de um exercício rigoroso de aprendizagem que

contribui para refletir sobre as diferentes experiências, implicando na identificação, classificação e re-ordenamento dos elementos da prática; utiliza a própria experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação. (JARA, 2006, p. 7).

A implementação dessa metodologia está materializada nas diferentes experiências que são testemunhadas no livro que ora disponibilizamos para conhecimento público. Reflete a prática transcorrida ao longo de 2019 e 2020, até o presente momento. Consolida a elaboração do aprendizado referente ao trabalho desenvolvido pelas equipes envolvidas que compartilharam saberes de modo participativo, com encontros presenciais e virtuais, com espaço de escutas cidadãs, fomento de estudos, levantamentos, registros; enfim, a produção coletiva da sistematização de práticas e seu aperfeiçoamento.

Os casos que compõem a amostra apresentada neste livro são oriundos das experiências que participaram das Rodas de Práticas IdeiaSUS nas Mostras dos Congressos do Conasems e do Cosems RJ. As apresentações de iniciativas municipais previamente selecionadas e premiadas permitiram o desdobramento com a adesão das Secretarias Municipais de Saúde para o inovador acompanhamento de práticas implantadas e implementadas no SUS pela Curadoria em Saúde IdeiaSUS/Fiocruz.

O campo das tecnologias e da inovação das práticas de saúde ganha evidência com a publicação ‘IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde’, expressando nos seus capítulos a trajetória do programa nas suas diversas dimensões de mapear, registrar, acompanhar e divulgar práticas e soluções em saúde, em um dinâmico processo com o objetivo de potencializar o intercâmbio de saberes em redes colaborativas e integradoras, virtuais e locais, democratizando a produção e a gestão do conhecimento.

O conteúdo do livro descreve também um dos eixos de colaboração do IdeiaSUS: a Curadoria em Saúde. Esse caminho escolhido para o apoio e a sistematização das práticas é construído de forma a apresentar ferramentas para o agir dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de reflexão, contextos e espaços institucionais.

A contribuição e o valor intrínseco dessa experiência tornam impositiva a publicação deste livro, ainda que em meio à maior emergência sanitária vivenciada pelo País nos últimos anos. O IdeiaSUS/Fiocruz e seus vários parceiros mobilizaram esforços; e disponibilizam, nestes

tempos de intensa reflexão, uma densa publicação que nos permite conhecer e vivenciar práticas de saúde pelos territórios do SUS vivo que conhecemos e admiramos.

Nos capítulos das práticas de saúde e seus municípios – Angra dos Reis, Niterói e Quissamã do estado do Rio de Janeiro, Sacramento de Minas Gerais, região de Lajeado do Rio Grande do Sul e o município de Tefé do Amazonas –, somos presenteados com a grandeza, as possibilidades e a criação de belos movimentos no campo da saúde e com o compromisso de trabalhadores e gestores com sua sustentabilidade e fortalecimento, tecendo a história do SUS. É importante salientar que esses municípios foram convidados por serem premiados na Mostra Nacional Aqui Tem SUS do Conasems e na Mostra Estadual de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS/Cosems RJ. São histórias reais, fortes e possíveis, que a Fiocruz, na sua missão de fortalecer os caminhos da saúde pública no nosso país, apoia e outorga visibilidade.

Que o livro seja contemplado como um abraço nestes tempos de resgate e de reverência a quem faz a diferença na defesa da vida e do SUS. Certamente, inspirará muitas novas histórias a serem construídas e contadas e aponta para a criação de uma Série ‘Práticas de Saúde IdeiaSUS/Fiocruz’ como estímulo ao permanente registro das boas e inovadoras ideias que constituem a nossa humanidade e o SUS.

## Referência

JARA, O. *Para sistematizar experiências*. 2. ed. Brasília (DF): MMA, 2006. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).



## IdeiaSUS/Fiocruz: desafios, práticas e curadoria em saúde

---





## Capítulo 1

# Os desafios do SUS e o que a pandemia nos ensina

Lucia Souto

Maria Lucia Freitas

Carlos Fidelis Ponte

Em tempos de desafios civilizatórios de grande magnitude expostos e agravados pela pandemia da Covid-19 – uma crise sanitária, econômica, social, cultural, ambiental e política sem precedentes –, a exemplaridade de experiências vivas instiga e inspira em sua arte de criar referências de um conhecer, pensar, sentir, sentir, caminhos para a construção de valores, práticas de utopias concretas de nosso tempo. Como comenta Santos, “São resultados artesanais de práticas que, em espaço-tempo com escala humana sabem tecer o novo e a surpresa no velho tear da luta por outro mundo possível” (SANTOS, 2007, p. 180).

Em um momento de aprofundamento da tensão entre capitalismo financeiro e democracia com aumento selvagem das desigualdades sociais, a afirmação de políticas públicas de direitos universais de cidadania, como os sistemas universais de saúde, é estratégica para o enfrentamento das desigualdades abissais especialmente em um país marcado pela matriz escravocrata como o Brasil.

Diante desse macro contexto, e para melhor compreender os desafios colocados à efetivação dos direitos sociais universais, como o direito universal à saúde, proclamado na Constituição de 1988; torna-se exemplar realizar um giro de volta aos valores fundantes do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB):

Na dimensão civilizatória, destacamos o caráter contra hegemônico do projeto civilizatório do MRSB, ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania, na contramão do projeto de globalização ne-

oliberal com sua agenda de restrição de direitos, de focalização das políticas sociais, preconizadas pelas agências internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), como única saída para a crise fiscal das décadas de 1970/1980. (SOUTO; BARROS, 2016, p. 205).

Destacamos dimensões do MRSB como, a dimensão civilizatória, a democrático participativa, a epistemológica que, no nosso entendimento, permitem alinhá-lo como constitutivo de um pensamento pós-abissal, uma ecologia de saberes sendo parte das disputas globais, históricas, políticas e epistemológicas. (SOUTO; BARROS, 2016, p. 3-4).

É nessa perspectiva que consideramos exemplares as seis experiências relatadas pela plataforma colaborativa do IdeiaSUS, criado em 2013 para apoiar a gestão estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS) em cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Experiências densas, reconhecidas e premiadas pela capacidade de ousadia, compromisso com a população; e inspiradoras na luta cotidiana pelo fortalecimento e construção de um SUS acessível e de qualidade para a nossa população.

Tal como o memorável discurso de posse de Gilberto Gil (2003) como Ministro da Cultura, quando se propôs a ativar as potencialidades culturais locais a massgear, como um *do in*, todo o território nacional, as experiências aqui relatadas também constituem a potência criativa de um SUS resiliente.

A luta para afirmação de um projeto civilizatório de direitos universais de cidadania certamente passa pela luta cotidiana e ousadia de sua realização em cada experiência viva e sua força emanada da participação popular democrática participativa.

Sabemos que são muitas as chaves de interpretação da aventura humana ao longo da história. Economia, política e cultura certamente estão entre as mais conhecidas. Entretanto, pouco se fala da saúde pública como uma delas – uma chave fundamental e com grande potencial de indagação dos problemas observados na sociedade. De fato, a pandemia está mostrando, de forma contundente, a importância dessa dimensão no cotidiano das populações, na economia dos países e nas relações internacionais.

Expressão institucional de uma parcela fundamental da vida, a saúde pública é uma área essencial para a formação de painéis explicativos sobre

a história da humanidade. Imprescindível para a compreensão da vida em sociedade, ela tem sido tradicionalmente abordada pela valorização dos seus aspectos biológicos. Uma abordagem que, apesar de não configurar erro, certamente não faz justiça à complexidade e à abrangência que a caracterizam enquanto campo de saber e prática social. É preciso lembrar que os aspectos sociais, políticos, culturais, científicos, urbanísticos e econômicos são, entre outros, partes constitutivas e inseparáveis do que se entende por saúde pública. Fortemente vinculadas à organização social, as doenças e as teorias, práticas e instituições destinadas a combatê-las são capazes de interferir de modo decisivo na qualidade de vida das populações, alterando, muitas vezes, a ordem estabelecida.

Os estudos sobre epidemias, longe de estarem restritos aos índices de morbidade e mortalidade, têm revelado aspectos que ultrapassam em muito as questões biológicas e seus impactos demográficos. Ponto de entrecruzamento de diferentes dimensões da vida humana e das organizações sociais, a ocorrência de uma epidemia oferece ocasião privilegiada para observação da sociedade. Acompanhados por intensas polêmicas em torno das suas causas e formas de confrontá-los, os surtos epidêmicos são, em geral, marcados por calorosos embates entre concepções culturais, científicas, religiosas, política e econômicas, as mais diversas. Embates que, em geral, cumprem um roteiro que inclui fases como a negação; a minimização de seus impactos; a responsabilização de grupos sociais pela sua ocorrência; a busca pela panaceia salvadora e a reorganização do quadro institucional com criação de legislação, jurisdições e organizações destinadas a combatê-las. Percebe-se, nessas horas, o papel crucial do Estado. São momentos propícios para retomar o sentido primeiro que estaria na base do contrato tácito que, em teoria, justifica a existência dessa forma de organização da sociedade: a proteção à vida é a promoção do bem-estar social. São momentos propícios também para a formulação de diagnósticos mais abrangentes e para a construção de saídas de caráter mais estruturantes. Ocasões de grande sofrimento, mas também de grande potencial criativo.

A experiência que vivemos agora não difere muito do roteiro mencionado. Assim como na gripe espanhola de 1918 e na crise econômica de 1929, o mundo se dá conta de que o Estado, visto como intrinsecamente ineficiente e como o grande vilão de desequilíbrios fiscais, é a única tábua de salvação para uma crise mundial multifacetada e que já se fazia presente mesmo antes da eclosão da pandemia de coronavírus. Nos referimos à confluência de grandes crises setoriais, como as crises econômicas, as crises sanitárias, as crises ambientais, as crises políticas envolvendo ata-

ques ao multilateralismo e às crises humanitárias decorrentes da grande assimetria que marca as relações internacionais e das concepções exclu-  
dentes que caracterizam as premissas neoliberais e de suas aplicações. Ingredientes coroados pela propagação do coronavírus e que contribuem decisivamente para a conformação do que se convencionou chamar de a tempestade perfeita.

A Covid-19 tornou evidente que as sociedades não podem renunciar a sistemas públicos de saúde e de seguridade social. Revelou que a legislação trabalhista é obviamente fundamental para a proteção do trabalhador. Na mesma direção, deixou claro que o mercado jamais substituirá o Estado no provimento do bem-estar social. Mostrou também a fragilidade de uma economia que não inclui e a importância de uma articulação virtuosa entre ciência, tecnologia, indústria e políticas sociais na promoção do bem-estar, na proteção ao meio ambiente e na defesa da autonomia e soberania das nações. De modo contundente, a pandemia nos alertou para o fato de que, apesar de nossas diferenças, precisamos nos unir na construção de alternativas solidárias à concentração de renda, ao desemprego estrutural e à irresponsabilidade ambiental e social que marcam as destrutivas políticas neoliberais.

No Brasil, assim como em outros países, o governo e a grande mídia vinham justificado a política de austeridade, afirmando que era preciso combater o *deficit* nas contas públicas e que não haveria recursos para financiar políticas de saúde, educação, assistência social e outras igualmente imprescindíveis, como ciência e tecnologia. Sob tal argumento, a reforma trabalhista desamparou trabalhadores. Outrossim, diferentemente do que pregava a propaganda governamental, o País viu crescer as taxas de desemprego, de trabalhadores na informalidade e de desalentados. Na mesma linha, a reforma da previdência condenou a população a um futuro sombrio. Ademais, até a pandemia aportar em nossas terras, estava em curso uma reforma administrativa que tinha por objetivo a construção de um Estado para poucos.

Pressionado pelas políticas neoliberais, materializadas em instru-  
mentos como a Emenda Constitucional 95, o País empobreceu. O Estado se viu fragilizado na sua capacidade de responder às crises e de cumprir com os objetivos de atender às demandas de educação, saúde, segurança, moradia, saneamento, transporte coletivo, geração de empregos, infraes-  
trutura e outras de igual importância. Voltamos ao mapa da fome. Caiu o poder de compra da população, e aumentou de modo significativo o número de famílias endividadas (67,1% de acordo com levantamento da

Confederação Nacional do Comércio – CNC publicado em junho de 2020) e de inadimplentes (40,4% da população adulta segundo levantamento da Serasa Experian publicado em setembro de 2019). O desemprego atingiu diretamente cerca de 13 milhões de pessoas. A informalidade alcançou, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada em março, 40,6% do mercado de trabalho ou o equivalente a 38 milhões de pessoas. Ao mesmo tempo, um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, em 2019, 25% da população brasileira vivia com até R\$ 406,00.

As notícias ruins, no entanto, não param por aí. A distribuição do auxílio emergencial revelou que uma grande parte da população não constava dos bancos de dados do governo federal. Estimou-se que temos 46 milhões de brasileiros invisíveis ao Cadastro Único. Na saúde, a chegada da pandemia encontrou um SUS historicamente subfinanciado com perdas acumuladas de aproximadamente R\$ 20 bilhões, conforme informou o Conselho Nacional de Saúde em 28 de fevereiro de 2020. Some-se a isso o fato de o País se ver na obrigação de importar aproximadamente US\$ 20 bilhões em insumos para a saúde para responder a demandas que não podem deixar de ser atendidas sem graves perdas para a população. A Estratégia Saúde da Família (ESF) e programas como o Mais Médicos e a Farmácia Popular foram gravemente atingidos. Nos estados e municípios, a situação também se mostra bastante precária com fortes impactos negativos para a estrutura de atenção básica e hospitalar.

Diante do caos, somos levados a questionar se esse seria o melhor caminho, se o equilíbrio das contas públicas seria o fator mais importante e o único a ser perseguido. De fato, embora não se defenda aqui o desequilíbrio fiscal, vale ressaltar que países de Primeiro Mundo, a exemplo do Japão e de outras potências, produzem *deficit* para financiar o desenvolvimento. Isso porque, em situações de crise, o mercado se defende e para de investir. Em tais momentos, somente o Estado pode socorrer a população e fazer a economia voltar a girar. O problema, portanto, não está na produção de *deficit*, mas na sua natureza e nas suas formas de reprodução.

A experiência mostra que a produção de *deficit* pode conviver, de modo funcional, com o conjunto da economia. Saldos negativos produzidos para dinamizar a atividade produtiva podem ser sanados pelo retorno das receitas derivadas do aquecimento do mercado. É o que ocorre em economias de países que têm compromisso com a sua população, com a geração de empregos e com a sua soberania. Países onde a produção de *deficit* cumpre a função de força motriz.

Importa ressaltar que as políticas neoliberais têm sido responsáveis pela degradação das condições de vida e do meio ambiente e que persistir nesse caminho significa aprofundar as desigualdades, a concentração de renda e os graves problemas sanitários, ambientais e sociais que o País enfrenta. Contrariamente às promessas de uma vida melhor, proporcionada pelo progresso científico e tecnológico e pelos ganhos de produtividade alcançados na economia, a miséria se espalha. Um sobrevoo sobre os centros urbanos nacionais é o bastante para mostrar o oceano de favelas que cerca a maior parte das cidades brasileiras. São milhões de pessoas vivendo em meio a focos de doenças, em habitações precárias e inseguras, não atendidas por serviços de saneamento, fornecimento de água tratada e outros elementos de infraestrutura considerados básicos. Acrescentem-se, ainda, a transformação dos rios em verdadeiros esgotos a céu aberto e os efeitos da contaminação dos lençóis freáticos pela proximidade de lixões, por agrotóxicos ou por atividades industriais. Populações inteiras vivendo em condições sub-humanas, vítimas de modelos econômicos excludentes – abandonadas pelo Estado, submetidas à violência policial e ao jugo do crime organizado. Queimadas, garimpos clandestinos, desabamento de barragens, derramamento de óleo no mar, liberação criminosa de agrotóxicos se juntam ao genocídio dos povos originários; à grilagem, à invasão de terras quilombolas e aos assassinatos de lideranças camponesas. Aspectos negativos agravados pelo crescente isolamento do País.

Diante da constatação dos problemas gerados pelas políticas econômicas excludentes, muitos analistas estão aderindo às concepções críticas ao receituário neoliberal e se somando àqueles que têm reafirmado o papel do Estado como elemento indutor e regulador do processo econômico no capitalismo contemporâneo. Nessa direção, a exemplo dos estudos envolvendo a consolidação do SUS e o seu potencial para participar da alavancagem de uma economia inclusiva e sustentável, já há algum tempo, é possível observar a abertura de uma nova senda de investigações, na qual a dinâmica das relações entre Estado, desenvolvimento econômico e sistemas de proteção social é pensada a partir dos impactos das políticas sociais e ambientais sobre o crescimento econômico, e não somente deste último sobre as primeiras, como tradicionalmente se fez. Ou seja, a ênfase recai sobre a capacidade do conjunto de políticas sociais e ambientais de promover e de facilitar o crescimento, concomitantemente ao desenvolvimento social.

Nossa crise não se reduz a uma crise sanitária ou econômica, como a dicotomia em voga nos induz a crer. Ela engloba múltiplas dimensões

que devem ser tratadas em conjunto. Não enfrentar tais problemas só irá piorar nossa condição atual e nos fragilizar ainda mais diante de um futuro que se mostra bastante problemático. Precisamos nos antecipar às crises. Outras pandemias virão. Precisamos de um projeto civilizatório. Nesse sentido, temos que compreender que as precárias condições de saúde observadas na nossa sociedade só serão plenamente equacionadas se tratadas no âmbito de um modelo de desenvolvimento sustentável, inclusivo e soberano. Um modelo que tenha o bem-estar como elemento central e objetivo prioritário. Fazer valer e prosperar tal perspectiva é o primeiro grande desafio do País e do SUS.

A exemplo da mobilização emergencial suscitada pelas recentes ameaças do coronavírus, da febre amarela, da dengue, da zika e da chikungunya, nossa história está repleta de situações em que o Estado é surpreendido pela ocorrência de epidemias e outros problemas derivados da ausência de investimento sólido e permanente nos campos da ciência e inovação em saúde. Assim foi com a criação de Manguinhos e do Instituto Butantan, constituídos para dar combate à peste bubônica que desembarcou no País em 1900. Assim foi também com a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde, em resposta à epidemia de gripe espanhola em 1918. Podemos citar ainda o esforço e os investimentos para combater doenças como a malária e a febre amarela durante a II Grande Guerra Mundial; a campanha de erradicação da varíola, na década de 1960, que integrava um movimento internacional; a criação, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações para defender a população de inúmeras doenças transmissíveis que se espalhavam pelo País; a recuperação da Fiocruz e a criação de Bio-Manguinhos, como parte da estratégia de combate à epidemia de meningite, em meados da década de 1970; a criação do Programa Nacional de Auto-Suficiência em Imunobiológicos, em 1985, para atender à escassez de soros e vacinas decorrentes do fechamento da empresa multinacional Sintex do Brasil; e a regulamentação do SUS, em 1990, para atender à falência do modelo de atenção preconizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), entre outras.

Não podemos mais ser surpreendidos. Ficou evidente que, para superar nosso passivo histórico e construir uma economia viável e civilizada, precisamos investir em saneamento básico e infraestrutura; na proteção do meio ambiente, em geração de empregos; em programas de renda mínima de caráter permanente; em industrialização; em educação; em ciência e tecnologia e em um serviço público de qualidade que seja a garantia do exercício efetivo da cidadania. Precisamos de uma reforma tributária

solidária que desonere o consumo e a produção e que taxe a renda e o patrimônio. Precisamos de um Estado para todos.

A área da saúde reúne condições excepcionais para bem investir o dinheiro público. Trata-se de uma área que beneficia a todos e que possui grande capacidade de dinamizar a economia. Uma área que lida com a fronteira do conhecimento, com a possibilidade de internalização de tecnologia de ponta e, também, com os valores da solidariedade, da sustentabilidade e das necessidades básicas da população. Uma área vital para a qualidade de vida com grande capacidade de gerar empregos e transformar gastos em investimentos. Precisamos de agentes comunitários de saúde. Precisamos colocar de pé a ESF. Precisamos implementar as transferências de tecnologia via poder de compra do Estado. Precisamos desenvolver o complexo econômico e industrial da saúde, gerar empregos e reduzir a dependência.

Para além da demonstração de força e da capacidade de recuperação, o SUS resiliente é a convicção de que as adversidades são passíveis de enfrentamento e superação. A capacidade criativa de profissionais e da população na busca de soluções possíveis e oportunas para resolução de problemas reais e cotidianos marca as boas experiências presentes no SUS. Nesse espaço de atuação do SUS, a proximidade entre profissionais e população favorece a melhor compreensão das necessidades. Os desafios cotidianos superam o limite estrito da assistência no enfrentamento às iniquidades quando se trata de garantir saúde e qualidade de vida dignas.

As situações que ameaçam a sustentabilidade e a qualidade de vida nos territórios são de caráter múltiplo, envolvendo necessidades que exigem atuação articulada, multidimensional entre setores e saberes. Os avanços produzidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), tanto no acesso quanto na equidade da atenção à saúde com a capilarização de suas ações, são inequívocos, sem, contudo, ocultar as disputas ideológicas, políticas, culturais presentes.

Trata-se de um sistema vivo, dinâmico, estratégico para a vida da população brasileira; baseado no Estado democrático de direito, na proposta democrática e universal, na transparência de acesso às informações de saúde e aos recursos público; e na descentralização como possibilidade de viabilizar maior capilaridade, participação e controle sobre a gestão do SUS.

Certamente, a alarmante desigualdade socioeconômica, tanto nas condições de vida quanto no acesso a bens e serviços, é determinante

para a garantia e a proteção da vida, sendo a redução dessa desigualdade o maior e mais desafiador projeto de sociedade.

A disparidade presente na disponibilidade de ações em APS, a distribuição de profissionais e serviços entre regiões, ainda impacta no acesso diferenciado e discriminatório entre usuários, situação que se perpetua em vários municípios. O impacto do desfinanciamento dos últimos anos, pela redução de incentivo político e econômico, interfere no processo de estruturação de ESF/APS.

Várias estratégias de qualificação da APS foram descontinuadas, afetando a articulação da atenção integrada em rede. O que compromete e comprometerá a capacidade de resposta da APS, que merece urgência em sua recuperação, como políticas estratégicas de sustentabilidade da APS e do SUS.

Temos desigualdades alarmantes e preocupantes, consideradas inadmissíveis para os tempos atuais, consequência de desigualdades persistentes injustificáveis para um país de tantos recursos (naturais, intelectuais, culturais); e a potencialidade de sua diversidade oferecendo muitas possibilidades e soluções. A fome ainda se manifesta como um dos maiores problemas sociais a ser enfrentado. Apesar da vasta produção de alimentos, a má distribuição e o desperdício são determinantes da sua manutenção. Como pensar em crescimento econômico e desenvolvimento sem solucionar questões tão fundamentais?

O acesso à água, saneamento básico, moradia digna para todos, educação pública e de qualidade são elementos primordiais na construção de uma sociedade solidária e justa. A agenda da saúde alia elementos estruturantes da vida humana considerados fundamentais para produção de saúde e qualidade de vida. A manutenção da vida (com qualidade) se reverte em mudanças na realidade de saúde da população e em consequente desenvolvimento social e econômico.

O retrocesso em políticas públicas que ampliaram a proteção à vida e à saúde da população – como liberação de novos agrotóxicos, flexibilização do acesso as armas, mudanças nas leis de trânsito que elevam o número e a gravidade de acidentes – tem agravado a situação de saúde e sobre carregado o SUS.

É importante reafirmar os avanços e conquistas do SUS, em que verificamos a presença dos princípios fundantes de universalidade, equidade e integralidade entre os valorosos predicados presentes na APS. O que reafirma a potencialidade de arranjos organizativos nos territórios complexos da saúde.

Urge, portanto, ativar esses atributos comunitários das equipes, associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias, articular-se intersetorialmente para apoiar sua população e suas diversas vulnerabilidades, e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho: na vigilância de saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis e na continuidade à atenção rotineira para quem dela precise. (ABRASCO, 2020).

A sustentabilidade das conquistas do SUS implica ampliar e potencializar a participação social nos processos de estruturação da APS e da Rede de Atenção à Saúde, recuperando a ESF como elemento central da organização de base territorial.

Trabalhar arranjos organizativos nos territórios de saúde, em torno da ESF, que permitam a sustentabilidade da proposta de universalização da promoção de saúde e qualidade de vida, da prevenção de riscos e agravos à luz dos determinantes sociais presentes em cada território, da produção de cuidado amparada por uma rede integrada e hierarquizada na garantia da integralidade.

A complexidade da saúde em cada território é determinante para estruturar redes de serviços com densidades tecnológicas que possam produzir, em tempo oportuno, respostas adequadas às diferentes necessidades de atendimento à saúde.

Privilegiar os mais vulneráveis enquanto estratégia para promover qualidade de vida e equidade. Utilizar a educação em saúde como medidas de inclusão, redução de desigualdades; estimular a troca de conhecimento e saberes.

A transparência, a disponibilização, a difusão de informação e de conhecimentos como reconhecimento do direito à saúde e à autonomia.

Por fim, motivar o estabelecimento de uma consciência sanitária envolve perseguir o desenvolvimento de capacidades de enfrentamento, de forma criativa, solidária e colaborativa, dos grandes desafios.

*Consciência é uma fonte criadora da existência*  
Gilberto Gil.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *A APS no SUS no enfrentamento da pandemia Covid-19*. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-pandemia-covid-19/>. Acesso em: 24 ago. 2020.

GIL, G. Íntegra do discurso de posse do ministro da cultura Gilberto Gil. In: *Carta Maior*. 2003. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Midia-e-Redes-Sociais/integra-do-discurso-de-posse-do-ministro-da-cultura-Gilberto-Gil/12/5623>. Acesso em: 26 jul. 2020.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *RCCS*, Coimbra, n. 79, p. 3-46, 2007.

SOUTO, L. R. F.; BARROS M. H. O. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.





## Capítulo 2

# Plataforma Colaborativa IdeiaSUS/Fiocruz: experiências e práticas na parceria Conass e Conasems

---

Valcler Rangel Fernandes  
Annibal Coelho de Amorim  
José Paulo Vicente da Silva  
Juraci Vieira Sergio  
Jorge Luiz Carrera Jardineiro  
Gilvan Mariano da Silva

## **Justificativa & histórico do IdeiaSUS**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA & LIMA, 2005) resulta basicamente de dois fatores interligados: a crise do sistema de saúde – com *deficit* crônico de recursos e incapacidade de dar respostas à crescente deterioração das condições de saúde da população – no contexto da crise econômica estrutural atravessada pelo País a partir do início da década de 1970; e o processo de lutas travado pelo Movimento da Reforma Sanitária no contexto de redemocratização da sociedade brasileira, que ganhou força na primeira metade da década de 1980.

O Movimento da Reforma Sanitária teve como objetivo central a transformação do sistema de saúde, tendo em vista a importância da política pública de saúde para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária. O sistema de saúde era, até então, historicamente, reconhecido por sua ineficácia e ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Caracterizava-se pelo seu cunho essencialmente curativista (centrado na cura das doenças em detrimento da prevenção e da promoção da saúde), hospitalocêntrico (com ênfase no atendimento médico-hospitalar), privativista (voltado para a produção de lucro de setores empresariais ligados ao setor saúde) e excludente (a atenção à saúde voltada para trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal ou para quem pode pagar).

Outra característica central do antigo sistema era a sua impermeabilidade à participação da sociedade na definição de seus rumos e no controle da aplicação dos recursos destinados ao seu financiamento. Os avanços produzidos pelo SUS em quase três décadas são inquestionáveis (PAIM et al., 2011). A ampliação da cobertura da atenção básica para mais de 73% da população, a Estratégia Saúde da Família, reforçada pelo Programa Mais Médicos; os cuidados na saúde bucal por meio do Brasil Soridente; o programa de vacinas e medicamentos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são alguns exemplos. O SUS oferece o maior sistema público de transplantes do mundo e um sistema público de sangue e hemoderivados extremamente seguro. A reforma psiquiátrica, cuidando dos transtornos mentais e de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas em liberdade e com dignidade (CHIORO et al., 2016). Destaca-se, ainda, a disseminação dos mecanismos de controle social, materializados em Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e no Conselho Nacional de Saúde que mobilizam milhares de cidadãs e cidadãos e contribuem para a acumulação do capital social em nosso País.

Diante do exposto, torna-se relevante conhecer essas experiências com o propósito de compreender as relações que se estabelecem e as possibilidades de construção coletiva de práticas de gestão e do cuidado voltadas para a busca de soluções dos problemas de saúde prioritários dos usuários do SUS, contribuindo de forma substantiva para produzir o cuidado à saúde no âmbito dos serviços de saúde. Da mesma forma, analisar se essas práticas contribuem, efetivamente, para a construção do princípio da integralidade no que concerne à garantia do acesso equânime e integral aos serviços e ações de saúde.

A Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) tem atuado no campo de desenvolvimento tecnológico a partir de várias iniciativas institucionais, entre estas, por exemplo, o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS); a Cooperação Social da Presidência da Fiocruz; a Coordenação de Gestão Tecnológica (Gestec), entre outras, direcionadas para o aperfeiçoamento dos sistemas de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Coerente com sua missão institucional, um grupo de profissionais da Fiocruz, implementou o IdeiaSUS inicialmente como um Banco de Práticas e Soluções de Saúde e Ambiente. Criado no ano de 2013, o IdeiaSUS é uma iniciativa da cooperação técnica entre a Fiocruz, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional

de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), no âmbito do processo de consolidação da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS.

O IdeiaSUS busca mapear, no plano local regional e nacional, experiências que tomam como referência o conceito de comunidade de prática (MACHADO et al., 2008; MOURA, 2009), em torno das temáticas de gestão e atenção integral à saúde, incluindo o enfrentamento dos determinantes socioambientais do processo saúde-doença. Visa o compartilhamento de soluções tecnológicas desenvolvidas no âmbito do SUS e objetiva aprimorar a plataforma de forma colaborativa, visando à identificação, ao registro, ao mapeamento, à sistematização, à divulgação e à reaplicação de práticas e soluções inovadoras para o SUS nos diversos territórios do País. Por meio do desenvolvimento e da integração de redes colaborativas virtuais e locais, assim como da sua gestão em redes do conhecimento, com finalidade ético-política, atingir-se-á o fortalecimento do SUS. Tem como público beneficiário principal trabalhadores, gestores e pesquisadores da rede de serviços e sistemas de saúde, conselheiros de saúde de todo País, bem como usuários do SUS e lideranças comunitárias que têm implementado ou vivenciado práticas e soluções em saúde.

A palavra ideia tem origem etimológica no grego *idea*, ‘protótipo ideal’, ou também do grego *eidos*, ‘imagem’, assumindo as expressões de ‘forma, aparência, aspecto’, ou partindo de *idein*, o ‘ver’; derivando do indo-europeu *weid*, significando a ‘imagem mental’, para se revelar como o ‘resultado do pensamento’.

O IdeiaSUS representa uma cartografia social das imagens mentais e resultados, de propostas e estratégias, desenvolvidas por sujeitos individuais e coletivos, que podem representar soluções de base local para o enfrentamento de problemas relacionados com as áreas de saúde e sustentabilidade, com foco no SUS.

A oferta de projetos diferenciados reunidos nesse ‘banco de práticas’ representa o capital social acumulado em tornos dos princípios do SUS. Essas práticas tornam-se essenciais à visão estratégica da formação de educação permanente (MASSAROLI; SAUPE, 2008), adotando o paradigma de ecologia de saberes (SOUSA-SANTOS; CHAUÍ, 2014), em que o senso comum e o saber científico dialogam, reunindo condições programáticas para enfrentar os desafios do SUS.

**Figura 1.** Fotografia da prática ‘Grupo de tratamento de tabagismo em uma cidade do Alto Oeste Potiguar (RN)’



Fonte: IdeiaSUS – Plataforma Colaborativa (março de 2020).

Nota: Profissional de saúde realizando reunião sobre tabagismo no município de Doutor Severiano (RN). (Prática cadastrada em 22/08/2019 no IdeiaSUS por Thaís Emmanuelle Silva Santiago de Azevedo).

O IdeiaSUS, concebido com ‘ênfase nas práticas e saberes locais, territorializados’, serve-se do conceito de ‘território vivo’ de Milton Santos (FARIA; BORTOLLOZI, 2009). Por esse motivo, postulamos que ele seja uma mescla entre as ‘comunidades de práticas’, retroalimentado pelos princípios das tecnologias sociais (RODRIGUES; BARBIERI, 2007). Ao mesmo tempo, uma ‘tecnologia leve’ (DIAS et al.; MERHY, 2002), mas igualmente um dispositivo agenciador e comunicacional de aprendizagens significativas de seus participantes, de uma rede tecendo em seu interior microrredes, que se multiplicam quando se conectam e entre si interagem.

Como plataforma colaborativa, o IdeiaSUS programaticamente objetiva 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 etc. Um dispositivo comunicacional cuja potência pode imprimir perspectivas partilhadas para a replicação de outras ações, que podem se seguir de reflexões necessárias à multiplicação de práticas e experiências de base locorregional.

Apoiados em Ferigato (2014), julgamos necessário e vital que processo de partilha de cada prática e experiência seja mediatizada por curadorias, conceito que nos remete ao ato de cuidar que se materializa na ‘Plataforma Colaborativa IdeiaSUS.’ Dessa forma, como parte de acervo disponível on-line, cada prática ou experiência torna-se essencial ao conjunto de atores que estabelecem formas de interlocução com a Plataforma IdeiaSUS. Segundo a autora, busca-se oportunizar ao conjunto de participantes (autores, curadores, profissionais de saúde, gestores, líderes comunitários, pesquisadores):

[...] ampliar a democratização na produção do saber em saúde, bem como produzir significativas mudanças nas relações de poder inerentes à formulação de eventos como esse [...]. (FERIGATO, 2020, p. 2).

Ferigato baseia-se no paradigma da inteligência coletiva (LÉVY, 1999) e nas contribuições da educomunicação, particularmente do sanitarista Ricardo Teixeira (1997). Para Ferigato (2014), atribuir sentidos às curadorias implica uma:

[...] transformação do relato, mas também dos sujeitos envolvidos nesse processo: autores, atores, curadores e leitores da experiência [...] ao se depararem com a experiência do outro, os curadores pudessem, singularmente, descobrir suas potências de intervenção [...] ao serem questionados sobre seu trabalho, que os autores pudessem ressignificar seu relato, [...] revisitá-lo seu lugar na experiência. Ao entrar em contato com essa troca, que os leitores pudessem aprender e contribuir a partir de sua leitura sobre os casos [...]. (p. 2).

Dessa forma, acreditamos que o IdeiaSUS pode se renovar pelas práticas de indivíduos e comunidades, a partir de experiências de sujeitos que transformam o SUS em um sistema ainda mais plural, abrindo-se para uma miríade de práticas territoriais, que se renovam pelo ‘pulsar da vida de quem o faz’. É, pois, um espaço vivo de práticas e experiências conectadas em uma dada realidade, que abordam problemas concretos e buscam soluções, ainda que no caminho trilhado com preveram que as estratégias utilizadas possam não ter sido plenamente efetivas.

As premissas que nos movem, a partir do estabelecimento de parcerias com entidades da Reforma Sanitária (como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes), com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o Conass e o

Conasems, possibilitam condições para que a Fiocruz, como instituição estratégica de Estado na área da saúde, conceba e gerencie os esforços teóricos e conceituais para o fortalecimento programático da Plataforma IdeiaSUS, reconfigurada por valores indissociáveis da Saúde & Democracia. Muitas são as referências que nos serviram de inspiração para que o IdeiaSUS fosse concebido, mas, sem o próprio SUS, essa proposta não teria se materializado, reunindo hoje mais de 2.005 experiências e práticas em diversas áreas do conhecimento, espalhadas em todas as regiões do País.

**Tabela 1.** Percentual de práticas por região de abrangência

Região	%
Centro-Oeste	7,09
Nordeste	30,38
Norte	11,02
Sudeste	34,75
Sul	15,56
Todo o Brasil	1,20
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Plataforma IdeiaSUS (março 2020).

Entidades da área de saúde, de maneira isolada ou coletiva, envidaram esforços para cartografar, selecionar, premiar, divulgar a diversidade do que é o SUS. Muitas propostas e eventos foram realizados com o propósito de destacar o ‘SUS que dá certo’ capitaneado pela Política Nacional de Humanização (PNH); ‘onde ele se encontra’, por meio de Congressos do Conass e do Conasems, identificaram-se práticas e locais por meio do ‘Aqui Tem SUS’, categorizados, premiados e certificados.

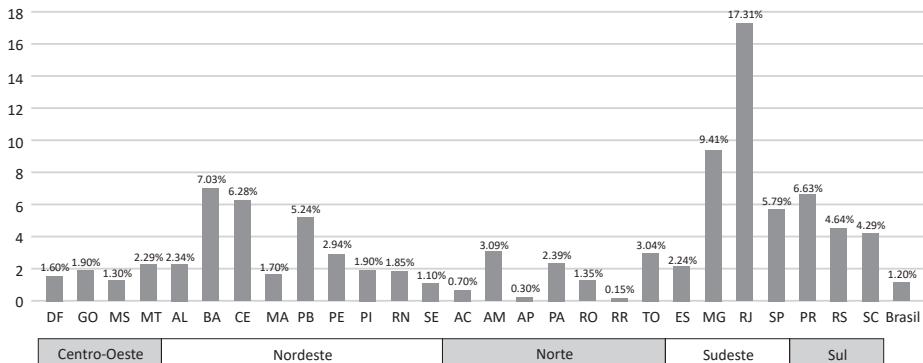
**Tabela 2.** Práticas por região e UF de abrangência

Região	UF	Total	%
Centro-Oeste	DF	32	1,60
	GO	38	1,90
	MS	26	1,30
	MT	46	2,29
<b>Total da Região</b>		<b>142</b>	<b>7,09</b>

Região	UF	Total	%
Nordeste	AL	47	2,34
	BA	141	7,03
	CE	126	6,28
	MA	34	1,70
	PB	105	5,24
	PE	59	2,94
	PI	38	1,90
	RN	37	1,85
	SE	22	1,10
Total da Região		609	30,38
Norte	AC	14	0,70
	AM	62	3,09
	AP	6	0,30
	PA	48	2,39
	RO	27	1,35
	RR	3	0,15
	TO	61	3,04
	Total da Região		11,02
Sudeste	ES	45	2,24
	MG	189	9,41
	RJ	347	17,31
	SP	116	5,79
	Total da Região		34,75
Sul	PR	133	6,63
	RS	93	4,64
	SC	86	4,29
Total da Região		312	15,56
Todo o Brasil	Todos os estados	24	1,20
TOTAL GERAL		2.005	100,00

Fonte: Plataforma IdeiaSUS (março 2020).

**Gráfico 1.** Práticas por região e Unidade de Federação (UF) de abrangência



Fonte: Plataforma IdeiaSUS (março 2020).

Reconhecendo a importância do compartilhamento de saberes como essencial ao fortalecimento e consolidação do SUS, o IdeiaSUS desenvolveu inicialmente um banco de práticas e soluções que já tinha por objetivo a identificação, publicização e troca de experiências, exitosas ou não. Assim, no presente momento, a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS é concebida com o propósito de que esse acervo sirva como um programa dinamizador de ‘inteligência coletiva a serviço do SUS’ (TEIXEIRA, 1997), conquista e patrimônio imaterial do povo brasileiro, objetivando a integração de redes virtuais e locais, tendo como perspectiva desenvolvimento de mecanismos de gestão do conhecimento (CARTONI, 2015) voltados ao fortalecimento SUS.

## Aspectos conceituais da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS

Um fenômeno, da ordem do visível (LÉVY, 1999), parece reforçar o par de oposição ‘global’ versus ‘local’, desloca nossa argumentação para as chamadas ‘redes virtuais’, nas quais se inclui o IdeiaSUS, Plataforma Colaborativa da parceria Fiocruz/Conass/Conasems.

Apoiados em Baumann (1999) e Pierre Lévy (1999), demarcamos que aspectos centrais do objeto desse documento tomam por base a ‘ecologia de saberes locorregionais’.

Sendo fiel ao título de seu livro, Baumann (1999, p. 23) demonstra que uma das consequências é o “impacto na interação social, promovendo por vezes associações e dissociações”.

O autor serve-se de Timothy W. Luke para reiterar que a

[...] a especialidade das sociedades tradicionais é organizada em torno das capacidades dos corpos humanos comuns, deixando de lado [...] o conflito cara a cara, o combate corpo a corpo, a solidariedade ombro a ombro, a comunidade face a face, a amizade de braço dado e a mudança passo a passo [...]. (BAUMANN, 1999, p. 23-24).

Enquanto alguns têm a falsa sensação de estar em todos os lugares, a maioria tem a nítida sensação de ‘estar sem o chão para chamar de seu’.

E o que dizer das práticas de sua comunidade? Se não existe localidade, o que dizer do território que compõem várias localidades? Se tudo se liquefaz, como continuar passando a história oral e seus costumes adiante?

Em face do vaticínio que estamos diante da ‘incorporeidade’, resta-nos abordar as redes virtuais a partir de Pierre Lévy (1999) em que o conceito de virtualidade

[...] não se opõe ao real, mas sim ao atual [...] é um real fantasmático, latente [...] deriva do latim medieval *virtualis*, *virtus*, força, potência [...] não existe em ato [...] é uma mutação de identidade, um deslocamento do centro [...]. (p. 15-17).

Lévy (1999) enfatiza a virtualização como uma espécie de êxodo, algo que está em permanente movimento, estando em todos os pontos da rede e, ao mesmo tempo, em lugar nenhum, desterritorializado por assim dizer.

Perguntamos: como ‘operar’ e ‘alimentar’ uma plataforma cibernética, que entre outras funções deve proporcionar interações de práticas locorregionais? Usaremos sua potência metodológica para explicitar que os processos de trabalho do IdeiaSUS podem mapear e agenciar encontros de comunidades de práticas.

Submetidos a uma lógica que continuamente distancia as trocas nos planos locais, como profissionais do IdeiaSUS, devemos pensar globalmente, mas atuar no plano local em articulações com novos atores estratégicos, encontros temáticos ou em Rodas de Práticas, estruturação de curadorias e/ou participação em Seminários e Congressos, estabelecendo pontos de intercessão que ampliem o esforço colaborativo do IdeiaSUS como plataforma/dispositivo de trocas colaborativas.

**Figura 2.** Fotografia da prática ‘Projeto Cuidados no Lar’



Fonte: IdeiaSUS – Plataforma Colaborativa (março de 2020).

Nota: Profissional de saúde realizando atendimento domiciliar no município de Morrinhos (GO). (Prática cadastrada em 13/06/2019 no IdeiaSUS por Marinare Santos de Oliveira).

Ressalte-se que o número de práticas cadastradas tende a aumentar exponencialmente quando são realizadas algumas das atividades acima citadas, constituindo-se parte de um planejamento estratégico no âmbito institucional e na relação com parceiros como o Conass e o Conasems.

Assim, cumpre ressaltar que a plataforma cibernética não prescinde do plano das relações que se estabelecem nas trocas entre profissionais e gestores, momentos que potencializam o trabalho locorregional.

Analisamos Almeida Filho (2018), que, em Editorial na Interface, detém-se na importância da ‘competência tecnológica crítica em Saúde’ afirmando que:

[...] A prática dos operadores de sistemas, políticas, programas e serviços de Saúde, num futuro que esperamos próximo, vai requerer postura inter-transdisciplinar, interprofissional, multireferenciada, sensível culturalmente, politicamente responsável, fomentadora de qualidade com equidade [...], o que nos leva ao questionamento: [...] que saberes, competências e habilidades serão minimamente necessários? [...]. (p. 667).

Demarca-se, assim, que não se perca de vista que a plataforma colaborativa é apenas o caráter instrumental, uma ferramenta, dispositivo

tecnológico por assim dizer, e que o aspecto incremental deve estar alicerçado em ‘outro tipo de tecnologia’, aquela de caráter relacional, uma tecnologia leve como nos recomenda Merhy (2002).

Tão necessária quanto a epidemiologia crítica e emancipadora de Jaime Breilh (2010), ressaltamos a crítica consistente de Almeida Filho a uma tecnocracia que se afasta das tecnologias relacionais, que contribuem para que as práticas em saúde sejam encaradas como ato vivo (MERHY, 2002) nas linhas de cuidado da integralidade.

Dessa forma, buscamos apoiar metodologias que impliquem os sujeitos de direito sanitário que se encontram espalhados em territórios repletos de desigualdades sociais e iniquidades em saúde (FADEL; BARROS, 2013). Propomos que o IdeiaSUS, para além de sua dimensão de repositório, comporte-se como um dispositivo que retroalimente um processo analisador de base territorial, por sua potencialidade da implicação de sujeitos, outro passo importante no apoio à gestão territorializada do SUS. Nesses locais, as trocas resultantes de encontros entre os saberes científicos e populares, podem conformar redes sociotécnicas de caráter sustentável propostas por Teixeira (1997).

Baseados em Kastrup (2018), acreditamos que, para atingir o objetivo da construção de uma agenda positiva do IdeiaSUS, é necessário compreender a insígnia de Jaime Breilh:

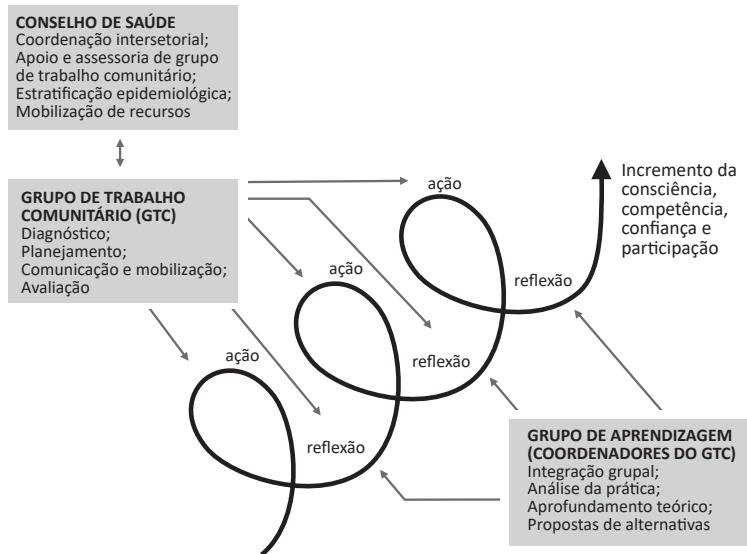
As pessoas estão condicionadas a viver dessa forma que não é boa para a sua saúde, com sistemas de trabalho cada vez mais perigosos, sistema de consumo baseado no desperdício, uma forma que não é protetora de um ‘*buen vivir*’, mas de um consumo comercial, despojada de recursos de defesa, de suportes de organizações protetoras coletivas e comunitárias. (BREILH, 2010, p. 83).

Isso nos leva a propor que o conjunto de metas e objetivos estratégicos para que o IdeiaSUS passe necessariamente pelo fortalecimento de metodologias dialógicas, seguidas da sistematização das experiências territoriais/lokais, como parte de processo de trabalho das redes sociotécnicas estruturadas, proporcionando aos protagonistas de encontros locorregionais reflexões permanentes acerca de suas práticas.

Ressaltamos o IdeiaSUS como parte de um arranjo, arcabouço que tem nas rodas e curadorias dispositivo analisador de cartografias territoriais de práticas que abordam temas/necessidades (AMORIM et al., 2018) de saúde da população. Sintetizamos que o IdeiaSUS parte do conhecimento

praxiológico (CARVALHO; LUZ, 2009) entre profissionais, gestores de saúde e lideranças locais, propiciando uma espiral permanente de reflexões, representada na *figura 3*.

**Figura 3.** Espiral de reflexões territoriais



Fonte: AMORIM et al., 2018.

Parte das reflexões resultantes desse processo analisador pode ser continuamente revisitada a partir de curadorias locorregionais (FERIGATO, 2014), adensando a ecologia de saberes e, ao mesmo tempo, potencializando sua publicização na Revista Eletrônica da Plataforma Colaborativa do IdeiaSUS, como parte do apoio à gestão estratégica do SUS.

Curadorias que, segundo Ferigato (2014), podem adquirir novos sentidos para além do ato de articular e valorizar as práticas e experiências dos autores. Nesse processo de ressignificação proporcionado pelo que Ferigato denomina o 'olhar-curador', que se manifesta como em uma "[...] proposição ativa e transformar modos hegemônicos de produção e meios de socialização do conhecimento em saúde [...]" (FERIGATO, 2014, p. 1).

Dessa forma, observando o princípio colaborativo norteador da Plataforma do IdeiaSUS, o olhar-curador de práticas e experiências pode

assumir o “papel de cuidar [...] contribuir para que elas sejam relatadas de maneira mais clara, intensiva e detalhada possível [...]” e “[...] dar relevo não apenas ao saber, ao sabor da experiência [...]” (FERIGATO, 2014, p. 2).

Assim, é a combinação do ‘saber da experiência’ (BONDÍA, 2002) e o ‘sabor da experiência’ (FERIGATO, 2014) no regime de partilha de olhares de autores e curadores, ao que a autora chama de ‘descobrir potências de intervenção’, ‘ressignificação e revisitação’ de cada lugar destas experiências.

**Tabela 3.** Quantidade de práticas por categorias

Categorias	Total	%
Arboviroses, Zoonoses e Doenças Negligenciadas	27	1,35
Assistência Farmacêutica	44	2,19
Atenção Básica	500	24,94
Atenção Especializada (Ambulatorial e/ou Hospitalar)	29	1,45
Atenção integral às Populações do Campo, Floresta e Águas	9	0,45
Atenção Psicossocial e Saúde Mental	90	4,49
Educação, Informação e Comunicação em Saúde	61	3,04
Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	107	5,34
Inclusão e Acessibilidade	4	0,20
Participação da Comunidade e Controle Social	244	12,17
Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde	20	1,00
Planejamento, Gestão em Saúde, Estratégica e Participativa	274	13,66
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	106	5,29
Promoção da Saúde	363	18,10
Saúde, Ambiente e Sustentabilidade	2	0,10
Vigilância em Saúde	125	6,23
<b>TOTAL</b>	<b>2.005</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Plataforma IdeiaSUS (março 2020).

Estamos, pois, em busca dos saberes e sabores das práticas e experiências que se materializam na troca de olhares entre autores (profissionais, gestores, líderes comunitários, estudantes, pesquisadores etc.) a partir da ‘Plataforma Colaborativa do IdeiaSUS’.

## Metodologia

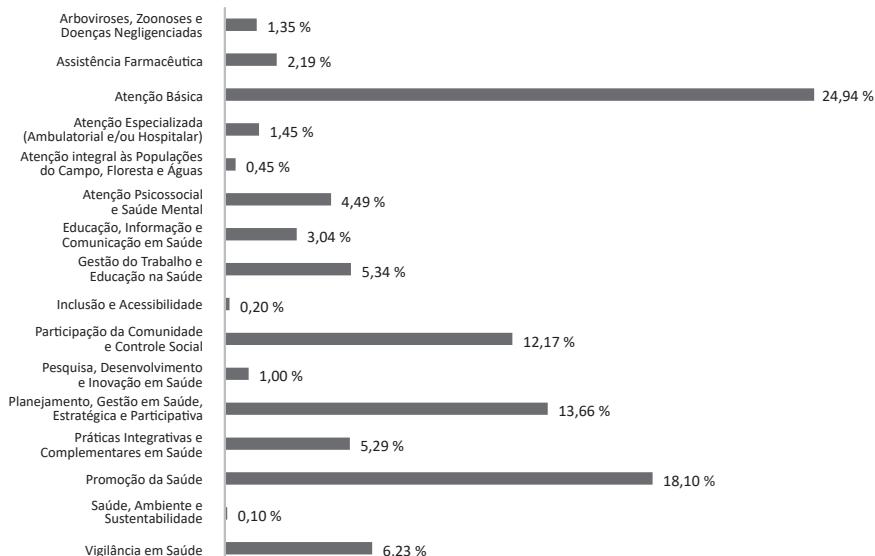
Para fins de desenvolvimento das ações do IdeiaSUS, serão observados os dispositivos legais que dão amparo à missão institucional da Fiocruz, tendo como pressuposto a Política de Acesso Aberto adotada pela instituição, com o devido respeito ao *copyright* dos autores, seus produtos e portfólios, tanto no plano individual como no coletivo, resguardando aos parceiros estratégicos, o caráter de autoria e/ou coautoria nas ações previstas.

A Fiocruz poderá lançar mão de suas Unidades, distribuídas em todo o País, com o propósito de fortalecer o conjunto de ações programáticas concebidas, consideradas suas especificidades, a partir do processo de Coordenação Técnica previsto nesse Projeto Executivo, alinhando metas a serem atingidas com parceiros estratégicos escolhidos por intermédio da celebração de cooperações institucionais nacionais e internacionais. Em muitas de nossas atividades, servimo-nos do conceito de pesquisa-ação,

[...] um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. (THIOLLENT; SILVA, p. 95-96).

Segundo Tripp (2005), trata-se de um processo cílico no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e pesquisar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria pesquisa.

**Gráfico 2.** Práticas por categoria



Fonte: Plataforma IdeiaSUS (2020).

Outra ferramenta central utilizada é a Sistematização de Experiências. Sistematizar experiências é um desafio político-pedagógico pautado na relação dialógica e na busca da ‘interpretação crítica dos processos vividos’. Trata-se de um exercício rigoroso de aprendizagem que contribui para refletir sobre as diferentes experiências, implicando a identificação, a classificação e o (re)ordenamento dos elementos da prática; utiliza a própria experiência como objeto de estudo e interpretação teórica, possibilitando a formulação de lições e a disseminação. Poderoso instrumento para a prática transformadora, realizada por meio de metodologias participativas bastante testadas na América Latina, a sistematização busca reconstruir experiências.

Sistematizar implica compreender, registrar, ordenar, de forma compartilhada, a dimensão educativa de uma experiência vivenciada. Segundo Oscar Jara Holliday (2006), a sistematização de experiências pressupõe como fundamento a concepção metodológica dialética, que entende a realidade histórico-social como uma totalidade, como um processo histórico: a realidade é, ao mesmo tempo, una, mutante e contraditória porque é histórica; porque é produto da atividade transformadora, criadora dos seres humanos.

No âmbito do IdeiaSUS, a sistematização é um instrumento poderoso para contribuir para o enfrentamento aos desafios que estão colocados, uma vez que essas experiências contêm aprendizagens fundamentais que podem e devem ser disseminadas, e são potenciais indutores de políticas públicas sustentáveis. Só à medida que é produzida uma compreensão mais profunda das experiências realizadas é possível compartilhar aprendizagens, identificar e construir abordagens teóricas que contribuem para o aprimoramento das práticas, estabelecendo, assim, ciclos virtuosos de ordenamento e reconstrução, reflexão crítica, possibilitando o intercâmbio com iniciativas afins e a disseminação das experiências, gerando muitas possibilidades e responsabilidades. Dessa forma, o IdeiaSUS se apresenta como um dispositivo, uma ferramenta comunicativa, do trabalho colaborativo em redes. Para Castels (2000, p. 497), redes “constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e da experiência, poder e cultura”.

Essas redes sociotécnicas, conceito que Ricardo Teixeira (1997) explora com frequência em seus artigos, podem (re)vitalizar relações estabelecidas por ‘comunicadores da/na saúde’, particularmente aqueles que militam no SUS, constituindo-se formas de educomunicação, alinhadas com mídias sociais que, além de impulsionarem a Plataforma Colaborativa, imprimirão a mesma lógica e dinâmica própria de diálogos que confluem para a constituição de novas micro ou macrorredes nos territórios ou comunidades de práticas.

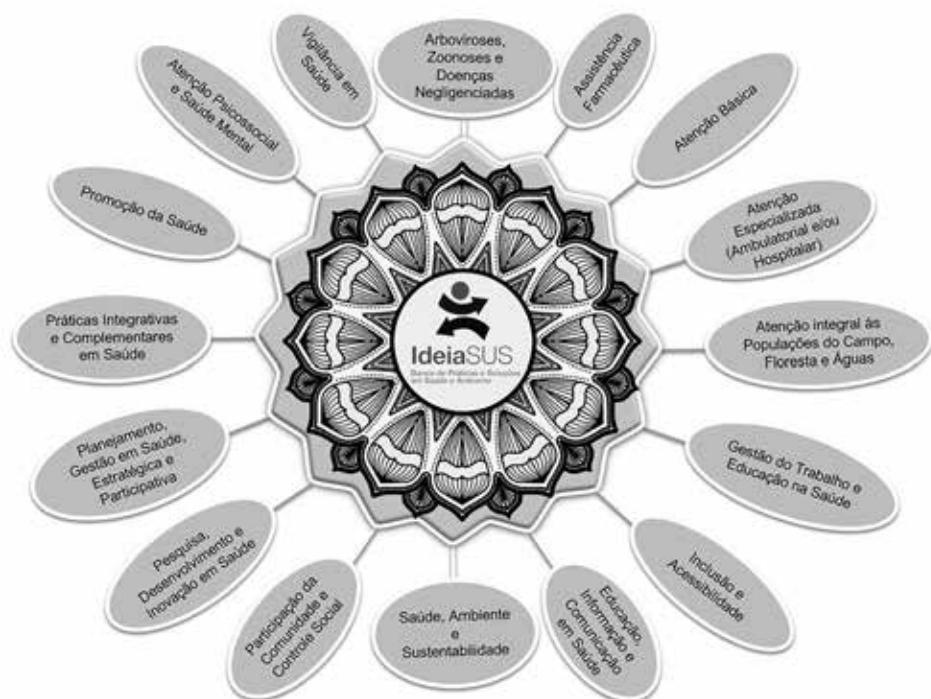
A realização das rodas de práticas locais, regionais e nacionais e demais práticas de campo, como a realização dos programas Saúde na Estrada e Sala de Convidados do Canal Saúde/Fiocruz, além de funcionarem como dispositivos disparadores da sistematização de experiências nos territórios, também promovem a integração das redes virtuais colaborativas, como as comunidades de práticas e a integração horizontal entre os territórios onde acontece a produção social da saúde. Como consequência natural da realização das rodas de práticas e soluções, estarão disponíveis na Plataforma do IdeiaSUS e seu aplicativo um expressivo conjunto de informações essenciais ao processo de sistematização referido.

Nesse sentido, poderão ser utilizadas, por exemplo, atividades presenciais de ‘formação de formadores’, ampliando a capacidade de oferta das ações programáticas a profissionais, gestores da rede de serviços e sistemas de saúde, lideranças comunitárias, conselheiros de saúde de todo o País, indicados pela Fiocruz e os seus parceiros.

Como um dos referenciais analíticos centrais, toma-se o conceito de transição tecnológica. A noção de transição aponta para a passagem de um modo de produção a outro, passando do modelo médico-hegemônico produtor de procedimentos para outro centrado na equidade e promoção da saúde no/do SUS (AMORIM et al., 2018), sustentável e distributivo, com repercuções positivas sobre a saúde da população.

Cumpre destacar que, ao processo de sistematização de práticas e/ou experiências, deve sobrevir o processo de partilha com vista à disseminação do conhecimento, que pode, por exemplo, concorrer para a vigilância e a mobilização social (AMORIM et al., 2018) de experiências como discutido pelos autores no artigo sobre as arboviroses.

**Figura 4.** Mandala com as principais temáticas contempladas pelo IdeiaSUS



## Considerações finais

Este capítulo – escrito durante momentos de pandemia da Covid-19 – encontra-se ancorado historicamente na Fiocruz, que celebra seus 120 anos como uma das maiores instituições estratégicas de Estado na área da saúde, ciência e tecnologia, inovação, representação icônica do complexo-médico-hospitalar que, em vários momentos dramáticos de nosso País, demonstrou a importância de sua presença no cenário da saúde pública.

Nesse sentido, a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS da Fiocruz tem, entre seus aspectos centrais de necessária institucionalidade, a perspectiva de fortalecer a difusão das comunidades de práticas e experiências, como um importante mecanismo interinstitucional, uma vez que a Fiocruz se associa ao Conass e ao Conasems, entidades representativas que, na ponta, encontram-se vinculadas ao SUS. Nesta perspectiva, a institucionalidade da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS depende de sua capilarização (intra)institucional na medida em que busca estabelecer protocolos de cooperação, com projetos que lidam com os conceitos próximos da educomunicação, da ecologia dos saberes, da vigilância popular em saúde e dos objetivos do desenvolvimento sustentável, entre tantos outros.

É necessário que o caminho trilhado teórica e conceitualmente pela Plataforma Colaborativa IdeiaSUS articule-se às definições programáticas institucionais, que, de maneira longitudinal, garanta sua viabilidade com recursos, que poderiam alavancar estratégias loco-regionais de caráter sustentável. Estamos destacando que a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz tem, neste e em outros momentos críticos do Brasil, o papel de dar visibilidade as experiências e práticas que surgem em várias regiões de nosso país.

Reunir e difundir experiências e práticas por meio da ‘Plataforma Colaborativa IdeiaSUS da Fiocruz’ se transformou em um qualificado processo de trabalho, na medida em que oportunize com seus possíveis desdobramentos (sistematização, curadorias, educação à distância, pesquisa-ação de base territorial, projetos de pesquisa, estabelecimento de uma linha editorial própria, revisões e/ou atualização sistemáticas de filtros, inovação tecnológica etc.) o fortalecimento do SUS, patrimônio imaterial do povo brasileiro.

---

**Figura 5.** Fotografia da prática ‘Vigilância da febre amarela nas comunidades de difícil acesso’



Fonte: IdeiaSUS – Plataforma Colaborativa (março de 2020).

Nota: Profissional de saúde realizando vacinação em morador da área rural do município de Rio Claro (RJ). (Prática cadastrada em 04/05/2008 no IdeiaSUS por Reynaldo de Jesus Oliveira Júnior).

## Referências

- SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de saúde*, RJ, p. 43-7, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. Competência tecnologia crítica em Saúde. Editorial. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 667-671, 2018.
- AMORIM, A. C. et al. Denaturalizing “long-lasting endemic diseases”: social mobilization in the context of arboviral diseases in Brazil. In: Global and Health inequities in Latin America, Springer, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-67292-2\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-67292-2_5). Acesso em: 12 mar. 2020.
- AMORIM, A. C. et al. Health and equity in Latin America: utopias and reality. *Health Prom. Int.*, v. 34, n. suppl. i11-i19, 2019. Disponível em: [https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/34/Supplement\\_1/i11/5416752](https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/34/Supplement_1/i11/5416752). Acesso em: 08 mar. 2020.
- BAUMANN, Z. *Globalização: As Consequências Humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Bras Educ.*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- BREILH, J. *La epidemiología crítica*: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 6, n. 1, p. 83-101, 2010.
- CARTONI, D. M. *Gestão do conhecimento como ferramenta de estratégia organizacional*. 2015. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/view/271>. Acesso em: 08 fev. 2020.
- CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Health practices, constructed meanings and senses: theoretical instruments to help the interpretative analysis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 313-26, 2009.
- CASTELS, M. *O poder da identidade*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- CHIORO, A.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp, p. 122-135, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2020.
- DIAS, M. S. A. et al. *Tecnologias leves em Saúde – Saberes e práticas da residência multiprofissional em Saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em:

<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/tecn>. Acesso em: 08 fev. 2020.

FADEL, L. C. V.; BARROS, M. H. O sujeito sanitário na perspectiva do direito. In: *Direito e Saúde: Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários*. Alagoas: Edufal, p. 27-52, ISBN: 9788571777194, 2013.

FARIA, R. M.; BORTOLLOZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *HYGEIA*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco\\_territorio\\_e\\_saude.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf). Acesso em: 08 fev. 2020.

FERIGATO, S. *O Processo de curadoria em Saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. 2014. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/63622-ii-oficina-de-curadoria-da-iv-mostra-nacional-de-experiencias-em-atencao-basica>. Acesso em: 08 fev. 2020.

FERNANDES, V. R., et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3173-3181, 2017.

JARA, O. *Para sistematizar experiências*. Brasília, DF: MMA, 2006.

KASTRUP, E. et al. *Relatórios de Pesquisa: Percepção de especialistas em Saúde sobre a Agenda 2030*. 2018. Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEE\\_Relat%C3%B3rio%20de%20Pesquisa\\_agenda2030.pdf](https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEE_Relat%C3%B3rio%20de%20Pesquisa_agenda2030.pdf). Acesso em: 08 fev. 2020.

LÉVY, P. *O que é o Virtual?* São Paulo: Editora 34, 1999.

MACHADO, L. P.; YAMAGUCHI, C. K.; VIEIRA, A. C. P. *Abordagem brasileira sobre comunidades de prática: estudos a partir de busca sistemática*. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/workshopadm/issue/view/156>. Acesso em: 08 fev. 2020.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. *Distinção Conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde*. 2008. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2020.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Campinas: Hucitec, 2002.

MOURA, G. L. Somos uma comunidade de prática? *RAP*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 323-46, 2009.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>. Acesso em: 08 mar. 2020.

PLATAFORMA IDEIASUS. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RODRIGUES, I.; BARBIERI, J. C. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1069-1094, 2008.

SOUZA-SANTOS, B.; CHAUÍ, M. *Direitos Humanos, democracia e Desenvolvimento*. São Paulo: Cortez, 2013.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 7-34, 1998.

THIOLLENT, M.; SILVA, G. O. *Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais*. 2007. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bits-tream/icict/17580/3/ve\\_Michel\\_Thiollent\\_20\\_pt.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bits-tream/icict/17580/3/ve_Michel_Thiollent_20_pt.pdf). Acesso em: 08 fev. 2020.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Edu. Pesq.* São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2020.



## Capítulo 3

# IdeiaSUS/Fiocruz: curadoria em saúde, o **desafio de apoiar e acompanhar práticas e** soluções em saúde

---

Marta Gama de Magalhães  
Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira  
Vanderléia Laodete Pulga  
André Luís Bonifácio de Carvalho

## O cenário

O cenário de implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, tem apontado a necessidade de retomada e resgate dos princípios e diretrizes que balizam o Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia para o fortalecimento da sua capacidade de resposta, ante as demandas e necessidades de saúde da população e diante das responsabilidades de cada ente federado.

As normativas que sustentam a base do SUS, destacadamente, a Constituição Federal (arts. 196 a 200), a Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 e o Decreto nº 7.508/2011 apresentaram a necessidade de maior qualificação técnica da gestão do SUS, no âmbito estadual e municipal, trazendo um grande desafio: qualificar o SUS no campo da universalização do acesso, da organização das redes de cuidado, hierarquizadas e regionalizadas, da participação popular e da transformação das condições de saúde nos territórios.

O SUS vem conseguindo superar obstáculos, ampliando o acesso a serviços públicos de saúde, o crescimento do número de trabalhadores(as) no setor, com amplo grau de capilaridade, mesmo com uma importante limitação no seu financiamento. O sistema está desenhado para ser descentralizado, e funciona assim em vários níveis de gestão e atenção, contando com instâncias de pactuação entre gestores – as comissões in-

tergestores – e com instâncias de controle social – os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

A saúde é um direito humano e social conquistado pela sociedade brasileira, resultado de um movimento social vigoroso e de estratégias políticas ousadas que levaram à consolidação das suas bases institucionais, viabilizando a construção de um sistema público universal de saúde, fundamental em um país com mais de 200 milhões de habitantes.

## A Fiocruz e o IdeiaSUS

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como o órgão do Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e unidades descentralizadas nas cinco regiões do Brasil e um escritório internacional, é responsável pela execução de ações de ciência e tecnologia em saúde, com o objetivo de prestar apoio estratégico aos gestores do SUS. Para tanto, elabora ações de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, ensino técnico e de pós-graduação, nas áreas de promoção, vigilância epidemiológica e sanitária, ambiente, produção de medicamentos e imunobiológicos, atenção especializada materno-infantil e a portadores de doenças infecciosas, gestão de sistemas e serviços da saúde e de informação e comunicação em saúde.

Tem como missão produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias para o fortalecimento e a consolidação do SUS e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais.

Balizado pelos princípios e missão institucional da Fiocruz, o IdeiaSUS foi criado no ano de 2013, no âmbito da cooperação técnica para consolidação da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS, por meio de uma parceria entre a Fiocruz, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O IdeiaSUS desenvolve ações que o configuram como uma Plataforma Colaborativa, tendo como objetivo o desenvolvimento de processos de identificação, registro, mapeamento, sistematização, acompanhamento e divulgação de práticas e soluções em saúde, entendendo-as como tecnologias inovadoras do SUS. Nesse dinâmico movimento institucional, vem construindo e potencializando redes colaborativas e integradoras, virtuais e locais, que possibilitam a democratização do conhecimento produzido pelas práticas de saúde, no campo da gestão e da atenção integral à saú-

de; e tendo como foco os atores que constroem o cotidiano do SUS, que, diante de suas vivências, repensam, retroalimentam e compartilham suas práticas, em um permanente aprendizado.

O IdeiaSUS configura-se, assim, como um dispositivo capaz de permitir e, ao mesmo tempo, provocar reflexões sobre as práticas de gestão e sua dinâmica no cuidado em saúde, produzindo, mediante suas rodas e curadorias, um movimento disparador de análises e trocas nos territórios do SUS, abordando temas que demarcam as reais necessidades de saúde da população. É importante salientar o relevante papel aglutinador das Rodas de Práticas enfatizado na fala de Valcler Rangel Fernandes, coordenador do IdeiaSUS, por ocasião de sua participação em uma Roda:

*Trazer para a Fiocruz, que é a casa da ciência, da tecnologia e da saúde, a possibilidade de unir quem produz ciência e quem faz o SUS acontecer é uma oportunidade ímpar. Validar essas iniciativas coletivamente, não do ponto de vista científico, mas do conhecimento que é produzido em cada uma das Secretarias de Saúde aqui representadas é, por si só uma inovação. Compartilhando as ideias, podemos pensar, juntos, formas de adaptá-las em diferentes realidades e, desta forma construir novos modelos que poderão fortalecer o SUS.*

## O espaço privilegiado de intervenção

O complexo território da saúde, do ambiente e suas possibilidades é o cenário de atuação do IdeiaSUS, com base na compreensão de que o mundo do trabalho em saúde se constitui como diverso, complexo, criativo, dinâmico, que tem sempre uma finalidade para que se realize e que considera uma determinada necessidade das pessoas. Cecílio (2001, p. 114-115) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos:

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

Nesse contexto, o trabalho em saúde deve responder a toda essa complexidade e produzir intervenções e uso de diversas tecnologias para a produção do cuidado.

As reflexões sobre tecnologias de trabalho em saúde produziram diversos estudos, entre eles a proposta de sua diferenciação, chamando-as de ‘tecnologias materiais’ e ‘tecnologias não materiais’ citadas por Gonçalves (1994). No entanto, foi Merhy (1997, p. 71-112) que estabeleceu três categorias de tecnologias de trabalho que refletem plenamente a complexidade do campo da saúde. Listou as “tecnologias duras”, as “leveduras” e as “tecnologias leves”; sendo que Merhy (1997, 2002) e Franco (1994) explicaram também que o uso da tecnologia leve traduz o ‘trabalho vivo em ato’, que expressa o momento da atividade produtiva de cuidar como o momento em que os atores envolvidos, profissionais de saúde e usuários possuem liberdade e autonomia para interagir em busca da melhor estratégia para as soluções em saúde, todos sujeitos da produção do cuidado. Isso determina uma fundamental característica do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece na relação individual ou coletiva entre todos os envolvidos e suas singularidades. No campo da micro e das macropolíticas de saúde, essa caracterização é decisiva para a construção de práticas e soluções em saúde que efetivem e fortaleçam o SUS, nos seus diversos níveis de atuação e entre todos os entes federados. A gestão tem papel importante na organização de processos de trabalho e desenvolvimento de arranjos institucionais para a construção de novos modos de produção do cuidado.

É no campo da micro e das macropolíticas, no campo da gestão e da atenção em saúde que o IdeiaSUS vem empreendendo suas atividades, na busca por dar visibilidade e protagonismo ao conhecimento produzido pelas práticas em saúde, suas potencialidades e transformações.

## **A curadoria como caminho escolhido para a sistematização das práticas**

A produção de saberes e conhecimentos que emergem a partir das práticas de saúde, seja no cuidado à saúde das pessoas, na gestão do cuidado, dos serviços ou de sistemas locorregionais, na participação e controle social do SUS ou, ainda, nos processos de formação em/na saúde; é essencialmente estratégica para o aprofundamento e o aprimoramento de conhecimentos e de produção de inovações na área da saúde.

A sistematização de informações e dados é utilizada pelas mais variadas formas de conhecer, pesquisar, analisar e produzir conhecimentos. Entretanto, a sistematização de experiências tem seu diferencial por ser uma prática social em que cada experiência contém em si, suas peculiaridades que não podem ser reproduzidas, mas compreendidas, interpretadas, analisadas; para, a partir disso, utilizar seus aprendizados para ressignificar ou dialogar com outras experiências e referenciais teóricos, e até mesmo serem utilizadas como referenciais para novas práticas em saúde.

Assim, na perspectiva teórico-metodológica da Sistematização de Experiências, em especial, a trazida por Oscar Jara (2013), e tendo como base dessa iniciativa as práticas exitosas no SUS e premiadas pelo Conasems e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ), o IdeiaSUS assumiu o desafio para esse caminho de produção inovadora. Esse processo de produção de conhecimentos a partir das práticas no IdeiaSUS vem se dando a partir da metodologia participativa e problematizadora, capaz de produzir momentos e espaços de reflexão e apoio para o aprendizado, troca de conhecimentos e construção de inovações.

A sistematização das experiências é uma ferramenta pedagógica eficaz para a produção de conhecimentos a partir das práticas sociais. Segundo Jara (2013), enseja a dimensão ontológica do ser humano contribuindo para a construção da identidade, do pertencimento coletivo dos sujeitos envolvidos no processo. Nessa dimensão, reflete-se como a sistematização de experiências de vida, nutre e fortalece a identidade, os espaços vitais das pessoas, as formas de ser e conviver no mundo, integrando temas como direitos humanos, saúde, agroecologia, questões relacionadas com as relações sociais de gênero, étnico-raciais e geracionais, entre outras que fomentam reflexões sobre o ser humano.

Além disso, há uma dimensão metodológica que apresenta a utilização de procedimentos, métodos, metodologias e ferramentas de maneira inovadora. Quem realiza a sistematização das práticas adquire e fortalece conhecimentos em nível metodológico-procedimentais.

Nessa perspectiva, a dimensão epistemológica, ou seja, a dimensão do conhecer, desenvolve a produção de conhecimentos como produção histórico-social que se incorpora na abordagem crítica da experiência, o que permite a construção de categorias, conceitos e reflexões teóricas a partir das práticas.

Além dessas dimensões, a sistematização de experiências promove a dimensão política, ou seja, do agir humano transformador da realidade,

das relações humanas e destas com as outras formas de vida, a partir do protagonismo individual e coletivo das pessoas envolvidas.

Esse processo de produção de conhecimentos a partir das experiências exige uma compreensão interdisciplinar acerca da realidade, dos sistemas complexos, da complexidade das redes, dos contextos e das ações dos diversos atores sociais. Requer uma postura de diálogo, a interação de saberes, a compreensão de que cada experiência é única e singular em sua forma de existência, mas que dela podem brotar saberes, conhecimentos e orientações de como podemos agir em situações similares.

Nessa direção, também requer uma postura aberta aos aprendizados que o processo poderá produzir nos atores envolvidos, ou seja, ao intervir na realidade, produzem-se estranhamentos, questões, reflexões e aprendizados, o que difere da postura de que é preciso antes saber para depois intervir.

Esses processos de produção de saberes e conhecimentos a partir das experiências produzem implicações e compromissos éticos com os sujeitos envolvidos, com os contextos e suas problemáticas.

A sistematização de experiências é abordada de forma bastante abrangente e busca socializar um conjunto de ferramentas para que possa ser apropriada por diversos sujeitos individuais e coletivos que atuam em processos educativos, formativos, de saúde e sociais em diferentes contextos e espaços institucionais.

Em tempos em que novos paradigmas precisam ser construídos para dar conta das adversidades e realidades, a sistematização de experiências, como parte da produção da América Latina, com as obras de Oscar Jara (1994, 2006, 2011, 2013, entre outras), em especial, da área da educação popular com base nas obras de Paulo Freire (1965, 1968, 1992, 1996, entre outras) e, no Brasil, da educação popular em saúde, traz um amplo arcabouço de ferramentas que possibilitam discutir e criar paradigmas mediante a interpretação crítica das práticas sociais, particularmente, as do campo da saúde como a base dessas experiências do IdeiaSUS.

O percurso escolhido pelo IdeiaSUS tem como estratégias as Rodas e a Curadoria. Nas Rodas, as práticas vão sendo compartilhadas e problematizadas com diferentes atores sociais que possibilitam a ressignificação e o aprimoramento dessas experiências no SUS.

Na Curadoria, um dos desafios vem sendo a gestão da produção dos saberes e conhecimentos que emergem dessas práticas. Nessa perspectiva, a sistematização de experiências é uma das ferramentas que se tem mostrado muito eficaz a partir da realização de Oficinas sobre Sistematização

de Práticas, coordenadas pelo IdeiaSUS em nível nacional, em que cada uma das experiências premiadas assumiu esse compromisso coletivo.

Em cada oficina, para além da socialização das práticas, foi realizado um processo de reflexão, problematização e ressignificação a partir dessa metodologia participativa de sistematização das experiências.

Jara (2013, p. 76) nos explica que,

[...] a sistematização de experiências produz a partilha de conhecimentos e aprendizagens significativos que permitem nos apropriar criticamente das experiências vividas, compreendê-las teoricamente e orientá-las ao futuro com uma perspectiva transformadora.

Assim, considerando as experiências premiadas na Mostra Nacional Aqui Tem SUS do Congresso Conasems de 2018 e da Mostra Estadual de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS/Cosems RJ de 2019, o IdeiaSUS marca uma nova etapa do seu trabalho, incorporando às suas já existentes atividades de registro, troca, divulgação e realização das Rodas o processo de acompanhamento das práticas em saúde, por meio da implementação das ações de curadoria em saúde. Entende-se a curadoria em saúde como o ato de apoiar e acompanhar as práticas em saúde, mediante seus gestores, profissionais de saúde, usuários, para a qualificação da ação cotidiana implementada e do seu registro na Plataforma IdeiaSUS, por intermédio de mediações que possibilitem a abertura para a troca de conhecimentos e socialização dos saberes, análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida pela prática em saúde. Esse movimento de ação-reflexão-ação produz um aprendizado riquíssimo para os sujeitos que o constroem e é também uma oportunidade de aprendizado para outros atores sociais.

As Mostras são o momento do grande encontro e expressão maior do SUS vivo. Lugar construído pelos trabalhadores da saúde, em que se desnudam a criatividade, a resolutividade e a inovação das práticas do cuidado e da gestão do nosso sistema público de saúde. As Mostras mobilizam todo o cenário da saúde, produzindo um chamamento para que se revelem a alegria, a força, as iniciativas da macro e das micropolíticas, palco da construção cotidiana dos trabalhadores do SUS e do diálogo e troca entre as práticas. Palco em que brilham, anonimamente, todos os dias, cuidando, cuidando, cuidando... E que nos espaços das Mostras Nacional e Estaduais se apresentam com toda a sua grandeza e beleza.

Esse grande movimento de mobilização inicia-se nas Mostras Estaduais de cada Cosems por estado e tem seu ápice na Mostra Nacional ‘Brasil

Aqui Tem SUS' do Conasems, que acontece anualmente. São décadas de mobilização dos Cosems e uma importante conquista, que se traduz na realização dessa marcante Mostra Nacional 'Brasil Aqui Tem SUS', como um dos grandes momentos do Congresso do Conasems e do SUS nacional, que vem sendo realizada há 16 anos. Sem dúvida, a maior Mostra Nacional do SUS e uma das maiores da América Latina.

A força e a visibilidade do SUS se expressam nesses grandes palcos de reconhecimento do nosso sistema universal de garantia de direito à saúde, com o compromisso de dar voz à produção, às evidências, ao impacto de todas as ações do SUS e às suas potencialidades, diante das diversas demandas e necessidades de saúde da população.

Citando Ferigato (2014), IV Mostra de Experiências na Atenção Básica, entendemos a curadoria como espaço de produção de reflexões resultantes desse processo analisador das práticas de saúde. Segundo a autora,

[...] identificamos na função curatorial um elemento significativo para operar transformações, produzir encontros potentes entre trabalhadores da rede de saúde [...] e [...] nesse sentido, a atividade de curadoria passa a incluir um importante exercício do olhar [...], [...] capaz de selecionar, compor, articular e elaborar discursos expositivos, possibilitando a reversibilidade pública daquilo que foi visto e percebido [...]. (FERIGATO, 2014, p. 1).

Pensando ainda sobre curadoria em saúde, o IdeiaSUS compartilha, com o modo como o campo artístico vivencia a curadoria, algumas ideias como:

[...] a abertura para as trocas de conhecimento e socialização do saber, a função mediação, a valorização da inter-relação entre produções humanas, o desenvolvimento da capacidade de olhar [...]. (FERIGATO, 2014, p. 4-5).

Identificamo-nos, especialmente, com a noção que remete ao cuidado e mediação.

Nesse cenário de construção e implementação da curadoria em saúde, consideramos que os protagonistas das práticas apontaram a necessidade de aprender a compartilhar as práticas a partir de outras formas, que não somente o relato oral, e querendo ver e aprofundar como a sistematização de experiências pode ser um instrumento político-pedagógico de construção e socialização de saberes e práticas.

O que se pretende é dinamizar e qualificar o processo de dar visibilidade às práticas em saúde, convidando-as a aderirem a um processo de reflexão crítica sobre o seu trabalho no cotidiano do SUS municipal.

Com base em Paulo Freire, é fundamental colocar questões para a reflexão sobre as práticas, questões teórico-práticas que nos são colocadas pela educação enquanto ato de conhecimento:

[...] em favor de que conhecer e, portanto, contra que conhecer; em favor de quem conhecer e contra quem conhecer. Essas perguntas que a gente se faz enquanto educadores, ao lado do conhecimento que é sempre a educação, nos levam à confirmação de outra obviedade que é a da natureza política da educação. Quer dizer, a educação enquanto ato de conhecimento é também, por isso mesmo, um ato político. (FREIRE, 1982, p. 97).

## **Desenvolvendo a curadoria**

### **Objetivo geral**

Desenvolver ações de apoio e acompanhamento de práticas e soluções em saúde, mediante gestores, profissionais de saúde, usuários, para a qualificação da ação cotidiana implementada e do seu registro na Plataforma IdeiaSUS, por intermédio de mediações que possibilitem a abertura para a troca de conhecimentos e socialização dos saberes, análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida, utilizando a metodologia da sistematização de práticas.

### **Metodologia**

Ferigato (2014, p. 1) nos leva a refletir,

[...] o que significa olhar o trabalho do outro? Como o olhar de um curador pode trazer modificações para a composição de uma exposição? O que nos diz o olhar-curador?

Partindo dessa provocação, colaborar para o processo de reflexão, de encontro de saberes e conhecimentos, descreve as motivações para o desafio de apoiar e acompanhar as práticas de saúde. Nesse contexto, a

curadoria em saúde se desenvolveu a partir de atividades que possibilitaram a reflexão sobre a práxis (ação refletida que gera um novo conhecimento e nova ação), procurando estabelecer uma metodologia reflexiva, de questionamentos e construção coletiva. A avaliação é parte do processo político-pedagógico e será realizada seguindo critérios de participação, de apropriação e construção do conhecimento, do processo e dos resultados construídos; da metodologia, método e instrumentos utilizados.

Considerando as diversas implicações da ação de curadoria, estamos propondo a construção e o desenvolvimento de uma metodologia participativa, com atividades a distância e presencial, como estratégia de potencialização das práticas em acompanhamento.

A experiência de vida e de trabalho das pessoas foi o ponto de partida para a construção e troca de saberes. Todos nós temos conhecimentos que vão sendo adquiridos ao longo de nossas vidas. Portanto, como dizia Paulo Freire, ninguém está vazio de conhecimentos. Por outra parte, como as experiências e oportunidades são diversas, também os saberes são diversos: “Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes” (FREIRE, 1987, p. 68). Estamos nos propondo agora a produzir possibilidades de reflexão crítica com base nos saberes adquiridos a partir da experiência. Os “saberes de experiência feitos” (FREIRE, 1996, p. 42) devem ser analisados, pensados, refletidos tanto individual quanto coletivamente.

Esse movimento de ação-reflexão-ação produz um aprendizado ri-quíssimo para os sujeitos que o constroem e é também uma oportunidade de aprendizado para todos os atores sociais envolvidos.

Utilizamos como base metodológica a sistematização de práticas que, segundo Jara (2013, p. 103-114) tem como características:

- a) A valorização dos saberes das pessoas como sujeitos protagonistas das práticas;
- b) A produção de conhecimentos e aprendizagens significativas permitindo apropriar-se do sentido da experiência;
- c) A construção de um processo político-pedagógico que permite construir capacidades, competências, habilidades, atitudes e sensibilidades;
- d) A complementação com a avaliação, a investigação e o monitoramento;
- e) O protagonismo principal das pessoas que estão vivenciando a experiência da sistematização, embora possam requerer apoio e aconselhamento de outras pessoas;
- f) A possibilidade de ser realizada como um componente que vai acompanhando o desenvolvimento da experiência;

- g) A capacidade de sistematizar uma experiência que já aconteceu (ou está acontecendo), mas podemos planejar a sistematização antes de iniciar a experiência.

Esse processo de sistematização precisa dar conta das seguintes questões:

1. Para que fazer a sistematização?
2. Qual o objetivo da sistematização?
3. Quais os benefícios, utilidades, interesses e possibilidades da sistematização?
4. Que experiência(s) sistematizar?
5. Que aspectos interessam ser sistematizados?
6. Que fontes de informação serão utilizadas para a sistematização das experiências?
7. Quais os registros necessários de acordo com o objetivo e o eixo da sistematização?
8. Que procedimentos seguir?
9. Qual o Plano Operativo de sistematização com as ações, tarefas, responsabilidades, técnicas e tempo?
10. Quais os produtos da sistematização?

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a recuperação do vivido, ou seja, reconstruir a história da experiência que pode acontecer por meio da reconstrução de forma ordenada do que aconteceu, como aconteceram os fatos; da identificação das etapas, mudanças, momentos significativos de todo o processo.

O segundo passo é ordenar e classificar as informações em Eixos Gerais e Subeixo(s), buscando todos os registros possíveis e determinando as categorias e as variáveis para ordenar.

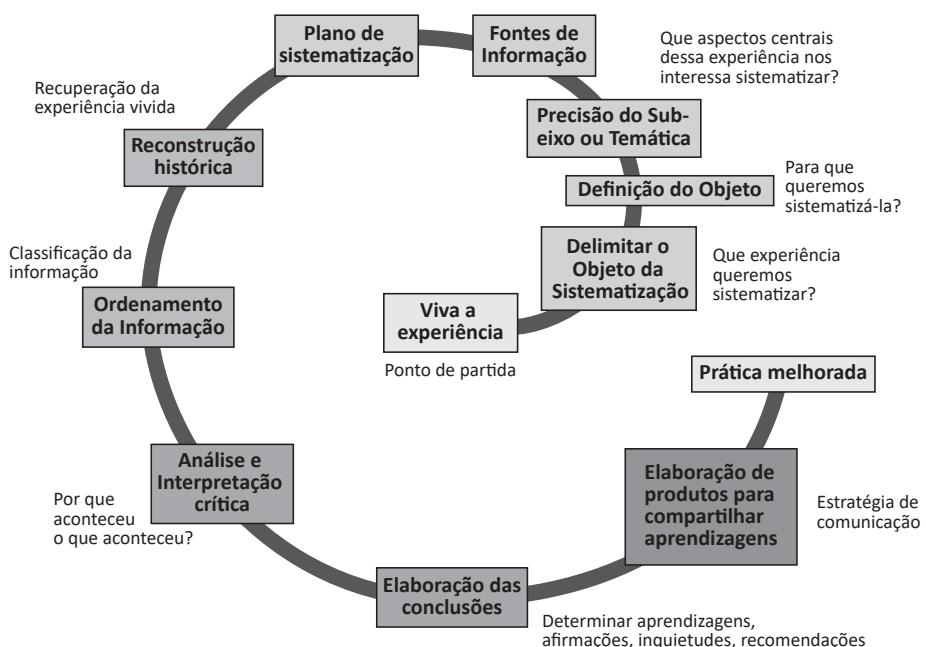
O passo seguinte é a análise de cada componente por separado e a construção de perguntas centrais sobre as causas do que aconteceu, identificando as tensões e contradições; ver as particularidades e o todo; o individual e o coletivo; buscar entender as interrelações entre os distintos elementos; explicitar a lógica e o sentido da experiência; confrontar e/ou colocar em diálogo essa experiência com outras experiências e com outros aportes teóricos.

Esse processo de sistematização pode ser feito por meio da organização com os grupos envolvidos na recuperação histórica com diversas metodo-

logias (linha de tempo, oficinas, análise de documentos já escritos sobre a história, história oral etc.); trazer os objetivos previstos pela instituição ou organização; necessidades levantadas pela população nas diferentes etapas do trabalho; as conquistas e dificuldades organizacionais que aparecem nas avaliações: os grupos organizados existentes e aqueles que surgiram durante a experiência. Quantos homens e quantas mulheres; as ações de formação realizadas anualmente: temas e participantes; ações de gestão em saúde realizadas pelas diferentes organizações comunitárias; as percepções e reflexões de pessoas sobre sua capacidade de ação e proposta que aparecem nas memórias das oficinas e nos relatórios.

Por fim, da sistematização das experiências ou das práticas, podem ser construídos os mais diversos produtos, desde vídeos, livros, ensaios até outras formas criativas que podem ser definidas pelos sujeitos envolvidos nos processos de sistematização.

**Figura 1.** Resumo do processo metodológico da sistematização de experiências a partir de Oscar Jara



Nota: Figura constante da apresentação de Oscar Jara realizada no Encontro Estadual de Educação Popular e Saúde em Laranjeiras do Sul, Paraná na Universidade Federal da Fronteira Sul, em 12 de outubro de 2019.

## Conteúdos mínimos a serem trabalhados pela curadoria

- Específicos da área afim da prática em saúde;
- Evidências científicas da prática em saúde;
- Implementação da política pública da área afim;
- Desenvolvimento do trabalho em rede;
- Interface com o controle social;
- Capacidade comunicativa.

As práticas são convidadas para participar da curadoria a partir de articulações com os municípios, estados e com parceiros institucionais como Conasems, Conass, Universidades, Consórcio Acadêmico, Observatórios e outros. Esse convite se dá por elas estarem inseridas em processos de premiação em Congressos, Mostras Nacional, Estaduais e Municipais e outras abordagens de escolha que pressupõem algum processo de avaliação, considerando sempre a sua publicação na Plataforma IdeiaSUS.

O processo de curadoria poderá ser produzido com grupo de práticas com múltiplas intervenções no campo da saúde, assim como práticas que atuem no SUS a partir de uma mesma categoria do IdeiaSUS, temática ou política específica. Ele se desenvolve com uma equipe de gestão das atividades e curadores convidados, com expertise e experiência profissional. O que se pretende é construir em ato um processo ativador das potencialidades das práticas em saúde, para a qualificação da sua ação cotidiana e seu registro na Plataforma IdeiaSUS, por meio de mediações que possibilitem a abertura para a troca de conhecimentos e socialização dos saberes, análise crítica e reflexão sobre a produção desenvolvida pela prática em saúde.

Os processos terão um acompanhamento por até 12 meses e/ou permanente a partir da articulação entre os partícipes, tendo como público-alvo autores, gestores e profissionais de saúde das práticas inscritas na Plataforma IdeiaSUS, sendo desenvolvido um conjunto variado de atividades com a consequente elaboração de produtos estratégicos, conforme o *quadro 1* abaixo:

**Quadro 1.** Atividades da curadoria

Atividade/produtos	Ações
Atividades virtuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Webconferência;</li> <li>• Fórum da Curadoria na Plataforma IdeiaSUS;</li> <li>• E-mail da Curadoria.</li> </ul>
Atividades presenciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodas de Práticas e Soluções em Saúde;</li> <li>• Oficinas de Sistematização de Práticas;</li> <li>• Visitas à prática em saúde;</li> <li>• Registro em vídeo da prática.</li> </ul>
Atividade presencial de gestão da curadoria entre equipe IdeiaSUS e curadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões mensais.</li> </ul>
Produtos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro em vídeo;</li> <li>• Publicação em livro ou revista;</li> <li>• Selo ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.</li> </ul>

Fonte: Equipe IdeiaSUS Fiocruz – 2019.

Para dar vazão ao conjunto de atividades, é estruturada uma programação envolvendo um amplo processo de articulação e negociação com as equipes locais, abrangendo a identificação das estruturas para a realização das atividades, os tempos necessários para seu desenvolvimento e o incentivo à ampla participação dos atores estratégicos conforme o quadro 2 abaixo.

## Programação

**Quadro 2.** Cronograma de desenvolvimento das atividades da curadoria em saúde IdeiaSUS

Ação	IdeaSUS	Município/Estado/Outros
Roda de Práticas e Soluções em Saúde IdeiaSUS com as práticas convidadas.	Organização da Roda: data, participantes, convidados, metodologia, logística.	Participação na Roda com apresentação da prática convidada, debate, comentários e encaminhamentos quanto ao desenvolvimento do Plano de Sistematização.

<b>Ação</b>	<b>IdeiaSUS</b>	<b>Município/Estado/Outros</b>
<p>Oficina de Sistematização de Práticas, para aprendizagem, discussão e construção do Plano conforme instrutivo. Orientações sobre o registro do vídeo e sobre os conteúdos e encaminhamentos da publicação.</p>	<p>Organização da Oficina: data, participantes, convidados, metodologia, logística.</p>	<p>Participação na Oficina com mobilização da equipe da prática, para apresentação, debate e encaminhamentos quanto ao desenvolvimento do Plano de Sistematização e orientação de conteúdos sobre a publicação.</p>
<p>Devolutiva oficial da prática convidada ao <i>e-mail</i> convite do IdeiaSUS, para participar do processo de Curadoria em Saúde.</p>	<p>Encaminhamento de convite por <i>e-mail</i> aos convidados, para participação no processo de Curadoria em Saúde.</p>	<p>Resposta do convidado por ofício da autoridade responsável, encaminhado por <i>e-mail</i> para o endereço eletrônico do IdeiaSUS; <a href="mailto:ideia.sus@fiocruz.br">ideia.sus@fiocruz.br</a>.</p>
<p>Assinatura de Termo de Parceria entre as instituições partícipes.</p>	<p>Encaminhamento de minuta de Termo de Parceria para os municípios.</p>	<p>Análise e aceite da proposta de minuta, com as devidas informações e documentos complementares solicitados.</p>
<p>Webconferência para discussão do exercício de dispersão da Oficina de Sistematização: devolutiva do Plano de Sistematização da Prática, conforme instrutivo.</p>	<p>Organização da webconferência: data, convidados, dinâmica.</p>	<p>Participação na webconferência com mobilização da equipe da prática, para apresentação, debate e encaminhamentos quanto ao desenvolvimento do Plano de Sistematização.</p>
<p>Atividade presencial nas práticas de saúde: visita de monitoramento do plano e construção do roteiro de registro em vídeo da prática. Participação de curadores convidados.</p>	<p>Organização da visita conforme cronograma estabelecido na Oficina e descrito abaixo. Logística, convidados, metodologia de trabalho, material.</p>	<p>Participação na atividade presencial do processo de Curadoria, com mobilização da equipe da prática para apresentação, debate e encaminhamentos quanto ao desenvolvimento do Plano de Sistematização e construção do roteiro de registro em vídeo da prática. Deverá ser disponibilizada a seguinte logística para realização da atividade:</p>

Ação	IdeiaSUS	Município/Estado/Outros
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– transporte para a equipe Fiocruz e convidados, do aeroporto até o município e dentro do município para visita à prática e reuniões de trabalho;</li> <li>– espaço para realização da Oficina com cadeiras móveis, multimídia e <i>flip chart</i>, para até 25 pessoas e uma sala para atividade de grupo;</li> <li>– alimentação para os participantes da Oficina.</li> </ul>
Organização de toda a documentação produzida no processo de Curadoria em Saúde/acompanhamento das práticas, com vistas à publicação.	Organização do processo de registro do desenvolvimento da Curadoria, com imediata criação de Conselho de Editorial para tal fim.	Levantar e atualizar todos os registros referentes a prática e estabelecer imediato processo de trabalho de registro de todas as ações desenvolvidas pela prática.
Lançamento da publicação e vídeo sobre o processo de Curadoria desenvolvido nas práticas.	Organização da atividade de lançamento da publicação e vídeo sobre o processo de Curadoria desenvolvido nas práticas convidadas.	Participar, autoridade responsável, representante da prática e outros, do lançamento da publicação e vídeo sobre o processo de Curadoria em Saúde IdeiaSUS.
Realização de Roda e Oficina de Sistematização de Práticas IdeiaSUS.	Organização da Roda e Oficina de Sistematização de Práticas IdeiaSUS.	Participar da Roda e Oficina de Sistematização de Práticas IdeiaSUS, apresentando a experiência do município no processo de Curadoria em Saúde do IdeiaSUS.

Fonte: Material produzido pela Equipe IdeiaSUS, 2019.

## Considerações finais

O IdeiaSUS, nesses sete anos de implementação, vem-se configurando como um potente método pedagógico, viabilizado por meio de uma Plataforma Colaborativa, que tem a capacidade de mapear, sistematizar e propiciar a reaplicação de práticas e soluções como finalidade ético-política de fortalecer o SUS, nos diversos territórios do País. Caracteriza-se assim como um dispositivo capaz provocar reflexões sobre as práticas de gestão e sua dinâmica no cuidado em saúde.

A riqueza das agendas e das formas de abordar e entender as experiências, seja por meio das dinâmicas das rodas e curadorias como um dispositivo delineador da cartografia das práticas, capazes de apreender temas e necessidades de saúde da população, faz desse dispositivo técnico-político-pedagógico uma ferramenta inovadora no âmbito da gestão do SUS.

Impressiona o número e a diversidade das experiências mapeadas, envolvendo as temáticas de gestão e da atenção integral à saúde, incluindo o enfrentamento dos determinantes socioambientais do processo saúde-doença, práticas de vigilância em saúde, práticas integrativas e complementares, educação em saúde, regionalização do SUS e práticas e processos de planejamento em saúde, propiciado o fomento do compartilhamento de soluções desenvolvidas no âmbito do SUS, unindo a experiência de quem fez ou faz e aprende fazendo com quem aprende, reaplica e volta a compartilhar.

Ao propiciar a sistematização de informações estratégicas, o IdeiaSUS se diferencia de um conjunto de outras propostas de plataforma colaborativa permitindo uma interação sinérgica das práticas de pesquisa, análise e produção de conhecimento, ensejando assim um rico aprendizado e ressignificação das práticas desenvolvidas, possibilitando a construção e o diálogo entre as experiências desenvolvidas e em construção.

A construção desse processo de sistematização, curadoria e acompanhamento vem fortalecendo as práticas premiadas pela sua inovação no SUS por contribuir para a reflexão destas pelos seus protagonistas, que passam a ter mais consciência e apropriação do vivido e com mais condições de qualificar, ampliar e produzir novas possibilidades, pois contribui para a avaliação e o planejamento estratégico de tais mecanismos.

Além disso, vão sendo construídos critérios comuns para analisar práticas de saúde como a sua capacidade de tempo e de extrapolar diferentes gestões do SUS, a capacidade de articulação com diferentes atores sociais, sua capilaridade e inserção social, suas potencialidades para o fortalecimento do SUS; a capacidade de construção coletiva; o caráter inovador; a sua capacidade de ser compartilhada ou de servir como referência para o desenvolvimento de experiências em situações similares; entre outros, em que cada roda ou espaço vem dando a contribuição nesse caminho de olhar e refletir sobre o que se faz e que dá certo. Além disso, o olhar para o que não dá certo também tem sido fundamental, pois provoca, desafia a analisar com outros elementos as fragilidades e a extrair os aprendizados para agir diferente em outras situações semelhantes.

A curadoria em saúde IdeiaSUS/Fiocruz se unifica e se soma às demais intervenções que, de modo democrático e participativo, fomentam e potencializam o SUS em toda sua abrangência no território nacional, em consonância com o descrito no art. 196 da Constituição Federal. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

## Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- CECÍLIO, L. C. O. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, 2001.
- FERIGATO, S. *O processo de curadoria em saúde e a construção da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica*. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_sabrina\\_ferigato.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_sabrina_ferigato.pdf). Acesso em: 21 mar. 2020.
- FRANCO, T. B. et al. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- FREIRE, P. Educação: o sonho possível. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues, (org.). *O educador: vida e morte*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 89-101.

- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Reflexão crítica sobre as virtudes da educadora ou do educador*. Buenos Aires: CEAAL, 1966.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia do oprimido*. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- \_\_\_\_\_. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Olho d'Água, 1995.
- \_\_\_\_\_. A educação popular: conceito que se define na práxis. In: HURTADO, C. N. *Educar para transformar para educar: comunicação e educação popular*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. p. 43-56.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- HURTADO, C. N. *Educar para transformar, transformar para educar*. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.
- JARA, O. *Para sistematizar experiências: uma propuesta teórica y práctica* Tarea. Lima Peru: 1994.
- \_\_\_\_\_. *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias*. Texto apresentado no Seminário ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña, Cochabamba, Bolívia, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Para sistematizar experiências*. Tradução de Maria Viviana V. Resende, 2. ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2012.
- \_\_\_\_\_. *A sistematização de experiência: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Tradução de Luciana Gafrée e Silva Pinevro; colaboração Elza M. Falckembach. Brasília, DF: Contag, 2011.
- \_\_\_\_\_. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Tradução de Maria Viviana V. Resende. Tradução de Luciana Gafrée e Silva Pinevro; colaboração Elza M. Falckembach, 2. ed. Brasília, DF: Contag, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Para sistematizar experiências*. Ministério do Meio Ambiente, Brasília, DF, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos*. Lisboa: CIDAC, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias, et al., (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *IV Mostra Nacional de experiências em atenção básica/ saúde da família (2016)*. Brasília, DF: MS, 2016. E-Book (110 p.). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/memorial\\_IVMostra.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/memorial_IVMostra.pdf). Acesso em: 14 jan. 2018.



## Práticas e soluções em saúde: o protagonismo dos saberes

---





Capítulo 4 – Quissamã (RJ)

## Diálogos entre serviços: estratégias de **integração e qualificação do cuidado em saúde –** **relato de experiência em Quissamã (RJ)**

---

Delba Machado Barros

Sheila Maria dos Santos Batista

Sabrine Santos Pereira

Ruth Méia Nunes

Rosemeri Braga de Assis Pessanha

Julio Cesar Espírito Santo Ribeiro

Alessandra Ribeiro Pinto das Chagas

Leonardo Barcelos Chagas

Araquem Bernasconi Nunes Avenia Puertas

### Introdução

A cidade de Quissamã, elevada à categoria de município em 1990, localiza-se ao norte do estado do Rio de Janeiro. Possui uma população estimada de 24.700 habitantes (IBGE, 2019), sendo que 64 % deles residem em área urbana; e 36%, em área rural. É o terceiro menor município em população dos 8 que compõem a região de saúde Norte Fluminense, com o total de 955.425 habitantes.

Antes do petróleo, a economia da região girava em torno do cultivo e da industrialização da cana-de-açúcar, do café e da pecuária. O valor do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, em Quissamã, a preços correntes, em 2017, foi R\$ 61.342,41 (IBGE, 2020). No mesmo período, o maior PIB no estado do Rio de Janeiro foi o de Porto Real (R\$ 151.535) cuja economia está voltada às atividades do setor automobilístico, atividades profissionais e transportes (RIO DE JANEIRO, 2017).

Quissamã apresenta alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), tendo migrado da 82<sup>a</sup> posição no *ranking* estadual para a 55<sup>a</sup> posição no período de 1991 a 2010. Nas duas últimas décadas, a renda per capita cresceu 179,35%, a proporção de jovens de 15 anos

a 17 anos com ensino fundamental completo aumentou 34,99 pontos percentuais, e a esperança de vida ao nascer ampliou 9,5 anos (tabela 1).

**Tabela 1.** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e seus componentes – Série Histórica, município de Quissamã, em 1991, 2000 e 2010

IDHM e componentes	1991	Ranking estadual	2000	Ranking estadual	2010	Ranking estadual
Índice Geral	0,406	82 <sup>a</sup>	0,561	73 <sup>a</sup>	0,704	55 <sup>a</sup>
Educação	0,189			0,394		0,610
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	15,88			26,62		51,14
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	36,78			93,75		97,71
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	22,25			50,94		82,43
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	13,32			30,06		48,31
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	9,86			17,02		38,51
Longevidade	0,663			0,724		0,821
Esperança de Vida ao nascer (em anos)	64,75			68,43		74,23
Renda	0,533			0,620		0,698
Renda per capita (em R\$)	220,62			377,95		616,31

Fonte: PNUD, 2013.

O município teve um incremento no IDHM de 73,40% entre 1991 e 2010, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e estadual (32,81). A dimensão que mais cresceu foi Educação, seguida por Renda e por Longevidade (PNUD,2013).

A maior parte das receitas financeiras de Quissamã é oriunda de transferências intergovernamentais, em média 94%, nos últimos cinco anos (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops), com maior proporção de transferências da União provenientes de compensações financeiras – *royalties* e participação especial – referentes a petróleo e gás, o que lhe possibilita investimentos em políticas sociais, sobretudo, na área de saúde.

Embora o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) seja de responsabilidades das três esferas governamentais, a maior parte das despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012) (Lei complementar nº 141, art. 3º), em Quissamã, é arcada pelo total de receitas do governo municipal. Os percentuais das despesas em saúde financiadas com recursos transferidos por outras esferas de governo, nos últimos cinco anos, foram de 11,40% (2015), 15,21% (2016), 16,34% (2017), 37,53% (2018) e 37,16% (2019). Destacamos que, em 2018, houve uma maior captação de recursos financeiros de emendas parlamentares e, em 2019, de transferências estaduais com programas de cofinanciamento, o que justifica os aumentos percentuais nos dois últimos anos. Em todos esses anos, o município ultrapassou o mínimo constitucional definido na Lei Complementar nº 141/2012, a saber: 2015 (20,45%), 2016 (21,80), 2017 (22,44%), 2018 (21,79%) e 2019 (22,88%) (BRASIL, 2012). No entanto, esses percentuais não espelham todo o montante gasto, tendo em vista que as receitas de *royalties* e participação especial não compõem o cálculo de receitas vinculadas à saúde para cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados na área pelos estados e municípios.

A despesa total com saúde por habitante/ano, em Quissamã, em 2018, foi de R\$ 3.321,47, quatro vezes mais, aproximadamente, do que a média do Brasil e do Rio de Janeiro, R\$ 759,98 e R\$820,03 respectivamente. A maior autonomia municipal no gasto em saúde, se comparado a outros municípios do País, deve-se às rendas petrolíferas (BARROS; LIMA, 2015).

A rede municipal de saúde é composta por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 100% de cobertura assistencial pela Estratégia Saúde da Família (ESF) com acréscimo de pediatra e nutricionista à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde; um Hospital Municipal com 82 leitos nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, saúde mental e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto com serviços de apoio diagnóstico (Raio-X, ultrassonografia e laboratório de análises clínicas) e Serviço de Urgência/Emergência 24 horas; uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas em local distante da área urbana; três dispositivos de saúde mental (Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial – Caps e Emergência Psiquiátrica); um Centro de Atenção Especializada em Saúde com 26 especialidades médicas; Serviço de Fisioterapia, Serviço de Equoterapia, Complexo Regulador, Vigilância em Saúde, Ouvidoria e Serviço de Remoção com uma Ambulância UTI e quatro ambulâncias simples.

A assistência médica suplementar apresenta uma cobertura de 8,95% da população residente (RIO DE JANEIRO, 2019a, 2019b).

A capacidade instalada é robusta para a população própria, e, em função disso, alguns serviços ambulatoriais e o hospitalar são referências para as populações vizinhas de Carapebus e Conceição de Macabu, distantes de Quissamã, respectivamente, 27 Km e 48 Km, portanto, configurando-se como serviços regionalizados.

**Figura 1.** Localização espacial dos serviços municipais de saúde



Fonte: Rio de Janeiro, 2019c.

A rede pública é constituída por unidades de diferentes perfis assistenciais e funções complementares. As UBS são em maior número e estão situadas em localidades urbanas e rurais, enquanto as unidades secundárias estão no centro da cidade. O município necessita da retaguarda de serviços de maior densidade tecnológica e altamente especializados da região e da capital.

Em Quissamã, o acesso aos serviços ambulatoriais de nível secundário se dá por meio do agendamento (consulta, exames e outros procedimentos) pela própria UBS, ou pelo usuário, se ele assim preferir, presencialmente, no serviço de referência mediante encaminhamento (médico ou de enfermagem) feito no formulário de referência e contrarreferência. É

rotina das unidades de saúde levar as solicitações de agendamento nos serviços especializados e buscá-las, uma vez por semana, para entregar aos usuários. Os residentes em áreas rurais, geralmente, optam por aguardar em casa o comunicado da data agendada, normalmente feito pelo agente comunitário de saúde em visita domiciliar ou por WhatsApp. Em situação de maior gravidade que requer uma atenção em menor espaço de tempo, os profissionais dos serviços se comunicam, por telefone, com as gerências que regulam as agendas dos especialistas para priorizar o atendimento do usuário na rede de saúde. Para procedimentos inexistentes no município, o Complexo Regulador municipal é o responsável por proceder ao agendamento por meio dos sistemas de regulação dos municípios executores, da regional de saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, a depender do tipo de procedimento e dos prestadores privados contratualizados. Para tal, a UBS ou o usuário deixa a solicitação do procedimento e cópia xerox do cartão do SUS, identidade e comprovante de residência no Complexo Regulador, cabendo, a este último, entregar a autorização do procedimento agendado para a UBS ou comunicar ao usuário por telefone, a depender da data marcada.

Embora a integração das ações assistenciais e das atividades preventivas estejam preconizadas como um dos objetivos do sistema de saúde envolvendo a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral (Lei nº 8.080/90, artigos 5º e 6º da lei orgânica) desde a promulgação do SUS, não é o que identificávamos em nossa prática cotidiana do SUS.

A fragmentação do cuidado era observada em nossa rede por intermédio do funcionamento de pontos de atenção isolados e incomunicáveis uns dos outros, da incapacidade de prestar uma atenção contínua à população, da falta de comunicação fluida entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção secundária, do desconhecimento do percurso do usuário na rede municipal de saúde e da atenção provida de forma reativa e, geralmente, centrada na doença com repercussões na assistência tanto para os usuários quanto para os trabalhadores e para o gestor.

Em função disso, foram desenvolvidas estratégias, pela gestão municipal, a partir das duas últimas décadas, de forma a promover a integração entre serviços, entre as práticas ou entre ações dirigidas ao mesmo usuário, sobretudo, por meio do diálogo entre os profissionais de saúde.

A Integração é entendida como “a organização de várias tarefas que precisam ser executadas a fim de fornecer à população serviços de saúde de boa qualidade” (WHO, 2008, p. 1).

Partindo do princípio de que serviços de saúde integrados significam “gestão e provisão de serviços de tal forma que as pessoas recebam um *continuum* de serviços preventivos e curativos de acordo com suas necessidades ao longo do tempo, através dos diferentes níveis do sistema de saúde” (WHO, 2008, p. 1), a experiência de Quissamã se estrutura de forma a fortalecer e a aprofundar o diálogo entre os serviços da rede municipal de atenção à saúde para que funcionem de forma integrada e aprimorem seu desempenho na gestão do cuidado.

Cecílio (2009, p. 549) aponta que a gestão do cuidado em sua dimensão organizacional “exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais”; em sua dimensão sistêmica, requer a articulação do conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e graus de incorporação tecnológica para garantir o acesso dos usuários as tecnologias de cuidado que necessitam; e na dimensão profissional, são essenciais postura ética, competência e capacidade de criação de bom vínculo profissional-paciente.

Além disso, há estudos (D'AMOUR et al., 2009) sinalizando a importância da colaboração interprofissional para aumentar a eficácia dos serviços de saúde, pois, como afirma Furtado (2007, p. 251), “o SUS carece de dispositivos que implementem a colaboração profissional de modo a honrar um dos seus princípios básicos, a integralidade”.

Assim sendo, a integração e a qualificação do SUS exigem uma construção, sobretudo, da gestão municipal, responsável direta pelo usuário no território, pois a existência dos serviços, nos diversos níveis de complexidade, por si, não implica o funcionamento deles de forma articulada, tampouco a concepção da atenção primária como coordenadora do cuidado do paciente na rede de saúde.

Dessa forma, os espaços coletivos são fundamentais para promover a reflexão sobre os processos de trabalho e para implicar os profissionais na produção do cuidado e nos resultados alcançados, bem como para ampliar a visão do trabalho em equipe reforçando o enfoque da clínica ampliada e a ideia que “nenhum especialista de modo isolado poderá assegurar uma abordagem integral” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399).

O engendramento dos diálogos entre os profissionais de saúde, portanto, tem como objetivos: aumentar a resolutividade e organizar o cuidado em saúde ao usuário e família; fomentar a relação interprofissional e interdisciplinar e melhorar o desempenho do sistema, considerando também os compromissos e pactos do município no campo da saúde.

## Estratégias desenvolvidas

A gestão municipal, sobretudo a partir da década de 2000, desenvolveu diversas estratégias para a integração da rede e dos profissionais de saúde com vistas a alcançar os objetivos referidos anteriormente. Essas estratégias têm diferentes formatos, como, por exemplo, espaços regulares de encontro (entre gerentes e/ou com profissionais), utilização de ferramenta de tecnologia da informação e realização de práticas interprofissionais específicas.

Algumas delas só foram possíveis por haver a otimização da carga horária dos médicos especialistas. A agenda de trabalho foi contratualizada pela gestão municipal de forma a disponibilizar parte da carga horária do profissional para consultas ambulatoriais e outra parte para dar parecer no hospital e, episodicamente, para encontros com médicos e enfermeiros de saúde da família. Desse modo, os médicos especialistas estão inseridos em diversos pontos de atenção; isso significa que o campo de atuação deles abrange o ambulatório, o hospital e atenção primária, e está para além da atenção ao usuário, o que favorece a articulação e a resolutividade da rede.

Ademais, muitas delas atravessaram vários governos, portanto, serão apresentadas na sequência temporal em que foram implantadas.

A reconstituição histórica de algumas delas se deu pela pesquisa documental e pela história viva contada pelos profissionais de saúde.

A seguir, apresentaremos de forma resumida cada uma das estratégias adotadas:

### **1. Reuniões de planejamento em saúde**

É um dos mecanismos de governança instituído entre a gestão e os coordenadores/gerentes de serviços e programas de saúde com vistas a programar o trabalho de forma participativa, integrada e com responsabilidades compartilhadas para produzir a qualificação do cuidado. As pontuações de melhorias de desempenho – como Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Rol de indicadores para Monitoramento e Avaliação das Ações e Serviços do Sistema Único de Saúde e Fortalecimento do Planejamento em Saúde, Cofinanciamento da Atenção Primária instituído pela Secretaria Estadual de Saúde e outras – são abordadas e monitoradas nessas reuniões. Além disso, é acompanhada a execução das ações elencadas na Programação

Anual de Saúde, são debatidos os resultados dos relatórios quadrimestrais e anual de gestão e é redirecionado o trabalho, quando necessário. Na oportunidade, a integração é colocada em questão, considerando a interdependência dos serviços na execução de algumas ações. Como diz Campos (2000, p. 151), nesse espaço, discutimos o umbigo e o mundo, viabilizando “fluxos de ideias, de debates, de negociações e de compromissos, que contribuam para o sucesso da instituição, mas também para o desenvolvimento das pessoas e agrupamentos implicados”. Essas reuniões ocorrem com frequência mensal, geralmente, das 13h30 às 16h30, com calendário anual estabelecido sob a coordenação de uma técnica da área de planejamento. Os registros se dão por meio de um resumo executivo com os seguintes itens: data, participantes, pauta, breve relato dos tópicos discutidos, desdobramentos pactuados e data da próxima reunião; e são encaminhados por *e-mail* para dar publicidade à equipe.

## **2. Parecer médico no Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus (HMMMJ)**

Os pareceres são solicitados aos especialistas lotados nos serviços ambulatoriais pelos médicos visitadores<sup>1</sup> do hospital municipal, geralmente, após avaliação clínica dos pacientes internados. A logística consiste em a Coordenação de Enfermagem encaminhar a solicitação do parecer ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) do hospital que faz contato telefônico com a Direção Administrativa do Centro de Atenção Especializada em Saúde para informar a demanda. No atendimento ao parecer, o especialista examina o paciente no hospital, e os médicos dialogam sobre o caso trocando saberes e traçando juntos a melhor conduta a ser adotada. Essa prática respalda o médico visitador ao compartilhar com o especialista a responsabilidade na condução da assistência e aumenta a confiabilidade do usuário que se vê atendido em suas necessidades no próprio município. A atenção multidisciplinar evita, quase sempre, que o usuário seja transferido para outra unidade hospitalar para obter o cuidado essencial, exceto em situações de alta complexidade. Por outro lado, se o usuário necessitar da continuidade do cuidado pelo especialista, o histórico pregresso da doen-

---

1 Os profissionais visitadores fazem assistência diária nas enfermarias clínicas do Hospital. São médicos que assumem a responsabilidade pelo cuidado do usuário durante todo o período de internação. Realizam exames médicos, emitem diagnósticos, laudos e pareceres, prescrevem medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, prestando assistência médica específica nos diversos ciclos de vida, para avaliar, prevenir, preservar ou recuperar a saúde.

ça já é conhecido. O parecer é registrado em prontuário hospitalar com as prescrições e orientações devidas. Em situação de urgência, em que é necessário um parecer mais rápido, o médico visitador faz contato direto por celular com o especialista; e, em situação de rotina, o parecer é dado de acordo com o dia do especialista no município. A comunicação entre os serviços e entre os médicos é condição fundamental para que essa prática ocorra. A maior frequência de parecer tem sido nas áreas de angiologia, cardiologia, nefrologia e cirurgia geral.

### **3. Sistema Municipal de Informação e Gestão em Saúde**

Foi implantado, em 2004, para aprimorar a capacidade de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O sistema oportuniza identificar o percurso do usuário na rede de saúde, além de gerar informações sobre a quantidade de consultas, exames e procedimentos agendados e realizados por faixa etária, sexo e especialidade médica, total de atendimentos realizados na Emergência do Hospital e internações, número de hipertensos e diabéticos cadastrados, movimentação de medicamentos dispensados, entre outros. Ele é utilizado pelo Centro de Atenção Especializada em Saúde, Hospital, Unidades de Atenção Primária, Complexo regulador e Central de Assistência Farmacêutica com acessos diferenciados a depender da atuação profissional. Atualmente, faz interface com os sistemas Hórus, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e, atualmente, E-SUS. Ele ainda não integra os Serviços de Saúde Mental, Fisioterapia e Laboratório. Embora o sistema ainda não nos forneça a história clínica eletrônica, ele permite visualizar a frequência dos usuários nos serviços de saúde, exames solicitados e realizados e medicamentos retirados na farmácia básica da unidade de saúde e/ou na Farmácia Central.

### **4. Formulário de referência e contrarreferência (chamado popularmente, no município, de ‘Vai e Volta’)**

É uma estratégia interdisciplinar de conexão entre a atenção primária e secundária que possibilita a troca de informações entre os profissionais de saúde com vistas à continuidade e resolutividade do cuidado. O formulário de referência e contrarreferência é entregue ao usuário, e este apresenta ao médico especialista no dia da consulta. A contrarreferência preenchida retorna para o solicitante por Comunicação Interna (CI) protocolada, semanalmente, exceto em situação que é requerida pelo solicitante agilidade

na resposta. Esse formulário identifica o nome do paciente, idade, sexo, unidade básica e o profissional solicitante, motivo do encaminhamento, dados clínicos e data da referência; enquanto a contrarreferência define a hipótese diagnóstica, conduta e recomendações para o acompanhamento. Não estabelecemos instrumento para controlar esse fluxo do ‘Vai e Volta’, isto é, não monitoramos se a referência expedida é levada pelo usuário para o especialista e se ela retorna preenchida apropriadamente para o demandante. A fim de fortalecer essa abordagem, as equipes de saúde da família, frequentemente, esclarecem os usuários sobre o valor desse formulário para ele e para o médico de família, pois possibilita uma atenção à saúde adequada e integrada. É comum queixas dos especialistas sobre a consistência dos encaminhamentos feitos pelos médicos e enfermeiras de família quanto ao motivo e dados clínicos, bem como queixas dos generalistas sobre o retorno do formulário devidamente preenchido pelos especialistas, o que envolve um diálogo constante com ambos os lados. Esse formulário é arquivado no prontuário do usuário na UBS.

## **5. Matriciamento com as equipes de saúde da família**

É outra estratégia adotada, frequentemente, realizada pelos gerentes de programas de saúde e pela saúde mental com a “função de agregar recursos de saber e aumentar a capacidade das equipes em resolver os problemas de saúde” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401). São promovidos encontros, periódicos, entre os médicos e enfermeiros de família para implementação de protocolos, discussão de casos e/ou inserção de algum novo procedimento para ampliar a resolutividade da APS. Geralmente, no cuidado aos usuários com tuberculose, hanseníase e transtorno mental, os gerentes do programa e equipe de saúde mental realizam visita domiciliar com a equipe de saúde da família bem como, quando necessário, constroem projetos terapêuticos em conjunto. Em situações imprevistas, os profissionais de saúde da família estabelecem comunicação com os serviços de referência, por meio de contato telefônico, solicitando orientação técnica. Por exemplo, quando o médico ou enfermeira se deparam com laudo de ultrassonografia com alguma alteração ou quando a usuária está em uso de medicamento, mas não apresenta melhora do quadro clínico ou quando a gestante faz quarenta semanas de gestação sem sinais de trabalho de parto, são estabelecidos diálogos com o obstetra do alto risco, que, também, é o coordenador clínico da maternidade ou com os obstetras de plantão para auxiliar na condução do caso clínico.

Além disso, adotamos a interconsulta com a finalidade de qualificar médicos e enfermeiros de família na produção do cuidado e reduzir os encaminhamentos desnecessários para o Centro de Atenção Especializada e para os dispositivos de saúde mental. É agendada uma data e horário pela Coordenação da ESF para o atendimento dos usuários conjuntamente pelo médico ou enfermeira da estratégia de saúde e o especialista. Os usuários são informados da data pelos agentes comunitários de saúde. O atendimento acontece, na maioria das vezes, na própria unidade básica. Dúvidas pertinentes ao manejo dos casos clínicos na atenção primária são os critérios para a interconsulta. Essa atividade iniciou-se com a pediatria, e, posteriormente, foi estendida para a cardiologia, psiquiatria, obstetrícia, dermatologia, psicologia, estomatoterapia e enfermagem. Trata-se de um dos momentos de educação permanente estabelecidos pela gestão, uma vez que o processo de aprendizagem se dá de forma problematizadora no contexto clínico do trabalho, gerando o aprimoramento profissional e o estreitamento do contato entre os profissionais da rede.

## **6. Visita guiada à maternidade e comunicação da alta hospitalar às puérperas**

É um dispositivo de humanização adotado pelas equipes da atenção primária e hospitalar com o objetivo de proporcionar às gestantes e acompanhantes tranquilidade e segurança no processo de parturição com o estabelecimento de vínculo prévio com a maternidade. São feitos esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento, rotinas do hospital, e são apresentados o espaço físico e o percurso a ser feito no momento do parto. A visita é realizada, regularmente, na segunda quarta-feira do mês, às 14 horas, com a presença da enfermeira ou agente comunitário de saúde de cada unidade básica, e é conduzida pela coordenadora de enfermagem da maternidade. O transporte das gestantes residentes e dos acompanhantes é viabilizado pela gestão municipal. São priorizadas as gestantes que estão no segundo ou terceiro trimestre de gestação. A visita é extensiva às gestantes dos municípios de Carapebus e Conceição de Macabu, tendo em vista que a maternidade municipal é referência regional na Rede Cegonha.

A comunicação da alta hospitalar, por telefone, pela Coordenação de Enfermagem para as equipes de saúde da família do território de residência da usuária é uma estratégia que possibilita o *continuum* do cuidado do pré-natal ao puerpério. Com essa medida, é possível realizar a visita domiciliar de enfermagem no puerpério imediato, com vistas a dar suporte

psicossocial e de cuidados de enfermagem à usuária, sobretudo, em relação ao aleitamento materno e aos cuidados na primeira semana de vida.

## **7. Comitê Gestor de Mobilização contra o *Aedes aegypti***

É uma estratégia que põe em diálogo a vigilância ambiental e epidemiológica, a saúde da família, o setor de Emergência do Hospital, o laboratório de análises clínicas, os Setores de Planejamento, de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, outras Secretarias de Governo e o controle social. Foi criado com a finalidade de planejar ações de manejo clínico e medidas preventivas de controle da dengue. Com a introdução da chikungunya e depois a zika, ampliou a atuação de forma a abranger as arboviroses prevalentes no estado do Rio de Janeiro. Ele é institucionalizado por meio de portaria municipal. Realiza reuniões regulares, mensalmente, podendo ocorrer quinzenalmente ou semanalmente, conforme o cenário epidemiológico. As atividades de educação permanente sobre controle e manejo clínico das arboviroses para os agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiras de família e plantonistas da emergência promovidas pelos profissionais das vigilâncias em saúde e pelo infectologista, bem como atividades de educação e mobilização comunitária para a população, em geral, são definidas e organizadas no coletivo. Portanto, todas as ações do Comitê são negociadas e programadas em função das necessidades detectadas sob a liderança do diretor da Vigilância em Saúde.

## **8. Comissão de Integração Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus (HMMMJ) – Centro de Atenção Especializada e Atenção Primária**

Essa estratégia foi implantada para reduzir Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008) do Grupo 6 (pneumonias bacterianas), do Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca Congestiva e Edema agudo de pulmão) e do Grupo 15 (Infecções do trato urinário), com o advento do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) da Secretaria de Estado de Saúde (Resolução SES nº 268, de 12 de março de 2012, e nº 622, de 16 de maio de 2013). Essa Comissão, antes constituída por dois representantes do Hospital, um da ESF, dois representantes do nível central e um representante da Coordenação Geral de Prevenção, Promoção e Atenção em Saúde, foi ampliada, a partir de 2015, com a integração de representantes das diversas clínicas de internação do Hospital (maternidade, pediatria e clínica de adulto) e da direção técnica do Centro de Atenção Especializada em Saúde. Ela se reúne, mensalmente,

para avaliar a pertinência das internações e discutir a trajetória do usuário na rede municipal. Nesse momento, são identificados os nós do processo de trabalho e produção do cuidado e são feitas recomendações terapêuticas (atividades de prevenção e promoção, consultas na atenção primária ou secundária, exames complementares, entre outros) para as equipes de saúde com registro nos prontuários da atenção primária e do Centro de Atenção Especializada em Saúde, bem como são elaboradas orientações técnicas administrativas para os serviços. Fora isso, são encaminhados, semanalmente, os resumos de alta para ciência e continuidade da atenção prestada no Hospital pelas equipes de saúde da família. Para facilitar a comunicação entre os membros da Comissão, foi criado um grupo no WhatsApp; e, por meio dele, é repassada, pela Coordenação de Enfermagem, a lista dos usuários internados por ICSAP uma semana antes da reunião, para que os representantes dos serviços levem os prontuários na data. Os encontros da Comissão ocorrem, mensalmente, no hospital para facilitar a participação dos representantes do serviço, sobretudo, o diretor médico.

## **Alguns resultados, efeitos e limites dessa experiência**

A sistematização dessas estratégias nos permitiu analisar cada uma, discutir o aprimoramento delas e apresentar alguns resultados qualitativos e quantitativos observados na produção do cuidado e no processo de trabalho. Ressaltamos que essas estratégias compõem a política de saúde e intersetorial desenvolvidas em Quissamã; e, certamente, o conjunto influencia alguns desfechos ora apresentados.

Essas estratégias são sustentadas pela gestão municipal, o que, por um lado, é um fator interno forte, mas, por outro, é um limite, pois mudanças no rumo da gestão podem comprometer a manutenção delas.

Até o momento, a viabilização de espaços de cogestão reforça a concepção de que “ninguém governa sozinho” (CAMPOS, p. 44) e tem como efeitos compromissos e resultados compartilhados com o escalão gerencial e, em cadeia, com os demais trabalhadores de saúde.

A gestão municipal, também, fomenta reuniões de equipe nos espaços da micropolítica tendo em vista que as reuniões de planejamento não têm a capilaridade para discutir problemas mais específicos a uma determinada equipe ou serviço. No entanto, cabe destacar que a carga horária parcial de alguns coordenadores de serviços e gerentes de programas, a rotatividade, o regime de plantão no Hospital e a demanda das agendas médicas são

limites com os quais nos deparamos na execução de algumas estratégias e que nos desafiam a buscar alternativas para superá-los.

A maior ou menor fluidez na execução dessas estratégias depende, sobremaneira, da dimensão profissional de saúde. Observamos que uma parte dos trabalhadores estabelece entre si e com os usuários uma interação que está para além do contratualizado pela gestão, ao se disporem a dialogar virtualmente, por telefone ou mensagens de WhatsApp, quando necessário. Há trabalhadores que resistem a esse *modus operandi* e demonstram dificuldades em participar dos encontros promovidos, em tomar decisão de forma compartilhada, de receber e fazer críticas na avaliação do trabalho e, geralmente, possuem um discurso pautado na racionalidade biomédica. Esses obstáculos de ordem epistemológica, subjetiva e cultural (CAMPOS; DOMITTI, 2007) percebidos não são identificados apenas em uma categoria profissional específica. Notamos que os médicos são os que demonstram menor disponibilidade de tempo para participar dos espaços de cogestão e os que mais se descuidam com os registros de dados em prontuários e no preenchimento de outros instrumentos de informação em saúde, o que acaba interferindo em diversas abordagens, sobretudo, no Formulário Vai e Volta.

Outros aspectos que limitam a integração e a articulação da rede estão relacionados com deficiente integração entre os diversos sistemas governamentais de informação em saúde e a insuficiência de transporte para deslocamento dos trabalhadores para as atividades de matriciamento e interconsulta, principalmente, nas unidades de saúde das áreas rurais.

Apesar desses limites apontados, parece-nos que o conjunto das estratégias adotadas colaboram para os resultados qualquantitativos alcançados nas pactuações realizadas, o que repercute na qualificação da atenção à saúde, e, a depender da contratualização estabelecida, em um maior aporte de recursos financeiros para o município. Entretanto, ressaltamos que o alcance de nossos objetivos está relacionado com elementos múltiplos, com distintos condicionamentos, que seguramente extrapolam as estratégias de integração abordadas.

Dentre as pactuações vigentes, destacamos aquelas relacionadas com as estratégias de integração e qualificação do cuidado em saúde, a saber:

1. PQA-VS – Esse programa tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal; para tal, o Ministério da Saúde estabeleceu 14 indicadores e metas (BRASIL, 2018). Os entes federativos que atendem aos requisitos previstos na regulamentação recebem o valor correspondente a até 20% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS).

De acordo com a última avaliação do PQA-VS publicada em portaria ministerial, cumprimos 9 das 14 metas estabelecidas e recebemos 100% do valor do incentivo no montante de R\$ 26.359,20, pois alcançamos acima da meta de 7 indicadores para municípios com população entre 10.001 e 30 mil habitantes (BRASIL, 2017, art. 478). Ressaltamos que o melhor resultado da região de saúde foi alcançado por Quissamã. No estado do Rio de Janeiro, 90% dos municípios alcançaram, apenas, 30% das metas do PQAVS de acordo com a avaliação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a), portanto, nossos resultados estão acima da média.

2. PMAQ-AB – Esse programa foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2011, com incentivo financeiro federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

No 3º ciclo de avaliação das oito unidades inscritas, cinco melhoraram o status para bom ou muito bom (BRASIL, 2019b), o que gerou benefícios qualitativos na atenção à saúde, além do aporte de recursos financeiros, mensais, no valor de R\$ 39.545,84. Destacamos que esse valor será repassado até a competência financeira agosto de 2020, tendo em vista as mudanças no modelo de financiamento de custeio da APS composto por captação ponderada, por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019c). Quissamã obteve o melhor resultado da região norte do estado. Ressaltamos que, coincidentemente à época de adesão ao 3º ciclo, foi instituído o apoiador institucional, na equipe de Coordenação da ESF, para acompanhar as atividades da atenção primária, auxiliar na organização do processo de trabalho e na articulação com os diferentes equipamentos de saúde. Muitas rodas de conversas foram realizadas para discutir o planejamento em saúde de cada território, enfrentar os problemas do processo de trabalho e analisar o trabalho com as equipes de saúde da família e com os gerentes de programas. Acreditamos que as atividades de apoio institucional, matriciamento e interconsulta auxiliaram no alcance dos resultados do PMAQ-AB, em especial, estes dois últimos, no que se refere à resolutividade.

3. Pactuação Interfederativa 2017-2021 (Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016) e Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 3.997, de 20 de março de 2017, Deliberação CIB-RJ nº 5.356, de 14 de junho de 20018, e Deliberação CIB-RJ nº 5.709, de 07 de fevereiro de 2019) (BRASIL, 2016) – Para apresentação das metas e resultados dos indicadores de pactuação tripartite e bipartite, adotamos a tríade de

Donnabedian, portanto, classificamos os indicadores de acordo com as seguintes categorias: estrutura, processo e resultado para facilitar a análise dos dados.

Nos últimos três anos, foram cumpridas, respectivamente, 70%, 82% e 72% das metas, o que podemos avaliar como um resultado bom.

**Tabela 2a.** Metas e resultados dos Indicadores de Saúde tripartite e bipartite pactuados e alcançados por Quissamã relacionados com a Estrutura nos anos de 2017, 2018 e 2019

Estrutura		2017		2018		2019	
Indicadores	Anos	M	R	M	R	M	R
Proporção de municípios com Ouvidoria Implantada (*)		1	1	1	1	1	1
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica		69,23%	0	53,69%	0	0	0
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial		1,0	2,12	2,12	2,06	2,0	2,02

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro – consulta em 24/02/2020 e Divisão Vigilância Epidemiológica.

Nota 1: Meta (M) e Resultado (R).

Nota 2: (\*) Indicador relativo ao estado do RJ, entretanto, apresentamos o resultado alcançado pelo município.

Com a mudança no método do cálculo do indicador Cobertura populacional estimada pela saúde bucal na atenção básica, não são computados os cirurgiões-dentistas existentes em todas as UBS de Quissamã, pois, em nenhuma delas, de forma individual ou agregada, temos 40 horas de carga horária ambulatorial desses profissionais, embora o quadro funcional atual seja constituído por 16 cirurgiões-dentistas e 11 auxiliares de saúde bucal, sendo que 5 destes são especialistas e realizam atendimentos às gestantes e pacientes especiais, periodontia, odontopediatria, bucomaxilofacial e endodontia.

**Tabela 2b.** Metas e resultados dos Indicadores de Saúde tripartite e bipartite pactuados e alcançados por Quissamã relacionados com Processo nos anos de 2017, 2018 e 2019

Processo		2017		2018		2019	
Indicadores	Anos	M	R	M	R	M	R
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal		90%	84,91%	85%	84,77%	85%	88%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária		0,92	0,66	0,70	0,65	0,8	0,78
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente		0,20	0,09	0,12	0,17	0,20	0,15
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de óbitos maternos investigados		100%	100%	100%	Não houve	100%	Não houve
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados		100%	100%	100%	83,33%	100%	50%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida		95%	96,27%	95%	98,14%	95%	91,6%
Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação		80%	Não houve notificação	100%	Não houve notificação	100%	100%
Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS que realizam notificação de violência doméstica, sexual e outras violências		50%	18,75%	25%	6,25 %	25%	19%

Processo	Anos		2017		2018		2019	
	Indicadores		M	R	M	R	M	R
Proporção de casos anti-HCV reagentes com HCV-RNA realizado sobre o total de casos notificados com anti-HCV reagente	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose	100%	100%	95%	100%	90%	100%		
Proporção de preenchimento do campo 'ocupação' nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100%	100%	100%	100%	96%	100%		
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada	100%	100%	95%	100%	95%	100%	25%	
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	134,1%	100%	113,6%	100%	119,9%		
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	96%	97,53%	96%	92,8%	92%	92%	95,9%	
Ações de Matrículamento realizadas por Caps com equipes de atenção básica	12	2	8	12	10	10	14	
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para o controle vetorial da dengue	4	6	5	6	5	5	6	

Processo	Anos		2017		2018		2019	
	Indicadores		M	R	M	R	M	R
Percentual de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias a todos os municípios no ano (*)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina		80%	158%	80%	82,6%	80%	Não houve insu- mos	

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro – consulta em 24/02/2020 e Divisão Vigilância Epidemiológica.

Nota 1: Meta (M) e Resultado (R).

Nota 2: (\*) Indicador relacionado ao estado do RJ, entretanto, apresentamos o resultado alcançado pelo município.

Com relação à proporção de vacinas selecionadas com cobertura vacinal preconizada, o resultado apresentado corresponde ao alcance de cobertura da tríplice viral (106%); quanto às demais vacinas, atingimos as seguintes coberturas: pentavalente (89,9%), pneumocócica (93,4%) e poliomielite (94,2%).

**Tabela 2c.** Metas e resultados dos Indicadores de Saúde tripartite e bipartite pactuados e alcançados por Quissamã relacionados com Resultado nos anos de 2017, 2018 e 2019

Resultado	Anos		2017		2018		2019	
	Indicadores		M	R	M	R	M	R
Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		24	42	40	37	42	40	
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes		100%	100%	100%	100%	90%	100%	

Resultado		2017		2018		2019	
Anos		M	R	M	R	M	R
Indicadores							
Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos		0	0	0	0	0	0
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos		20%	20,44%	20%	16,56%	16%	17,2%
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência		1	1	1	0	1	0
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera		100%	100%	90%	100%	90%	90%
Proporção de usuários com carga viral de HIV indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral no período		92%	76,19%	85%	93,18%	93%	84,3%
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade		2	0	2	1	2	2
Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar		37%	32,70%	32%	32,12%	36%	23,9%
Número de casos autóctones de malária		Não se aplica ao Rio de Janeiro					

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro – consulta em 24/02/2020 e Divisão Vigilância Epidemiológica.  
 Nota 1: Meta (M) e Resultado (R).

Dos indicadores de resultado, um dos desafios para o município tem sido aumentar a proporção de parto normal, uma vez que as estratégias utilizadas não têm sido suficientes para impactar o problema com as alegações da ocorrência de cesáreas prévias pelos obstetras e o desejo de um parto menos trabalhoso e dolorido pelas parturientes.

A esses resultados, podemos acrescentar o alcance das ações do Comitê de Arboviroses tendo em vista que foi possível manter sob o

controle o número de casos de dengue, zika e chikungunya, nos últimos anos, mesmo com elevação de doentes no estado e nos municípios vizinhos. No período de 2015 a 2019, tivemos 316 notificações de dengue e 89 confirmadas laboratorialmente, 125 casos notificados de chikungunya, sendo 51 confirmados, e 2 casos notificados e confirmados de zika (Datasus/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan on-line – consulta em: 02/03/2020).

Além disso, registrou o melhor resultado na região norte do estado no Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária (Prefaps) no componente Desempenho. Esse programa foi instituído pela Secretaria Estadual de Saúde (Resolução SES nº 1.846, de 9 de maio de 2019) (RIO DE JANEIRO, 2019d) como uma estratégia para o financiamento da APS com vistas a fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da APS. Quissamã alcançou sete dos nove indicadores avaliados no primeiro quadrimestre, oito no segundo quadrimestre de 2019, e o terceiro quadrimestre ainda não havia sido disponibilizado quando finalizada a elaboração deste material, o que resultou no repasse de R\$ 118.128,00 nos dois quadrimestres avaliados. Esse programa é composto por 11 indicadores, sendo que 6 são os mesmos do rol da pontuação tripartite e bipartite, e 5 são baseados no PMAQ-AB.

4. PAHI – Dentre as metas elencadas, destacamos a que está relacionada diretamente com a estratégia da Comissão de Integração Hospital – Centro de Atenção Especializada em Saúde e Atenção Primária e se refere à redução das ICSAP. No período de 2014 a 2019, houve uma redução dessas internações em comparação a 2013, apesar de observarmos um aumento nos anos de 2017 e 2018 (*tabela 3*). Nesse período, as quatro principais causas de internação ocorreram nos Grupos 6 (pneumonias bacterianas), 15 (rim e trato urinário), 16 (pele e tecido subcutâneo) e 11 (Insuficiência Cardíaca Congestiva), respectivamente, 5,3%, 4,4%, 2,7% e 2,4% do total das ICSAP (24,3%) com predominância da população nas faixas etárias acima de 60 anos (40,2%) e 0-4 anos (21%). Destacamos que a maior parte das internações da população residente que ocorre no próprio município, em 2015, corresponderam a 81,9% de municíipes atendidos na própria cidade (RIO DE JANEIRO, 2016); e quem faz as indicações destas são os plantonistas da Emergência Hospitalar sem que haja uma anuência compartilhada com as equipes de saúde da família, isto é, o plantonista interna o usuário sem indagar a capacidade da equipe e da família do usuário em promover o cuidado necessário no domicílio.

**Tabela 3.** Valores absolutos de Internações, exceto parto, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Percentual de ICSAP, de população residente em Quissamã, no período 2013-2019

Ano	Total de Internações no HMMMJ, exceto parto	Total de Internações por condições sensíveis à atenção primária	% em relação ao total de internações, exceto parto
2013	1.330	435	32,7
2014	1.277	408	31,9
2015	1.363	335	24,6
2016	1.348	247	18,3
2017	1.308	282	21,6
2018	1.659	410	24,7
2019	1.463	249	17,0
Total	9.748	2.366	24,3

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro – Secretaria de Saúde – Dados SUS-Indicadores – consulta em 27/12/2019.

Atribuímos isso, em parte, ao aumento da frequência de reuniões e a participação da direção técnica na Comissão de Integração Hospital – Centro de Atenção Especializada em Saúde e Atenção Primária à redução das ICSAP. No entanto, destacamos que alguns autores (ALFRADIQUE et al., 2009; FERNANDES; CALDEIRA; FARIA, 2009; BARROS; SÁ, 2010) apontam que número de leitos hospitalares disponíveis, controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família, *modus operandi* da UBS, idade acima de 60 anos, escolaridade, acessibilidade geográfica e organizacional e aparato tecnológico do serviço de emergência são fatores que influenciam as internações por ICSAP.

Outro indicador relevante fruto do trabalho dos diálogos entre Caps e Hospital diz respeito a nenhuma internação em manicômio desde 2013. Os usuários internados nos leitos psiquiátricos do hospital municipal são acompanhados pelos profissionais do Caps, inclusive, participando das atividades do serviço de saúde mental durante o período de internação.

Do ponto de vista financeiro, as relações interdisciplinares estabelecidas reduzem os custos de contratação de pessoal, na medida em que o hospital municipal e a atenção primária se utilizam dos médicos ambu-

latoriais, quando necessário, tanto em atividades assistenciais quanto de educação permanente em saúde.

Essas abordagens instituídas têm como efeitos a promoção da educação permanente em saúde, a qualificação da atenção em saúde e o aumento de recursos financeiros para o município.

## Balanço final

A coordenação e a continuidade do cuidado são um grande desafio para a gestão municipal, o que tem gerado o desenvolvimento de estratégias para buscar a integração, a articulação da rede e a qualificação da assistência, sobretudo, por meio dos diálogos estabelecidos entre dois ou mais profissionais de saúde, entre os profissionais de saúde e a gestão, entre os profissionais de saúde e os usuários, entre as gestões municipais e outras esferas de governo.

Algumas abordagens implantadas foram induzidas por aporte de recursos financeiros mediante adesão a programas dos governos federal e estadual para a qualificação do SUS, o que gerou efeitos positivos para a gestão, e, por conseguinte, para os usuários.

A articulação interprofissional e interdisciplinar tem demonstrado ser um potente recurso não só para aprimorar a assistência ao usuário/família como também para promover a educação permanente nos serviços de saúde, no entanto, outros mecanismos presenciais e virtuais devem ser adotados para superar os obstáculos referidos e para ajustar os existentes. Os conhecimentos trocados geram aprendizagem significativa, o que amplia a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e o autocuidado dos usuários.

As estratégias apresentadas têm permitido superar a fragmentação no cuidado à saúde e alcançar um melhor desempenho do SUS, no entanto, a continuidade delas requer uma sustentação por parte da gestão municipal, o envolvimento de um maior número de profissionais da rede e o controle social.

Destacamos que a sistematização dessa experiência, incentivada e apoiada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/IdeiaSUS, possibilitou a reflexão ora apresentada, o reconhecimento entre os pares e a implementação de melhorias em cada uma das estratégias relatadas.

‘Diálogos entre serviços’ é, portanto, uma experiência em construção permanente, na medida em que colocamos em reflexão o trabalho e nos propomos a fazer um SUS cada vez melhor para todos, o que possibilita o aprimoramento, a supressão e a adoção de novas estratégias. Para tal, são necessários o monitoramento e a avaliação frequente.

Por fim, agradecemos o apoio do Professor Eduardo Melo, de Marta Magalhães e de Claudia Le Cocq, que estiveram conosco e muito enriqueceram as nossas reflexões durante a experiência de sistematização dessa prática, do Professor André Bonifácio e da Professora Vanderléia Pulga, que nos apresentaram a metodologia, e, em especial, a Valcler Rangel, um grande incentivador da conexão ensino-serviço.

## Referências

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 61, p. 337-49, 2009.

BARROS, D. M.; LIMA, L. D. Orçamento público, região e financiamento em saúde: rendas do petróleo e desigualdades entre municípios. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 120, n. 10, p. 2973-2984, 2015.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, 2010.

BRASIL. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 20 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a

serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCIX e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS, a partir de 2018. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 30 maio 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520\\_06\\_06\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.html). Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida---o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019a. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 10 maio 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0874\\_20\\_05\\_2019.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0874_20_05_2019.html). Acesso em 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.369, de 5 de setembro de 2019b - Divulga o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2018 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 5set. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria=-n2-369.-de5--de-setembro-de-2019-215564542-?fbclid=IwAR3OE2ppQdXA1BDBhOKp7sG9wadlsYFhyXTNbpNPxbUwZIHLLeXVeDm4ds8>. Acesso em 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019c. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 nov. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fJNLf5VBoV4&feature=youtu.be>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016. Pactuação Interfederativa 2017-2021. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/resolucoes>. Acesso em: 12 maio 2020.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECÍLIO, L. C. O Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tostói: elementos para pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CONSELHO SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS). *Deliberação CIB-RJ nº 3.997 de 20 de março de 2017*. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/540-2017/marco/4588-deliberacao-cib-n-3-997-de-20-de-marco-de-2017.html>. Acesso em 18 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. *Deliberação CIB-RJ nº 5.356 de 14 de junho de 2008*. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/579-2018-deliberacoes/junho/5912-deliberacao-cib-rj-n-5-356-de-14-de-junho-de-2018.html>. Acesso em: 18 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. *Deliberação CIB-RJ nº 5.709 de 07 de fevereiro de 2019*. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/604-2019/fevereiro/6341-delibera-cao-cib-rj-n-5-709-de-07-de-fevereiro-de-2019.html>. Acesso em: 18 mar. 2020.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, Londres, v. 19, n. supl. 1, p. 116-131, 2005.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-245, 007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Portal @Cidades: Panorama Quissamã*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/quissama/panorama>. Acesso em: 12 maio 2020.

JARA, O. *Para sistematizar experiências*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília, DF: PNUD, 2013. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/quissama\\_rj](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/quissama_rj). Acesso em: 30 nov. 2013.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Casa Civil e Governação, Fundação Centro Estadual de Estatísticas. *Pesquisa e formação de servidores públicos do Rio de Janeiro*: Produto interno bruto dos municípios: Estado do Rio de Janeiro – 2017. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/sefaz\\_ceperj\\_imagens/arquivos\\_ceperj/ceep/dados-economicos/pib-estadual-municipal/analises/produto\\_interno\\_bruto\\_dos\\_municipios\\_2017.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/sefaz_ceperj_imagens/arquivos_ceperj/ceep/dados-economicos/pib-estadual-municipal/analises/produto_interno_bruto_dos_municipios_2017.pdf) . Acesso em: 16 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Ficha Técnica Municipal de Quissamã*. 2016. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/fichas-tecnicas-municipais>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Informe Técnico SAPS/SGAIS/SES nº 1 - Avaliação do primeiro quadrimestre de 2019 do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2019a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjM5Njg%2C>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Informe Técnico SAPS/SGAIS/SES nº 02 - Avaliação do segundo quadrimestre de 2019 do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2019b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjc1Mz%2C>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Informação SUS*. Indicadores de Saúde. 2019c. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2019/01/indicadores>. Acesso em: 12 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Resolução SES nº 1.846, de 09 de maio de 2019d*. Aprova o programa de financiamento da atenção primária à saúde do estado do Rio de Janeiro. 2019a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/prefaps/2019/08/conheca-o-prefaps>. Acesso em: 16 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Integrated health services: what and why?* Technical Brief. 2008. Disponível em: [https://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](https://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.

---

## **Notas sobre ‘Curadoria’ numa Rede de Atenção à Saúde: o encontro com Quissamã (RJ)**

Eduardo Alves Melo  
(Curador)

A convite do programa IdeiaSUS/Fiocruz, aceitei o desafio de atuar como curador na experiência de rede da cidade de Quissamã, situada no norte fluminense, sem saber ao certo o método de tal trabalho e se eu daria conta. Neste pequeno texto, busco falar do trabalho como ‘curador’ e da aproximação com a realidade da saúde desse município.

Há dois sentidos mais habituais no uso da palavra curadoria. Um deles, dotado de implicações jurídicas, refere-se ao cuidado (de alguém) ou à administração (de coisas de alguém). Esse sentido não é estranho para a saúde, mas não parece muito próximo do trabalho diante do qual me vi. O outro sentido comum da palavra curadoria aparece no campo das artes, referindo-se, em geral, à escolha de elementos ou obras específicas diante de obras gerais de um artista, a partir de critérios adotados pelo curador, compondo uma determinada mostra ou exposição. Por vezes, agraga-se na curadoria artística também o sentido de manutenção e cuidado de um acervo. Ao pensar nessa prática, também não me parecia ser exatamente isso o que me demandavam e o que eu poderia fazer na interação com a experiência do município.

Diante dessa não correspondência imediata, lembrei de um ensinamento pragmático e não essencialista: que as palavras não têm significados verdadeiros e únicos, que elas não são apenas uma representação, embora não possamos ignorar seus significados nos usos habituais. Ou seja, que podem ser impregnadas de novos sentidos e vinculadas a novas práticas, em um movimento de criação, invenção ou mesmo experimentação. Aprendi também que o curador de arte, assim como o crítico, faz uma espécie de mediação entre o artista e o público, ainda que em diferentes momentos.

Pensando agora por dentro da saúde, da militância pelo SUS, e parafraseando Boaventura de Sousa Santos, sempre tive clareza de que as experiências de concretização desse sistema, construída a duras penas e remando contra a maré, são realizações ao mesmo tempo objetivas e subjetivas que não poderiam ser desperdiçadas; e uma das formas de evitar

tal perda é, justamente, a (re)construção de suas memórias, dando-lhes mais visibilidade, o que pode ser feito de diferentes maneiras. Uma delas é estudando, pesquisando formalmente uma determinada experiência e publicando os resultados. Isso se dá, em geral, a partir de uma externalidade (dada pelo não pertencimento do pesquisador à realidade estudada ou pela adoção de metodologias que intentam produzir uma espécie de ‘distanciamento crítico’ entre o pesquisador e o que estuda). No entanto, se concordarmos com a ideia de que existem diferentes tipos de saberes além do científico, de que a ciência não é homogênea (ainda que haja práticas científicas dominantes) e de que o reconhecimento e o diálogo entre saberes podem nos enriquecer, fica mais fácil nos abrirmos para outros modos de produção de conhecimento.

Neste caso específico, conforme previsto desde o início pelo IdeiaSUS, tratava-se de um movimento no qual os agentes cotidianos da experiência seriam protagonistas também da produção escrita sobre o vivido. Isso exige do curador, como se pode depreender, não apenas o conhecimento sobre aspectos presentes no objeto da curadoria, mas também uma certa habilidade para favorecer a elaboração por seus atores-autores, buscando, inclusive, contribuir para que a riqueza da experiência tenha a visibilidade que eventualmente mereça. Em suma, pareceu-me ser um trabalho de curadoria que mantém, do seu sentido artístico, a ideia de atenção aos detalhes de uma ‘obra’ e da possibilidade de fazer mediação entre esta e o público, e que agrega uma disposição político-pedagógica de facilitar a sua sistematização.

Para entrar em contato efetivo com a experiência de Quissamã, foram entre 4 horas e 5 horas de viagem entre a capital e esse pedaço do norte do estado, conversando com a equipe do IdeiaSUS e ‘viajando’ sobre o que iria encontrar. Lá chegando, deparei-me com uma cidadezinha bonita, composta por diferentes paisagens, com uma história para mim até então desconhecida, e que parecia funcionar em outro tempo, apesar de ter recursos financeiros e sociais não comuns em municípios do seu porte. Encontrei também uma cidade com pessoas orgulhosas do lugar onde vivem e trabalham. Encontrei (como se verá adiante e especialmente no capítulo 4 deste livro) um SUS que pulsa, que parece fazer diferença na vida das pessoas, algo que não é exatamente inédito (considerando que temos várias experiências de ‘SUS que dá certo’), mas que na conjuntura atual, de destruição de políticas públicas, desencanto e enorme incerteza sobre o futuro, tem um valor inestimável.

O foco da experiência de saúde de Quissamã, nesta fase do IdeiaSUS, foi a relação entre diferentes serviços de saúde da rede municipal, um desafio encontrado no país inteiro, decorrente de evidentes condicionamentos estruturais (financiamento, relações federativas, mix público-privado, entre outras), mas também de concepções, arranjos organizacionais e práticas de cuidado e de gestão cotidianas. Embora necessário para compreender tal experiência, não cabe aqui caracterizar em detalhes o município e sua rede de saúde. Todavia, é oportuno destacar que estamos falando de um município pequeno, com boa capacidade financeira, programas sociais próprios (além dos nacionais e estaduais), baixa presença do setor privado de saúde, diferentes tipos de serviços e programas de saúde, função de referência parcial para alguns municípios da região de saúde na qual está inserido, precisando, fora do município, de retaguarda terciária e pouco da chamada atenção secundária ou de média complexidade (ainda que saibamos das limitações desses termos). É uma cidade que, no SUS, segue em boa parte as diretrizes nacionais e estaduais e, ao mesmo tempo, constrói políticas e arranjos locais singulares.

Para nos aproximarmos da interação entre serviços da rede, fizemos reuniões, visitamos unidades de saúde, acompanhamos alguns processos, tivemos acesso a materiais e conversamos bastante com uma das gestoras, que atua no município há muitos anos. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade, como se pôde ver, possui diferentes estratégias para aumentar a comunicação entre serviços e entre setores, indo desde a participação em processos mais gerais e coletivos da gestão até o campo propriamente dos serviços, incluindo, ainda, a vigilância à saúde.

Tais estratégias, por sua vez, possuem diferentes graus de força e continuidade na sua realização. Umas das que foi possível ver mais de perto, e que pareceu bastante promissora, foi um espaço de discussão, envolvendo hospital, atenção básica, atenção especializada e vigilância, sobre casos de usuários internados, que acontece com regularidade. Aqui, dois elementos chamam a atenção. O primeiro é o foco, qual seja, discutem-se, em geral, casos de internação por condições sensíveis à atenção básica. O segundo é o fato de que os gestores dos serviços participam desse espaço, inclusive a direção do hospital. Sabemos que esse tipo de dispositivo pode ajudar a qualificar a atenção básica, a aumentar a sua capacidade clínica e de cuidado, bem como a interação desta com o hospital. No entanto, é pouco frequente encontrar tais canais formais de diálogo nas redes, inclusive por assimetrias de poder, o que faz da iniciativa algo ainda mais relevante. O que torna essa e outras experimentações possíveis em Quissamã? Aparentemente, a continuidade de

atuação de alguns profissionais e gestores ao longo dos anos, a sustentação política e metodológica do espaço por parte da gestão formal e, possivelmente, o sentido que deve fazer para os participantes.

Paradoxalmente, foi possível observar também problemas, como a elevada taxa de cesarianas e uma aparente sobreutilização da atenção especializada em detrimento da atenção básica. Essa menção evidencia que, em um lugar em que são viabilizados arranjos e dispositivos pouco comuns, podem, curiosamente, coexistir limites relacionados com outras questões. Foi possível submeter tal observação a um grupo de gestores e trabalhadores que, de modo pouco usual em um primeiro contato, estiveram muito dispostos a refletir e manifestar opiniões, algumas das quais (auto) críticas.

Essa interação presencial tão genuína com atores da experiência bem como os contatos seguintes em torno do apoio à sistematização escrita desta, de certa forma, evidenciaram outras necessidades da experiência de Quissamã, só em parte contempladas no tempo que tivemos. Refiro-me à necessidade não apenas de apoiar a elaboração escrita dos atores-autores (cujo produto pode ser visto no capítulo 4), mas de constituir processos mais regulares de (auto) análise e, quiçá, de intervenção sobre processos da rede de saúde, contando com mediação de atores externos. Ainda que esses desdobramentos não sejam previstos na metodologia do IdeiaSUS, a expressão da sua possibilidade evidenciou não apenas o encontro produtivo entre o curador e a experiência como também a potência do dispositivo da curadoria, inclusive pelo reconhecimento (interno e externo) que ajuda a produzir para a experiência.

Para concluir estes comentários, volto à perspectiva híbrida de curadoria anunciada no início deste texto, combinando atenção sensível aos elementos da experiência com uma certa mediação pedagógica. De fato, a vivência se mostrou mais próxima do apoio, facilitação e cooperação do que de uma crítica especializada, ainda que momentos crítico-reflexivos tenham feito parte do processo. Cabe agregar, ainda, que esse processo foi atravessado por algo central a experiências como essa: o compromisso ético-político dos atores-autores da experiência com um certo agir, um dos elementos vitais à concretização e sustentação de avanços no SUS. Em tempos de investidas cruéis contra projetos abrangentes e universais (como o do SUS) e de emergência de afetos políticos mortíferos a que temos assistido, chegar perto de histórias vivas como a da rede de Quissamã nos deixa animados para seguir sonhando e lutando.





Capítulo 5 – Angra dos Reis (RJ)

# A construção da informação como ferramenta de articulação e integração da Rede de Atenção à Saúde

---

Luciana Rossinol Silva,  
Maria Cláudia Nicolau Capaz  
Maria do Carmo Gomes dos Santos  
Monique Claudino dos Santos Thuler  
Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues  
Mayara Athanázio Diogo  
Claudia Cristina Araújo Lage de Gusmão

## Introdução

O Princípio da Integralidade é uma das principais e mais marcantes características da política de saúde, sendo descrito como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). É também compreendido como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário (BRASIL, 2006).

Segundo Hartz et al. (2004), integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo.

Araújo e Cardoso (2007, p. 152), em seu livro ‘Comunicação e Saúde’, refletem que “as novas demandas, novas tecnologias e práticas no cenário de Comunicação e Saúde exigiriam novos caminhos para se alcançar melhor prática comunicativa”. Acrescentam ainda que: “A participação dos meios de comunicação e as tecnologias apresentam-se como escolhas para democratizar as relações entre os vários atores no processo da assistência à saúde”.

Tendo em vista esses conceitos, e diante do macroproblema ‘Desarticulação da Rede de Atenção à Saúde’, evidenciado pela equipe de gestão municipal, foi formado o Grupo de Trabalho em Regulação em Saúde (GTRS) na Secretaria de Saúde de Angra dos Reis, no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de colocar em prática o Projeto Aplicativo (PA) intitulado: ‘A Construção da Informação como Ferramenta de Articulação e Integração da Rede de Atenção à Saúde’. Esse PA foi desenvolvido por profissionais inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Região da Baía da Ilha Grande (BIG), durante a realização do curso de Especialização de Regulação em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), ministrado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no período de 2015 a 2016.

O referido GTRS foi criado com objetivo de suscitar a identificação, a discussão, a padronização e a divulgação das informações assistenciais e de acesso aos serviços para o direcionamento dos profissionais de saúde.

No decorrer das reuniões, o GTRS identificou como pontos críticos a dificuldade de acesso às informações pertinentes aos processos de regulação em saúde e a comunicação intersetorial, fatos desencadeados pela diversidade territorial, estrutura física e *deficit* de recursos humanos encontrados no município.

Tomando como ponto de partida os avanços tecnológicos, a rapidez da informação, o acesso à internet e a facilidade dos profissionais de saúde em manusear seus *smartphones*, o grupo avançou na ideia da construção de um aplicativo que contemplasse as informações da RAS de Angra dos Reis, atrelando informações técnicas à Tecnologia da Informação (TI), direcionadas aos profissionais de saúde do município.

Segundo Mendes (2011), o conceito de ‘rede’ tem sido desenvolvido em vários campos, como da sociologia, da psicologia social, da administração e da TI. É também definido pelo MS como “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integridade do cuidado” (BRASIL, 2010, n. p.).

Hartz et al. (2004) apontam que é imprescindível uma dupla leitura sobre a natureza do objeto ‘rede’: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para veículos problemas. No último sentido, a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação entre os atores no dia a dia da produção do cuidado, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Apesar de a integralidade já ser um objetivo do SUS desde 1990, até os dias atuais, não é garantida por diversos fatores. Entre eles, podemos apontar o desconhecimento, por parte dos profissionais, de alguns recursos disponíveis na RAS. Em nossa experiência no SUS, deparamo-nos com a dificuldade de comunicação e integração entre os serviços, além da falta de conhecimento dos profissionais sobre a organização e o funcionamento dos equipamentos de saúde. São dúvidas sobre locais, atribuições ou fluxos de encaminhamentos que prejudicam a continuidade da assistência.

Em seu artigo, Baduy et al. (2011, p. 302) pontuam que as tecnologias hoje disponíveis na saúde são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do cidadão. Não basta montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. Os autores ainda defendem a interação entre os diversos serviços e afirmam que “nos encontros e nas redes de conversação é que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetuam os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do SUS”.

Assim, para a efetivação do direito à saúde, faz-se necessária a articulação dos diversos atores e saberes envolvidos no processo, como forma de promover o avanço e o incremento de novas práticas de saúde. Dessa forma, tal desafio deve ser enfrentado com a proposição de estratégias inovadoras que possibilitem espaços de diálogo e a aproximação dos profissionais dos diversos setores, favorecendo a concretização de um sistema de saúde ‘sem muros’. Dentre as várias concepções sobre os saberes, vale destacar Foucault (2010, p. 206) que refere:

[...] um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico [...]; um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...], finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]. Há saberes que são independentes das ciências [...], mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática pode definir-se pelo saber que ela forma.

Entendemos que, como forma de reorganizar e rearticular a rede, com o constante desenvolvimento tecnológico, a informação se apresenta como diferencial para uma melhor integração e garantia do acesso aos serviços ofertados. Nos tempos atuais, a tecnologia vem ajudando muito

a interação entre pessoas e, entre os recursos tecnológicos, a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) tem sido apontada como importante fator para potencializar o desenvolvimento dos processos produtivos e da gestão das organizações. Assim, tão importante quanto criar espaços de diálogos para consolidar e padronizar as informações de interesse para a rede de atenção, é imperioso disponibilizar meios para divulgação, valorizando também a informação como ferramenta de gestão.

Partindo desse princípio, a visão do grupo é reunir evidências de que podemos integrar a Rede por meio da TI, com o princípio da informação atualizada e em tempo real, na palma da mão. Alinhado a essa expectativa, o trabalho tem como objetivo geral o favorecimento da articulação e integração da rede, promovendo a construção e o compartilhamento das informações aos profissionais da RAS. Outrossim, os objetivos específicos são: elaborar e sistematizar as informações assistenciais e de acesso aos serviços, a partir da criação do GTRS e divulgar essas informações de forma padronizada aos profissionais da rede, pelo aplicativo [selig@rede](mailto:selig@rede).

## Metodologia

### **Contexto municipal**

O estudo foi realizado em Angra dos Reis, município que compõe a Região de Saúde da BIG, localizada no litoral sul do estado do Rio de Janeiro. É uma das cidades mais antigas do Brasil e tem uma disposição territorial que se configura com um grande distanciamento entre o Centro e diversos bairros periféricos, o que dificulta a administração municipal em grande parte de suas demandas como educação, saneamento, lazer, políticas públicas e, no caso específico deste, na articulação da RAS.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o município tem uma área de 825.082 km<sup>2</sup>, com a localização de grandes aglomerados populacionais distribuídos em um eixo longitudinal compreendido entre o Rio de Janeiro e Paraty. O município tem áreas de difícil acesso como Sertões (Parque Mambucaba, Zungu, Serra d'Água e Banqueta) e Ilhas (Grande, Gipoia, Caieira, Comprida e Frade), além de outras peculiaridades, como reservas indígenas e comunidades quilombolas.

**Figura 1.** Mapa de Angra dos Reis, RJ



Fonte: Google Maps (2020).

A divisão territorial, política e administrativa do Sistema Municipal de Saúde compreende cinco Distritos Sanitários, e tem sua população residente neles distribuída, como mostra a *tabela 1*.

**Tabela 1.** População residente por Distrito Sanitário (DS)

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>População residente</b>	<b>%</b>
1º DS: Centro/Morros do Centro	34.611	16,98
2º DS: Japuíba/Grande Japuíba	68.452	33,59
3º DS: Camorim/ Jacuecanga/Portogalo/Garatucaia	36.368	17,85
4º DS: Bracuhy/Frade/Perequê	58.911	28,91
5º DS: Ilhas	5.443	2,67
<b>Total</b>	<b>203.785</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE (2010).

A distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde ocorre a partir das fragilidades e necessidades identificadas, bem como das características territoriais e estruturais do município. A *tabela 2* descreve a distribuição dos serviços da RAS de Angra dos Reis.

**Tabela 2.** Tabela de recursos humanos – fevereiro, 2020

Cargo	Lotação atual
Agente Comunitário de Saúde (CLT)	268
Atendente de Enfermagem	13
Assistente Social	62
Auxiliar de Consultório Dentário	61
Auxiliar de Enfermagem	292
Auxiliar de Farmácia	50
Biólogo	3
Cirurgião-Dentista	125
Enfermeiro	287
Farmacêutico	43
Fisioterapeuta	42
Fonoaudiólogo	21
Médico	345
Nutricionista	18
Psicólogo	53
Técnico em Enfermagem	268
Técnico em Radiologia	35
Terapeuta Ocupacional	1
Técnico de Higiene Bucal	27
<b>Total</b>	<b>2014</b>

Fonte: Prefeitura de Angra dos Reis. Subsecretaria de Recursos Humanos (2020).

A Rede Municipal de Saúde conta atualmente com 2.014 servidores públicos ativos, profissionais de saúde de diferentes categorias, conforme apresentado na *tabela 3*. As ações do GTRS na construção e divulgação de informações como elo articulador do processo de regulação assistencial estão voltadas para atender as demandas deste grupo de profissionais, com a disponibilização do aplicativo *selig@rede*.

**Tabela 3.** Rede Pública de Atenção à Saúde de Angra dos Reis – 2020

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>1º DS</b>	<b>2º DS</b>	<b>3º DS</b>	<b>4º DS</b>	<b>5º DS</b>
Equipes de Saúde da Família	14	15	09	16	04
Unidade Básica de Saúde	-	-	01	-	-
Centros de Especialidades Médicas	01	01	01	01	-
Centros de Atenção Psicossocial	03	-	-	-	-
Serviço de Pronto Atendimento	01	-	01	02	01
Unidades Hospitalares	01	01	-	01	-
Equipe de Consultório na Rua (ECnR)	01	-	-	-	-
Núcleo de Apoio da Saúde da Família	01	01	01	01	-
Equipe de Saúde Bucal	11	06	07	11	04
Unidade de Pronto Atendimento (UPA Pediátrica)			01		
Centro Especializado de Reabilitação	01	-	-	-	-
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)	-	-	01	-	-
Hemonúcleo da Costa Verde	-	01	-	-	-
Equipe do Melhor em Casa	01	-	-	-	-
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	-	01	-	-	-
Centro Odontológico	01	-	01	-	-
Núcleo Especializado em Feridas (Nutefe)	-	01	-	-	-

Fonte: Prefeitura de Angra dos Reis. Departamento de Planejamento, Controle e Avaliação, Auditoria e Regulação (2020).

## Percorso metodológico

Em novembro de 2017 foi instituído o GTRS na Secretaria de Saúde de Angra dos Reis, com vistas a promover espaços de diálogo com os diferentes departamentos e setores da RAS.

Composto por profissionais da gestão e da assistência à saúde, o GTRS realizou oficinas de trabalho utilizando o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a elaboração do Plano de Ação (*quadro 1*), com a definição das estratégias necessárias para promover mudanças na realidade (situação-problema) e alcançar o resultado esperado pelo grupo.

**Quadro 1.** Plano de Ação – Aplicativo selig@rede

Resultado esperado	Utilização do aplicativo selig@rede como ferramenta de acesso as informações pelos profissionais da rede de municipal de saúde				
Ações	Ação 1	Ação 2	Ação 3	Ação 4	Ação 5
	Instituir o GTRS	Criar o aplicativo selig@rede	Apresentar o aplicativo para a RAS	Disponibilizar o aplicativo para os profissionais que atuam na RAS	Atualizar sistematicamente as informações do aplicativo
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar enquete com os profissionais de saúde para levantamento das necessidades de informações;</li> <li>- Definir a estrutura do aplicativo;</li> <li>- Criar banco de dados para alimentar o aplicativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserir as informações organizadas pelo GTRS no aplicativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seminários com os profissionais da secretaria de saúde e das unidades piloto;</li> <li>- Disponibilizar o aplicativo para os profissionais das unidades pilotos para teste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar oficinas distritais para apresentação e capacitação dos profissionais para o uso do aplicativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar as adaptações às mudanças de ambiente, concebendo ajustes sugeridos e/ou demandado à necessidade</li> </ul>
Responsável	Grupo de Trabalho de Regulação em Saúde (GTRS)	Profissional de TI	Grupo de Trabalho de Regulação em Saúde (GTRS)	Grupo de Trabalho de Regulação em Saúde (GTRS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo de Trabalho de Regulação em Saúde (GTRS)</li> <li>- Profissional de TI</li> </ul>
Parceiros e Opositores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Secretário Municipal de Saúde</li> <li>- Presidente do Conselho Municipal de Saúde</li> <li>- Diretores de departamentos</li> <li>- Diretores técnicos dos hospitais</li> <li>- Profissionais da Rede de Atenção à Saúde</li> </ul>				
Indicadores Quant/Quali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de profissionais que acessaram o aplicativo;</li> <li>- Quantitativo das informações mais acessadas;</li> <li>- Nº de informações divulgadas</li> </ul>				
Recursos Necessários	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para todas as atividades descritas serão necessários os seguintes recursos:</li> <li>- Técnico</li> <li>- Político</li> <li>- Econômico</li> <li>- Organizacional</li> </ul>				
Prazo (30 Meses)	Ação 1	Ação 2	Ação 3	Ação 4	Ação 5
	Executado	Em processo de teste	Março de 2020	3 Meses	Permanente

Fonte: Prefeitura de Angra dos Reis. Secretaria Municipal de Saúde (2020).

A partir do Plano de Ação elaborado, e considerando a complementariedade das ações propostas para propiciar o desenvolvimento do aplicativo *selig@rede* e sua utilização pelos profissionais de saúde como ferramenta de gestão, o GTRS continuou realizando reuniões quinzenais para continuidade da execução das atividades previstas.

A instituição do GTRS, somada à necessidade de criação de um banco de dados para a inserção no aplicativo *selig@rede*, favoreceu o estreitamento de vínculos entre os atores da rede, proporcionando a discussão para identificação das necessidades de atualização e organização das informações, tais como: endereços, telefones, *e-mails* da rede de atenção; fluxos assistenciais; protocolos; diretrizes operacionais; notas técnicas; formulários de solicitação de serviços; recomendações, orientações; Programação Pautada e Integrada (PPI); Organograma da Secretaria Municipal de Saúde e outras informações oficiais. Foram ainda realizadas análises documentais para coleta de informações a respeito da Carteira de Serviços de Saúde, conforme Lei nº 13.460, de 2017 e para a identificação das demandas de construção e publicação de novas diretrizes e protocolos de acesso.

Durante o processo de produção do GTRS, concluiu-se a necessidade de a escuta ultrapassar a barreira do Grupo de Trabalho. Conhecer a realidade dos atores envolvidos no processo regulatório, seja direta ou indiretamente, nortearia o estabelecimento das informações prioritárias de acordo com a visão dos profissionais inseridos na gestão e na assistência. Nessa premissa, os apontamentos levantados determinariam as ações de quais informações coletar, analisar, registrar e discutir para após divulgá-las.

Identificando o tipo de recurso a ser empregado, o grupo optou pela pesquisa descritiva, que tem como objetivo a descrição de características de determinada população. Para alcançar com eficiência diferentes áreas profissionais em diferentes (e distantes) equipamentos de saúde, foi utilizada uma ferramenta de formulário on-line para coleta de dados, ofertada pela plataforma Google de forma gratuita e acessível: o Google Formulário.

Foram formuladas questões objetivas com o propósito de conhecer o perfil do trabalhador de saúde participante da pesquisa, suas principais dúvidas quanto à regulação do acesso no município e, ainda, identificar quais as ferramentas de apoio à informação acerca do funcionamento da RAS que o profissional utiliza para se fundamentar.

Após análise dos materiais, foi possível apontar os conteúdos prioritários, os recursos visuais de apresentação e de acesso para o aplicativo, bem como a linguagem mais adequada para uso, tendo em vista nosso público-alvo. O fato de todos os componentes do grupo serem especialistas

em regulação em saúde no SUS e de a maioria também integrar o departamento responsável pelo Setor de Regulação do município, foi facilitador para o processo.

No decorrer da prática, a partir da identificação de dificuldades tanto de cunho técnico (levantamento, organização das informações necessárias para alimentar o aplicativo, pessoal para desenvolver a ferramenta), quanto político (alternância de poder, apoio do gestor), foram necessários ajustes no plano, revendo as ações e enfocando especialmente as informações de regulação do acesso, dada a maior governabilidade do GTRS na temática.

Em dezembro de 2019, com o processo de curadoria da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a sistematização da prática, o GTRS identificou a possibilidade de designar uma componente do grupo, profissional de TI, para ficar responsável pelo desenvolvimento e atualização do aplicativo. Dessa forma, com a liberação do gestor, conseguimos lançar o selig@rede, que se encontra em fase de teste em cinco estabelecimentos de saúde do município.

## Resultados

### **Elaboração e publicação de diretrizes e protocolos de acesso**

A partir do levantamento das principais necessidades de informações elencadas pelos profissionais de saúde, o GTRS fomentou a organização destas, de forma a desenvolver o escopo do aplicativo selig@rede. Pela busca sistemática da produção de conhecimentos e informações voltadas para pesquisa, edição, adequação e motivação para a elaboração de conteúdo, identificou-se a *expertise* da regulação médica na elaboração de diretrizes operacionais, protocolos de acesso, fluxos, notas técnicas e outros documentos norteadores das práticas assistenciais no que tange à regulação em saúde.

Com foco na qualificação da gestão, nos princípios do SUS como a integralidade, equidade e universalidade da assistência em saúde, na autossuficiência dos profissionais de saúde e na defesa no acesso do usuário aos serviços assistenciais, foram coletadas informações sobre a elaboração e a atualização de diretrizes e protocolos de acesso.

O processo de elaboração dos protocolos de acesso foi executado a partir das seguintes etapas de construção: conhecimento da realidade regulatória do município e do perfil situacional por meio de reunião com os reguladores; levantamentos estatísticos das demandas e ofertas; aplicação

de questionário para médicos especialistas da RAS; definição de nomenclatura e fundamentação científica, considerando critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade das tecnologias recomendadas; definição de prioridades e objetivos de padronização de conduta para a utilização de tecnologias específicas em determinadas doenças ou condições; revisão técnica dos protocolos publicados anteriormente no município; pesquisa de fontes científicas consolidadas; *layout* com arranjo da apresentação do conteúdo com facilidade de consulta dos profissionais; validação dos especialistas das áreas; divulgação em oficinas e publicação em boletim oficial do município.

Como fontes, foram utilizados consensos validados pelas entidades de classe, diretrizes do MS, protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS), protocolos validados e publicados no território nacional, metanálises e ensaios científicos randomizados e de acordo com a Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Desde a implantação do GTRS até os dias atuais, foram publicadas quatro portarias de regulação em boletins oficiais do município, com as seguintes divulgações: Diretrizes para Solicitação de Exames Complementares ao Diagnóstico e Tratamento; Protocolo de Encaminhamento para Exames de Alta Complexidade – Ressonância Nuclear Magnética e Cintilografia do Miocárdio; Protocolo de Encaminhamento de Consultas para Especialidade de Mastologia; Atualização dos Protocolos de acesso para Neurologia Adulto, Neurologia Infantil e Reumatologia; Protocolo de Solicitação para Exames de Média Complexidade – Mamografia, Ultrassonografia Mamária, Ultrassonografia de Vasos, Endoscopia Digestiva Alta, Densitometria Óssea e Colonoscopia, e Protocolo de Tratamento Renal Substitutivo de Hemodiálise para Paciente Agudo em Regime de Internação.

Ainda faz parte do trabalho do GTRS o incentivo à revisão sistemática dos protocolos e diretrizes pelo órgão competente, no sentido de manter atualizados os documentos mediante modificação da capacidade resolutiva do sistema municipal de saúde, alterações nas legislações vigentes, inovações técnico-científicas e mudanças socioeconômicas da realidade. As atualizações ocorrem: habitualmente por revisões bianuais; a qualquer momento conforme mudanças no cenário atual e, por intermédio de contribuições dos profissionais da RAS com vistas ao aprimoramento dos conteúdos, reduzindo a escrito as considerações devidamente fundamentadas e encaminhando-as para o Departamento de Planejamento, Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação para análise.

## Realização de Oficinas de Regulação

Em meio ao movimento de atualização e elaboração de novas diretrizes e protocolos de acesso, foram realizadas Oficinas de Regulação, direcionadas aos profissionais de saúde que atuam na assistência, como estratégia de gestão de base comunicativa para a divulgação e validação dos conteúdos. A iniciativa permitiu uma aproximação entre os profissionais da gestão envolvidos com a regulação do acesso e os profissionais da assistência, ampliando o entendimento, a participação e a corresponsabilização das equipes no processo regulatório.

No período de novembro de 2017 a março de 2020, foram realizadas seis Oficinas de Regulação com a participação de profissionais de vários setores da RAS, a saber: Atenção Primária; Atenção Referenciada; Rede de Urgência e Emergência; Planejamento, Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação; Ouvidoria e Educação Permanente.

A qualificação capaz de preservar a autonomia dos profissionais de saúde por meio do espaço para discussões criado pelas Oficinas e a validação dos documentos pelos próprios servidores especialistas nas áreas em questão, contribuíram para a melhoria dos processos de trabalho locais e para a qualificação dos encaminhamentos para consultas especializadas e solicitações de exames de apoio à diagnose e terapia.

## Construção e desenvolvimento do aplicativo *selig@rede*

Uma vez organizadas as informações, deu-se início à fase de projeto do *software*, com o objetivo de criar um produto original, que agregasse valor ao processo de trabalho dos profissionais de saúde. Nessa fase, foi realizado o levantamento do prazo, custo e escopo.

O projeto de desenvolvimento de *software* pode ser motivado em duas situações: 1. Por necessidade de uma entidade ou cliente; ou 2. Por oportunidade de negócio. A partir da identificação da necessidade ou oportunidade, antes mesmo de iniciar o projeto, realizamos o estudo de viabilidade. Aqui, analisamos as seguintes premissas: a) O sistema contribui para os objetivos? b) O Sistema pode ser implementado dentro da restrição de tempo, custo e da tecnologia disponível? c) O sistema pode ser integrado a outros sistemas existentes na organização? (CORTÉS, 2013).

Em resposta a essas questões, o sistema *mobile* foi identificado como a ferramenta de intervenção que contribuiria para os objetivos do projeto.

No quesito sustentabilidade, foi realizada a busca por alternativas de tecnologia disponíveis que gerassem o menor custo possível. Há no mercado diversas plataformas para desenvolvimento de aplicações móveis. A oferta é variada: existem *sites* de modelagem on-line, que não exigem profundos conhecimentos de programação, porém geram custos mensais por esse serviço. Outra alternativa são as plataformas de desenvolvimento por programação em bloco, nas quais a programação funciona como ‘encaixes’ em que cada função e comando se conectam, como no App Inventor for Android, desenvolvido em 2007 pelo Massachusetts Institute of Technology (MIT) e disponibilizado pelo Google, como definem Gomes e Melo (2013, p. 620-622). Visando obter mais recursos para aplicação, optou-se por desenvolver o aplicativo no Android Studio, que é um IDE (Integrated Development Environment ou Ambiente de Desenvolvimento Integrado) de programação lançado pelo Google para a plataforma Android que utiliza a linguagem de programação Java (PINTO, 2014). O sistema é também integrável a outros já existentes, com o uso de recursos de georreferenciamento e a disponibilização da aplicação para *download* diretamente no *site* da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis – PMAR ([angra.rj.gov.br](http://angra.rj.gov.br)).

Conforme define Cortés (2013), uma vez iniciado, o projeto apresenta atividades agrupadas em três macrofases: definição, desenvolvimento e manutenção. O *software* oferece informações sobre regulação em saúde voltada aos profissionais da assistência à saúde em toda a RAS no município de Angra dos Reis. É um sítio de informações que abriga os protocolos de acesso existentes; ferramenta de georreferenciamento; organograma da rede; canais de interação, como o fale conosco e Ouvidoria SUS; modelos de formulários em formato PDF; uma rede de notícias. Todas as informações são voltadas para o auxílio dos profissionais que integram o sistema regulatório do município. Nesse primeiro ensaio, não há detalhamento de serviços requeridos. Porém, há uma clara restrição ao acesso. Essa restrição está estabelecida no ato da divulgação ao público-alvo, e não no acesso à aplicação, pois estará disponível em ambientes de livre acesso a *downloads* como no *site* da prefeitura e na plataforma do PlayStore da Google. Contudo, acreditamos que o conteúdo em sua essência já selecionará o tipo de usuário.

O projeto está atualmente na fase de desenvolvimento. Já foram concluídas as atividades de Projeto e Implementação e, neste momento, encontra-se na etapa de testes para posterior Implantação em toda Rede de Saúde, como ferramenta de gestão. Como cenário de testes, considerando a facilidade de acesso da equipe do GTRS e a conectividade favorável, optou-se por eleger 5

equipamentos de saúde do 1º Distrito Sanitário (Região Central), sendo 1 Serviço de Pronto Atendimento, 1 Centro de Especialidades Médicas e 3 Unidades de Saúde da Família para disponibilização do aplicativo aos profissionais. A profissional de TI da Secretaria de Saúde vem realizando o acompanhamento sistemático da utilização do aplicativo por meio de visitas às unidades e pesquisas com os profissionais, promovendo os ajustes necessários.

A entrega do sistema para todos os profissionais da rede está prevista para o mês de junho de 2020. Após ser colocado em operação, dar-se-á início a fase de manutenção. Mais de 50% do esforço dedicado ao desenvolvimento é gasto em manutenção (CORTÉS, 2013). Com a projeção de o sistema entrar no processo de trabalho dos profissionais, será necessário acompanhar as adaptações às mudanças de ambiente, concebendo os ajustes sugeridos ou demandados. A profissional de TI integrante do GTRS ficará responsável por realizar adequações e atualizações nas versões, bem como retroalimentar os conteúdos. Como há uma articulação com a gestão para que o sistema integre o processo de trabalho dos profissionais da RAS, torna-se indispensável a sua funcionalidade. Assim, está programada a constante manutenção do *software*, inicialmente, corretiva, adaptativa e evolutiva, que consiste em novas versões do sistema.

## Discussão e recomendações

A precariedade de informações imprime ao trabalho cotidiano obstáculos ao acesso do usuário aos serviços de saúde. Olhar de forma crítica os processos construídos leva ao debate para a transformação de condutas e instauração do pensamento organizativo. O movimento crítico e aperfeiçoado, que tem como ponto de partida demandas concretas da realidade local, traz significado e estímulo para os atores envolvidos no processo.

A intenção do trabalho no campo das práticas em saúde reuniu ações voltadas para a construção da informação como elo articulador do processo de regulação assistencial. Dentro de um recorte na área da regulação em saúde, a base para a execução do trabalho foi buscar instrumentos relacionados, inicialmente, com a organização e priorização do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento ambulatorial a partir da ampliação do conhecimento dos profissionais.

Castiel (2003) chama atenção para a delicadeza do processo comunicacional em saúde, que envolve relevantes aspectos bioéticos. Aponta para a necessidade de uma base normativa de tal comunicação, considerando-se importantes as tentativas de estabelecerem-se protocolos éticos e

formatos expositivos padronizados de comunicação. O autor destaca ainda que a informação enganosa pode custar vidas e interroga: como fazer para divulgar tais aspectos com fidedignidade e objetividade?

Como afirma Campos (2005) acreditamos que quando horizontalizamos as relações entre profissionais de saúde, melhorando a comunicação e permitindo que possamos aprender uns com os outros, na troca de saberes e perspectivas, damos um novo significado ao trabalho em equipe e à co-gestão na produção de serviços, além de redefinir o papel dos profissionais na referência e integração dos sistemas de saúde.

Nessa perspectiva, os profissionais envolvidos nas ações de saúde assumem o protagonismo no processo de integração da rede e, somente a partir da interação entre eles, será possível a articulação do sistema.

Em busca de um trabalho mais articulado e capaz de diminuir barreiras entre a gestão, o trabalhador de saúde e o usuário, o GTRS elaborou um plano de ação com estratégias de superação bem definidas, utilizando-se o método PES. No PES, Matus (1993, p. 285) refere-se a quatro momentos do processo de planejamento situacional, a saber: 1) momento explicativo; 2) momento normativo; 3) momento estratégico; e 4) momento tático-operacional. Esses momentos alternam-se num processo dinâmico, onde as estratégias são continuamente ajustadas às mudanças de cenário.

Entendendo que o plano de ação é resultado de proposições que visam intervir em problemas da realidade local, na qual coexistem diferentes interesses e desejos, é importante compreender o conceito de estratégia. Segundo Matus (1993, p. 11), estratégia é “a arte de lidar com a incerteza, com a imprecisão e a névoa do amanhã”.

O planejamento estratégico é visto por Mendes (2002) como suporte básico para a função de condução política, o que significa explorar a capacidade de inovação e superação, apontar um rumo, um objetivo, traçando metas e diretrizes, favorecendo a capacidade gestora do Estado.

Dessa forma, todas as etapas do projeto são frequentemente reavaliadas, incluindo a identificação dos problemas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços assistenciais, bem como a busca de informações existentes e incentivo à produção de instrumentos de qualificação da gestão como diretrizes, protocolos de acesso e fluxos assistenciais.

Conforme Portaria nº 1.559 de 2008, a Política Nacional de Regulação prevê, no âmbito do SUS, a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais com objetivo de garantir o acesso do usuário fundamentado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2011).

Dentro de um olhar organizativo, os protocolos de acesso são importantes instrumentos de gestão voltados para orientação das alternativas mais apropriadas às necessidades dos usuários por meio de critérios mínimos e norteadores capazes de efetivar a classificação de risco para a priorização e ordenamento das ações e prestação de serviços de saúde. Assim sendo, os protocolos assistenciais ou de acesso compõem um conjunto de normas que visam estabelecer a segurança dos usuários, garantir o direito de acesso quando bem indicado, otimizando os recursos e minimizando efeitos adversos de condutas quando não embasadas em boas práticas. No recorte da regulação, a prestação de assistência em saúde fundamentada em protocolos definidos leva à diminuição dos riscos assistenciais para os usuários e instrumentaliza a equipe médica na sua atividade diária ao estabelecer critérios e normas mínimas para a solicitação e encaminhamento dos procedimentos complementares de diagnóstico e tratamento no âmbito ambulatorial. Os protocolos de acesso constituem orientações para as melhores práticas com escolhas adequadas e de qualidade que permitem alocação em tempo oportuno dos recursos disponíveis baseados em consensos, diretrizes e evidências científicas atualizadas.

A estratégia de realização das Oficinas de Regulação favoreceu a aproximação de profissionais da gestão e da assistência, fortalecendo espaços formais de discussão e corresponsabilização na garantia do acesso. Considerando o conceito de regulação assistencial, segundo Brasil (2006, p. 8) “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, entendemos ser indispensável a manutenção da estratégia de Oficinas de Regulação com o objetivo de aprimorar a utilização dos serviços de saúde, promovendo os princípios da equidade e integralidade do cuidado.

Por fim, a aposta na incorporação da TIC na Secretaria de Saúde, por meio do aplicativo [selig@rede](mailto:selig@rede) como ferramenta de qualificação da gestão, pretende superar o grande desafio de ultrapassar a etapa da construção da informação para realmente alcançar os profissionais de modo a ampliar os conhecimentos destes sobre o funcionamento da RAS e desenvolver competências capazes de impactar favoravelmente nos processos regulatórios.

Como resultado da prática em longo prazo, esperamos consolidar redes de diálogo, que facilitem a efetiva cooperação entre os profissionais dos setores, nos diversos níveis, integrando, por fim, a gestão e a assistência, no objetivo maior da saúde: a melhoria do acesso do usuário aos serviços disponibilizados.

## Referências

ANGRA DOS REIS. Prefeitura. Departamento de Planejamento, Controle e Avaliação, Auditoria e Regulação. *Distritos Sanitários da Rede Pública de Atenção à Saúde de Angra dos Reis*. Angra dos Reis: DPCAR, 2020.

\_\_\_\_\_. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano de Ação – Aplicativo self@rede*. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, 2020.

\_\_\_\_\_. Prefeitura. Subsecretaria de Recursos Humanos. *Dados Lotação de Pessoal*. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, 2020.

ARAÚJO, I.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Coleção Temas em Saúde).

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde*, Rio de Janeiro. v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BRASIL. *Decreto Lei nº 7.508 de julho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 2 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/I8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/I8080.htm). Acesso em: 2 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS*. Série B, Textos básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 30 abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTIEL, L. D. Insegurança, ética e comunicação em Saúde Pública. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 161-167, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n2/15281.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

CORTÉS, M. I. *Informática: Fundamentos de Engenharia de Software*. Fortaleza: Secretaria de Apoio às Tecnologias Educacionais, 2013.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GOMES, T. C. S.; MELO, J. C. B. App Inventor for Android: uma nova possibilidade para o ensino de lógica de programação. In: Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação, 2., 2013, Campinas. *Anais Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação*. Campinas: Unicamp, 2013. Disponível em: <https://www.br-ie.org/pub/index.php/wcbie/article/view/2725>. Acesso em: 14 jul. 2020.

GOOGLE. *Mapa Angra dos Reis*. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?safe=off&ei=hrYMX74rzs\\_k5Q=-bvYiQAg&q=ANGRA+DOS+REIS+MAPS&oq=ANGRA+DOS+REIS+MAPS&gs\\_lcp=CgZwC3ktYWIQAzICCAAyAggAMgIIJjICCYyBggAE BYQHjIICAAQFhAKEB4yBggAE BYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWE B4yAggmOg-QIABBH O gQIABBDULUbWMgIYN0paABwAXgAgAGnAogB8QmSAQMyLTWYAQ-CgAQGqA Qdnd3Mtd2I6&sc lient=psy-ab&ved=0ahUKEwi-htng-8rqAhXOJ7kGH-ZseAilQ4dUDCAw&uact=5#](https://www.google.com.br/search?safe=off&ei=hrYMX74rzs_k5Q=-bvYiQAg&q=ANGRA+DOS+REIS+MAPS&oq=ANGRA+DOS+REIS+MAPS&gs_lcp=CgZwC3ktYWIQAzICCAAyAggAMgIIJjICCYyBggAE BYQHjIICAAQFhAKEB4yBggAE BYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWE B4yAggmOg-QIABBH O gQIABBDULUbWMgIYN0paABwAXgAgAGnAogB8QmSAQMyLTWYAQ-CgAQGqA Qdnd3Mtd2I6&sc lient=psy-ab&ved=0ahUKEwi-htng-8rqAhXOJ7kGH-ZseAilQ4dUDCAw&uact=5#). Acesso em: 2 mar. 2020.

HARTZ, Z. M. A. et al. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores de Bairros – Região Sudeste (Rio de Janeiro)*: Informação de Angra dos Reis. [Angra dos Reis]: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ri/angra-dos-reis/panorama>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*, tomo I e II. Brasília, DF: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. *Os Sistemas de Serviços de Saúde*: o que os gestores deveriam saber sobre sistemas complexos. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2011.

PINTO, P. Programar para Android com o Android Studio. *Pplware*, Riba d'Ave. 16 abr. 2014. Disponível em: <https://pplware.sapo.pt/tutoriais/tutorial-i-programar-para-android-com-o-android-studio/>. Acesso em: 29 fev. 2020.

## Anexo

---

### Conectando caminhos e saberes na rede: a experiência de Angra dos Reis

Leonardo Graever  
(Curador)

A atuação da equipe de Angra dos Reis na formulação e execução do seu Projeto Aplicativo, voltado à melhoria do funcionamento da rede de atenção à saúde local e regional, traz, em sua construção e execução, uma série de princípios e características dignas de nota.

Já no embasamento teórico inicial, as autoras se remetem a documentos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da teoria de Redes de Atenção à Saúde (RAS) para contextualizar histórica e cientificamente, de forma precisa, o problema escolhido para o trabalho, a 'Desarticulação da Rede de Atenção à Saúde' do município e sua região. Considerando a presença dos componentes básicos para a estruturação da RAS, que são as pessoas, seus sistemas operacionais e de apoio, procuram enfocar a gestão da clínica, organizando diretrizes e se preocupando com a tradução deste conhecimento.

Munidas da visão ambiciosa de integração da rede, tão desejada por qualquer gestor em saúde, imergem na esfera do planejamento estratégico de forma participativa, trazendo consigo profissionais diretamente envolvidos na assistência para pensar juntos suas soluções. Esse ato de construção coletiva, embora recomendado em inúmeras publicações como boa prática, é raro no cotidiano da gestão pública, sendo frequente o testemunho de soluções de planejamento e execução verticais, que pouco dialogam com as necessidades identificadas pela rede.

O produto deste planejamento, a criação do Grupo de Trabalho com suas características metodológicas, leva ao resultado direto de elaboração de linhas – guia baseadas em evidências para a organização da RAS e a otimização da utilização de seus recursos pelos profissionais, com temas selecionados por eles. Considerando-se as causas de dificuldade de adesão a protocolos clínicos existente em muitos cenários de assistência à saúde, identifica-se o distanciamento dos profissionais da assistência e de informantes-chave da criação destes como fator importante. Nesse sentido, a organização do Grupo de Trabalho e a realização de oficinas sobre

regulação vêm ao encontro das técnicas de tradução do conhecimento e melhoria da qualidade descritas na literatura, permitindo a identificação dos principais problemas e a proposição de soluções pelos principais atores dos processos de trabalho.

Um destaque especial acerca do projeto é o seu cenário. O município de Angra dos Reis, composto por territórios de geografia inusitada, incluindo ilhas de difícil acesso, e habitado por populações específicas, como populações indígenas e quilombolas, traz desafios singulares para o trabalho em rede, já complexo em sua natureza.

Por fim, ante o diagnóstico de desconhecimento por parte dos profissionais de saúde de vários recursos já existentes e disponíveis na rede, ocasionado por elementos infelizmente tão comuns à dinâmica do trabalho em saúde pública, como a vacância, a sobrecarga e a rotatividade de profissionais, todos elementos interrelacionados, o grupo lançou mão de uma saída que envolve criatividade e tecnologia, o desenvolvimento, utilizando os próprios recursos do município, de um aplicativo para telefone celular que hospedasse todas as linhas – guia e orientações sobre fluxos da rede para acesso a exames, consultas de especialistas, incluindo indicações, critérios de inclusão, exclusão e pré-requisitos necessários ao uso racional dos recursos em saúde.

A utilização de um aplicativo acessível a todos os profissionais com acesso fácil a conteúdo estratégico para tomada de decisão e utilização de serviços traz em sua concepção a perspectiva de ocupar um papel de sistema logístico para a rede, fortalecendo-a e oportunizando sucessivas melhorias, decorrentes de suas atualizações, por natureza mais simples e dinâmicas do que a republicação de documentos e notas técnicas e operacionais comumente utilizadas.

A equipe tem agora o desafio da implantação completa, avaliação e qualificação dos produtos do Projeto Aplicativo, seguindo o importante fluxo da transformação da inovação em prática disseminada e indutora de impacto.



Capítulo 6 – Niterói (RJ)

## Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery: cuidado e respeito à diversidade

---

Diana Luiz Pinto

Daniel Francisco Peluso Costa

Luiz Carlos Felício Carvalho

Claudia Regina Ribeiro

(Curadora)

### Introdução

O Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Niterói, estado do Rio de Janeiro, iniciou suas atividades em 29 de novembro de 2018 e desde então funciona todas às quartas-feiras, das 9h às 12h30. O serviço se organiza no âmbito do Departamento de Supervisão Técnico-Metodológica (Desum), Área Técnica de Saúde da Mulher e Saúde da População LGBTI+, e funciona na policlínica de especialidade Sylvio Picanço, no centro da cidade, local considerado acessível para a população.

A população travesti e transexual é historicamente marginalizada e vulnerabilizada pelas restrições a ela impostas, vítima de inúmeras formas de violência e alijada de vários direitos, inclusive o direito à saúde, campo no qual encontra inúmeras barreiras, que começam no acesso (BONASSI et al., 2015; GOMES et al., 2018). Essas barreiras, mesmo não estando inscritas em leis ou normas, encontram respaldo social e institucional quando, por exemplo, não se incluem nos currículos dos cursos da área médica disciplinas que abordem especificamente as relações entre as questões de gênero e sexualidade e os cuidados e direitos em saúde; ou quando, nos sistemas de regulação mais comumente usados, não há campo para a inclusão de um nome masculino quando se solicita um exame ginecológico ou uma ultrassonografia gestacional. Outrossim, explicitam-se quando uma equipe

médica se mostra emocionalmente despreparada para a realização de um parto em uma pessoa que tenha feito mastectomia total e use barba ou, da mesma forma, quando uma mulher trans se apresenta para realizar um exame de toque retal e é questionada e ridicularizada pelo/a médico/a. As barreiras culturais e institucionais pautadas em preconceitos, em desconhecimento e em normas rígidas que tomam o corpo cisnORMATIVO como padrão para o ensino médico e para a vivência do gênero e da sexualidade têm sido grandes empecilhos para o acesso e para a permanência dessa população nos serviços de saúde, impondo a essas pessoas restrições de toda ordem, negando a milhares de pessoas os cuidados em saúde.

Nos últimos anos, observamos iniciativas governamentais importantes na defesa e proteção a essa população, tendo destaque a Portaria nº 1.707/2008 (BRASIL, 2008), que institui o Processo Transexualizador no SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836/2011 (BRASIL, 2013), e, em 2013, a Portaria nº 2.803, que redefine e amplia o processo transexualizador (BRASIL, 2013b; MELLO et al., 2012; POPADIUK et al., 2017).

Os serviços que, dentro de suas competências, ofertam as modalidades do processo transexualizador – acompanhamento ambulatorial da terapia hormonal, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e de assistência social e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, hospitalares e pós-cirúrgicos – têm-se tornado as portas de entrada para muitas dessas pessoas na rede, uma vez que a atenção primária não tem cumprido essa função (BORBA, 2016; BRASIL, 2013; BENTO; PELÚCIO, 2012; GOMES et al., 2018; SIMPSON, 2015). No entanto, estudiosas/os vêm apontando os limites do processo transexualizador, entre eles, a sua desvinculação da atenção básica e o seu caráter não integral, uma vez que o processo não estabelece “diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento” (LIONÇO, 2009, p. 44); não se mostrando capaz de dar a essas pessoas todos os cuidados que necessitam. Ademais, a exigência de um diagnóstico médico comprobatório da transexualidade – como apontam Rocon, Sodré e Rodrigues (2016), Borba (2016) e Bento e Pelúcio (2012) – que possibilite o início do tratamento hormonal, tem-se mostrado uma barreira ao acesso universal aos serviços de saúde.

Essa população sofre ainda com o desconhecimento sobre suas peculiaridades e da quase ausência de serviços de referência que as/os acolha no nível não hospitalar, revelando a generificação do próprio sistema de

saúde (BENTO; PELÚCIO, 2012; BRASIL, 2013; SIMPSON, 2015; GOMES et al., 2018). Uma situação que leva estudiosas/os a afirmarem que o sistema de saúde imprime um movimento de desumanização de travestis e transexuais, reduzindo essas pessoas a “seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doença (CID) que lhes identifica” (SIMPSON, 2015, p. 11), e não como sujeitos de direito em saúde. Cabe frisar que essa população tem se organizado em movimentos identitários e cada vez mais reivindica esses direitos, demandando o acesso, a inclusão e a atenção integral e de qualidade.

O Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery conta com uma equipe multidisciplinar formada por uma assistente social, um médico endocrinologista, um psicólogo e duas secretárias. Ele é fruto dos movimentos reivindicatório por parte dos movimentos sociais da cidade e de um longo período de elaboração e de parcerias intersetoriais e interinstitucionais, que antes da abertura de suas portas para o atendimento já se organizava em um Grupo de Trabalho (GT) que começou a se reunir mensalmente a partir de abril de 2018. Desses reuniões, participavam representantes da sociedade civil, movimentos sociais ligados à população-alvo, gestores municipais, profissionais de saúde e pesquisadoras, que nessas tardes compartilhavam saberes e experiências visando à construção do ambulatório. Ademais, o mesmo grupo que se reunia no GT segue dando suporte ao serviço, atuando como profissionais da equipe, como controle social e desenvolvendo pesquisas. Sobretudo, tem havido grande suporte de pessoas dos movimentos LGBTI+ da cidade, ativistas defensores dos direitos dessa população, não sendo errado dizer que esse ambulatório jamais teria sido criado sem a essa força motriz.

A criação do ambulatório justifica-se em cumprimento das políticas e portarias citadas acima e em resposta ao art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determina que

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

Mostra-se ainda necessário pela carência de serviços voltados a essa população não apenas em Niterói, mas em todo o território nacional; e pela necessidade de o município fazer a sua parte para contornar a condição de vulnerabilidade social e de saúde em que essas pessoas se encontram

devido ao apagamento social e à exclusão histórica a que são submetidas (BRASIL, 2013). Tal condição se desdobra em episódios de violência, na baixa escolaridade, nas reduzidas oportunidades de trabalho, nos casos de depressão, ansiedade e suicídio, além das enfermidades físicas que sofre essa população (GEISLER et al., 2013; ROCON et al., 2016; GOMES et al., 2018; MONTEIRO et al., 2019). Nesse cenário, o ambulatório vem-se apresentando como um lugar de acolhimento e cuidado para essas pessoas.

Neste artigo, além de apresentar o ambulatório e as questões referentes à saúde da população por ele atendida, apontaremos os aspectos que são considerados por nós e pelos usuários e pelas usuárias como diferenciais entre esse ambulatório e outros serviços de atenção à saúde dessa população.

## Um serviço construído a muitas mãos para muitas pessoas

Mesmo antes da inauguração do ambulatório, começaram a ser desenvolvidas atividades de formação e reuniões técnicas. Nos encontros do GT, além das questões burocráticas inerentes ao serviço público, discutia-se sobre gênero, peculiaridades históricas, físicas e emocionais dessa população, e políticas de saúde, temas fundamentais para compreender o público que seria atendido. Para os membros do GT, ficou claro que, além da equipe técnica diretamente envolvida nos atendimentos, seria preciso sensibilizar e formar os profissionais do município sobre esses mesmos temas, pois pretende-se que a população encontre as portas abertas em toda a rede, principalmente na atenção primária. Isso se fez necessário porque, como aponta Simpson (2015, p. 11), falar de travestilidade e transexualidade no SUS “é trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte de acadêmicos e da rede em geral”, não sendo surpresa o desconhecimento dos profissionais.

Essas ações de formação tiveram (e têm) o Grupo Diversidade Niterói (GDN) como protagonista e começaram pelos servidores da própria Policlínica, pessoas que receberiam na portaria ou encontrariam essa população nos corredores. Além disso, estenderam-se a diversas unidades de saúde de atenção primária, do programa médicos de família e policlínicas do município; e, em 2020, deverá se estender aos hospitais da rede<sup>1</sup>. Essa e outras parcerias que vêm se estabelecendo são, sem dúvida, um diferencial,

---

1 As atividades de formação foram suspensas em março de 2020 em decorrência da pandemia de Covid-19 e serão retomadas quando for seguro para as pessoas envolvidas.

e em muito têm colaborado para o sucesso do ambulatório na promoção do cuidado dessa população.

Os/as usuários/as são moradores/as dos mais variados município do estado do Rio de Janeiro, como também é variada a sua situação social, econômica, de moradia, de empregabilidade e de tempos de vivência da travestilidade e da transexualidade. Em fevereiro de 2020, o ambulatório atendia a 233 usuários/as<sup>2</sup> cadastrados/as, sendo a maior parte homens trans, brancos, na faixa etária entre 19 anos e 30 anos e residentes no município de Niterói. Em seguida, por ordem quantitativa, vêm as mulheres trans, as travestis e não binários/as. Entre os municípios, Niterói é o local de residência da maioria, mas também são muitos/as os/as residentes em São Gonçalo, Rio de Janeiro, Maricá, Itaboraí e, em menor número, em municípios da Baixada Fluminense. No que diz respeito à raça/etnia, a maioria se autodeclara branco/a, seguidos/as em número pelos/as pardos/as, pretos/as, amarelos/as e indígenas. Com relação à faixa etária, em sua maioria, os/as usuários/as têm entre 19 anos e 30 anos, mas também há adolescentes em acompanhamento psicológico e pessoas com mais de 40 anos sendo atendidas.

Apesar dessa diversidade, em comum, relatam a dificuldade de acesso não somente em Niterói, mas também no estado. Com a inauguração, logo nos primeiros dias de funcionamento, foram-se evidenciando outras questões importantes sobre a população-chave: ausência de serviços que ofertem o processo transexualizador; desrespeito ao nome social ou uso dele como motivo de atos discriminatório e/ou de intimidação; pouco ou nenhum acolhimento logo na recepção; unidades de atenção básica em que foi possível agendar a primeira consulta, mas que os profissionais não aceitaram dar seguimento alegando desconhecimento das peculiaridades da população; as longas filas de espera que tornam impossível o tratamento, entre outros aspectos que impedem o acesso dessa população aos serviços de saúde. Esses relatos incluíam também a rede de saúde complementar, que não se tem mostrado mais acolhedora do que o SUS.

Outrossim, é fundamental dizer que essa dificuldade acaba levando grande parte da população travesti e transexual a realizar procedimentos biomédicos, tais como hormonização, cirurgias e uso de próteses, lançando mão da clandestinidade, por conta própria ou com profissionais particulares que podem ter os mais diversos níveis de preparo para rea-

---

2 A comunidade LGBTQ+ tem usado o 'e' no final das palavras das classes gramaticais variáveis para fazer a concordância e a inclusão de gênero. No ambulatório, por posição política e respeito à comunidade, assumimos essa mesma forma em nossos textos cotidianos. No entanto, para facilitar a fluidez da leitura desse artigo, usaremos '/a' ou '/as'.

lizar o que propõem. Em decorrência desses fatos, nas consultas com a equipe, os/as usuários/as não raramente agradecem a oportunidade de acesso a uma unidade de saúde pública, um atendimento que deveria ser corriqueiro no SUS. No entanto, só ali, finalmente, foram acolhidos, puderam se sentir cuidados/as, tiveram orientação profissional sobre seus direitos e possibilidades de tratamento, inclusive atendimento psicológico especializado, e puderam iniciar a hormonoterapia segura, sob supervisão médica e com garantia de continuidade.

Assim, a crescente demanda das/os usuárias/os pelo ambulatório da FMS pode ser facilmente relacionada com essas inúmeras dificuldades. Observamos que mesmo tendo sido montada uma estrutura simples, com poucos profissionais, sem recursos extraordinários, com pouca divulgação e com apoio técnico limitado, nosso ambulatório não para de receber novos usuários e novas usuárias. Essa população toma conhecimento do serviço principalmente por meio das redes de solidariedade entre a população LGBTI+, de organizações não governamentais, pelas atividades acadêmicas organizadas pelas universidades da cidade e, de forma expressiva, pelas redes sociais virtuais.

Podemos dizer que os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade que orientam o SUS não envolvem essa população. Equidade, por exemplo, significa dar tratamentos diferenciados a quem precisa, no sentido de priorizar a atenção aos grupos com maiores demandas e/ou demandas mais específicas em relação à sua saúde, mas a situação dessa população nos revela uma verdadeira equidade às avessas: a vulnerabilidade dessa população em decorrência de crenças, preconceitos e desconhecimento históricos deveria ser uma justificativa para que se prestasse maior atenção à sua saúde, contudo, na prática, a não adequação às normas de gênero mostra-se como fator determinante para que se preste menor atenção à saúde do que aquela prestada à população cisgênero.

Diante dessas dificuldades, afirmamos que um diferencial do ambulatório é que o cuidado a essas pessoas se efetiva a partir de uma perspectiva que toma a realidade concreta e subjetiva dessa população como elemento condutor do funcionamento do serviço, e não exclusivamente pelas regras organizacionais do sistema e dos protocolos de saúde. No decorrer do atendimento, a equipe vai-se deparando com muitas variáveis que têm sido acolhidas além dos protocolos, tendo como norte a lógica da compreensão de não estar diante apenas de um corpo em transição buscando se adequar à sua identidade de gênero, mas que carrega dores provenientes de rupturas social, familiar, religiosas e barreiras jurídicas e institucionais. Isso é possível por se tratar de uma equipe sabedora de que

essa população não chega à atenção básica, sendo o ambulatório, muitas vezes, o seu primeiro constato com um médico em um consultório do SUS; e que sabe também que há um enorme desafio na promoção da atenção integral à saúde dessas pessoas, não sendo o processo transexualizador a solução para esse problema, mas uma porta que o ambulatório tem tentado fazer ser possível. Nas palavras de Tatiana Lionço,

É importante explicitar que, por mais que a normatização desse processo tenha sido um ganho desse segmento populacional, não responde à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde quando se considera que a porta de entrada do mesmo deve ser prioritariamente a atenção básica, já que seria antagônico ao princípio da universalidade do SUS o estabelecimento de nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação as demais. (LIONÇO, 2009, p. 44).

É sabido que os problemas dessa população não se encerram nas questões de saúde, sendo as jurídicas igualmente relevantes, como salienta Lionço (2009), quando diz que o direito ao nome social, introduzido como direito na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, foi importante para a promoção do acesso universal ao sistema de saúde dessas pessoas. Apontado como um serviço diferenciando pelos próprios usuários e próprias usuárias, o ambulatório estende seu olhar para os anseios e inquietudes da população atendida tendo o respeito, a atenção, a humanização e o sigilo como nortes.

## Desburocratização e acolhimento como diferenciais

Um diferencial do ambulatório é a desburocratização do acesso e permanência no serviço, dando mais importância ao atendimento de quem precisa do que regras e protocolos preestabelecidos, visando acolher e integrar a busca de seus usuários e usuárias de forma que facilite o trânsito pela rede. O serviço, mesmo sendo municipal, atende usuários/as de muitos outros municípios do estado Rio de Janeiro; e, raramente, quando chegam pela primeira vez ao ambulatório, voltam para casa sem passar por uma conversa com um profissional e ter o seu retorno agendado.

Desde o primeiro momento, o atendimento foi norteado pela acolhida de narrativas que traziam consigo o anseio de viver como se é, de ter amparo e direito de buscar melhor transitar na sociedade e de ser feliz.

Com o passar do tempo, o ambulatório tornou-se um espaço de produzir cidadania a partir dos cuidados e da implementação de diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS – PNH (BRASIL, 2004; 2013), dando pistas ao sistema de ser possível contemplar a diversidade de gênero e sexual respeitando as diversas formas de existir. Essa característica do ambulatório tem-se mostrado fundamental no seu sucesso por estarmos falando de uma população que historicamente não é assistida e costuma vivenciar situações complexas que envolvem rupturas em diversos setores da vida, o que ocasiona inúmeros tipos de sofrimento.

No entanto, o serviço não funcionaria de forma isolada: em constante atividade, demanda da rede de saúde dos diversos municípios a realização dos exames laboratoriais e a aplicação das injeções de testosterona, por exemplo. Vale dizer que a maior parte das/os usuárias/os não conta com os serviços da assistência complementar, sendo dependentes dos serviços públicos; e o que temos visto é uma rede que tem funcionado no que tem sido demandada, mas que o melhor seria que serviços como esse fossem uma realidade em cada um dos municípios do estado. Ademais, vale dizer que o sucesso do ambulatório tem despertado o interesse das organizações de direitos dessa população de outros municípios, que recorrem aos profissionais na busca por informações sobre como iniciar o serviço em suas áreas de atuação.

É importante dizer que o ambulatório conta com uma equipe técnica disposta a um processo de formação permanente, que acredita que não é necessário aprender errando e que evitar os equívocos é diluir os impactos do sofrimento aos cuidados de não os reproduzir. Um bom exemplo dessa sensibilidade e conhecimento é a aceitação e o respeito à autodeclaração da identidade de gênero, aspecto que foge à regra de outros serviços mais antigos (BORBA, 2016). O respeito à autodeclaração é, antes de tudo, fazer a/o usuária/o perceber que o serviço legitima o acesso ao direito de ter direito, que se comprehende quando ela/ele foge aos estereótipos corporais de gênero, códigos e papéis que não lhes produz saúde mental. Dessa forma, é justamente esta linha de ação a que o serviço se dedica incansavelmente: o olhar para as possibilidades de existência com dignidade de pessoas que não suportam mais o peso de não se adequar às normas da cis-heteronormatividade. O respeito à autodeclaração identitária de gênero significa acolher as particularidades e respeitar o tempo que cada usuária/o precisa para adequar o seu corpo do jeito que achar mais conveniente, respeitar as subjetividades e as singularidades de cada história.

Outro aspecto se mostra fundamental quando se trata de saúde da população, em especial, da população trans: o acolhimento. É nele e na sua função e prática no ambulatório por onde perpassa a ética da relação entre o profissional que se disponibiliza ao atendimento e o sujeito que verbaliza sobre o seu sofrer. Consequentemente, busca-se garantir e efetivar os cuidados em saúde integral e longitudinal dessa população orientado pela lógica da despatologização, pelo reconhecimento e pela valorização das individualidades e subjetividades.

No ‘Diccionário Aurélio de Língua Portuguesa’, o termo acolhimento está relacionado com o ato ou efeito de recepcionar, dar atenção e crédito, admitir e aceitar; enquanto o vínculo seria tudo o que ata, liga, cria nexo e sentido. Essas definições nos permitem compreender o uso do termo no âmbito do SUS, em que é tomado como um princípio de integralidade – acolhimento –, vínculo (MATTOS, 2001). O acolhimento é também uma diretriz da PNH, ato que não tem local e nem hora certa para acontecer, tampouco um profissional específico para fazê-lo. Trata-se de uma postura ética que implica a escuta dos sujeitos em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução dos problemas, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2004).

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. O acolhimento produz escuta, e uma escuta qualificada produz demanda por cuidado com implicações ao próprio sujeito. Acolhimento está relacionado tanto com as relações humanas quanto com a estruturação e/ou reestruturação dos processos de trabalho no interior dos dispositivos de saúde. Com um pouco mais de um ano de funcionamento, marcado principalmente como um ato de resistência, vários corpos travestis e transexuais têm circulado pelo espaço do Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, que se propôs ao acolhimento dessas pessoas em Niterói. Reverter histórias de sofrimento em histórias de conquistas tem sido o objetivo principal desse equipamento de saúde.

No contexto do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar no município de Niterói, entende-se o acolhimento como a possibilidade de inserção da população travesti e transexual ao serviço de saúde. No cotidiano do atendimento, busca-se superar as barreiras territoriais e o cumprimento de rígidos protocolos que podem se tornar obstáculos ao acesso à população, respeitando apenas os agendamentos já efetuados, acolhendo quem chega para o atendimento na unidade. Sabe-se que várias

barreiras precisaram ser vencidas para chegar ao ambulatório, o que nos leva a concluir que quem consegue ultrapassá-las tem pressa. Pressa para serem acolhidos, ouvidos, atendidos e acompanhados em relação às suas demandas quaisquer que sejam. Por outro lado, esse ‘pronto acolhimento’ viabiliza a qualificação da relação entre os profissionais e os usuários por meio de atitudes humanitárias, de solidariedade e cidadania, aspectos que qualificam e diferenciam o acolhimento dessa população no ambulatório.

É correto dizer que o acolhimento começa na entrada da policlínica, pois há um cartaz no local informando a existência do ambulatório no quarto andar, onde há outros consultórios de especialidades. É importante dizer ainda que os porteiros foram orientados a fazer essa recepção, acolhendo, informando e encaminhando quando fossem demandados. Quando chegam no quarto andar, ao abrir da porta do elevador, nas quartas-feiras pela manhã, são recebidas/os pela equipe de recepção com gestos acolhedores, sorrisos afetuoso e, principalmente, disponibilidade. É na sala de espera que se dá o encontro de ‘todes’, onde se rompe o silêncio e o isolamento permitindo trocas e cuidado, onde é possível conhecer, reconhecer-se e ser reconhecido no outro por meio dos olhares, das conversas, das trocas de experiências que acabam acontecendo enquanto se aguarda o atendimento. São enlaces sociais que semanalmente vão tomando formas e apresentando novas perspectivas e possibilidades para suas trajetórias de vida e na vida. Esse encontro com o outro provoca um efervescer de subjetividades coletivas e pluralidades que também contribui para amenizar as angústias.

Os discursos de sofrimento são inúmeros no cotidiano do ambulatório. Desde os desafetos familiares até os atos de violência aos quais são submetidos: a expulsão de casa; a exclusão do sistema escolar que leva à falta de oportunidades no mercado de trabalho e de perspectivas para a vida profissional e financeira; agressões físicas e psicológicas sofridas constantemente; dificuldades de acesso à atenção básica e ao processo transexualizador que levam ao uso de hormônios sem orientação profissional causando danos à saúde são algumas das queixas. Os discursos chegam permeados por inúmeros traços de inquietude que acabam trazendo contornos às subjetividades e funcionam como norteadores à vida dos sujeitos. É nesse contexto que o acolhimento preconiza a escuta com o objetivo de aliviar os sintomas, possibilitando a criação dos vínculos e, também, a responsabilização dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, afirma Lobosque, que:

Tal acolhimento se encadeia, por sua vez, com a oferta de um vínculo e a responsabilização por um cuidado. Abrir a porta não é apenas

liberar a entrada e autorizar a permanência de cada um daqueles que chegam; trata-se de criar um lugar pelo qual se responde. Há que se delinear a direção de um tratamento, nunca a priori, e sim a partir daquilo que cada qual traz consigo. Afinal, descobrimos em cada problema a sua mais fértil possibilidade de solução, quando encontramos a maneira mais justa de formulá-lo. (LOBOSQUE, 2007, p. 56).

O dia a dia no trabalho com a população travesti e transexual nos faz perceber a importância do acolhimento como algo diferenciado e desafiador no contexto, não apenas das questões ‘trans’, mas também no contexto das políticas públicas que estejam sensíveis, principalmente, à integralidade do sujeito, promoção de saúde e cidadania. Assim, a partir da perspectiva de que o acolhimento gera vínculo, entendemos ser este o passo inicial, antes mesmo de começar o processo terapêutico propriamente dito.

Ao refletir a partir dessa perspectiva, é impossível não lembrar histórias de violências que são relatadas cotidianamente e acolhidas pelos profissionais e que, muitas vezes, querem como resposta não apenas um tratamento profissional, mas fraternal, uma palavra de carinho e até mesmo um abraço. Nos casos de violência, um quadro de ansiedade e pânico pode se instalar na vida dessas pessoas. Dessa forma, o acolhimento, com todos os seus desdobramentos – a disponibilidade do atendimento, a percepção apurada, a escuta qualificada, o olhar atento e o abraço como ato simbólico para ser possível descansar a cabeça em um braço quente, apesar das durezas do mundo –, leva a pessoa a perceber que não está sozinha nessa caminhada, o que lhes dá ânimo para seguir a vida.

Cotidianamente, travestis e transexuais vivem a complexidade dos dilemas a serem enfrentados enquanto corpos a transitar pela vida. As repressões que os corpos dissidentes da categorização heteronormativa e binária sofrem culminam em lhes retirar o sentido de uma existência. Uma série de situações que envolvem abandono, solidão, baixa auto-estima, estigmatização, discriminação, violência, exclusão, medo, entre muitos outros, podem contribuir para a constituição de inúmeros quadros de sofrimentos psíquicos que não devem ser naturalizados, e, portanto, precisam ser compreendidos com gênese na situação social em que estão inseridos e nunca por conta da identidade de gênero em si. Além disso, enquanto transitam seus corpos por onde quer que seja e se deparam com locais de acolhimento, sinalizam sobre a grandeza e a importância do ato que não pode de maneira alguma estar burocratizado, mas, sim,

humanizado. A disponibilidade do acolhimento, o olhar sem julgamento, a escuta qualificada, o abraço que gera vínculo e que se configura como o primeiro gesto humano são exemplos que temos encontrado no cotidiano profissional; e, por meio deles, temos tido retornos positivos da necessidade de continuar sendo ato de resistência.

Além da violência, outra situação em que o acolhimento tem se dado de maneira ímpar são os casos de *bullying* vivenciados nas escolas e a negação dos pais e/ou responsáveis sobre a identidade trans das filhas e filhos. Trata-se de situações que se têm mostrado como potencializadoras dos quadros depressivos, sobretudo os mais graves que incluem relatos de episódios de tentativas de suicídio, ou que dão início a outras patologias, como os distúrbios alimentares e de autoimagem, como a bulimia e a anorexia. Nessas ocasiões, o acolhimento inclui uma série de outras estratégias, como, por exemplo, conversas sobre livros, filmes, games e mesmo a disponibilização do número telefônico particular para emergências ou só desejo de conversar como parte do processo terapêutico, além de encaminhamentos a outros serviços de saúde do município, buscando-se ações interinstitucionais para o cuidado.

Reverter histórias de sofrimento em histórias de conquistas tem sido o foco dos atendimentos no Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery. Para isso, apostamos em um acolhimento que contemple a atenção pormenorizada dos aspectos subjetivos a fim de garantir a permanência do usuário no contexto do cuidado integral. Tal êxito só pode ser alcançado por intermédio de uma escuta qualificada, pois é ela que permite o acesso ao campo da subjetividade humana, significando a resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança, respeito, criação de vínculos, entre outros.

Por fim, entendendo que a existência dessa unidade de saúde se dá como um ato de resistência (*Resistir para Existir*), vem à tona a fala de uma usuária de que, ali no ambulatório, abraços deveriam ser prescritos como remédio. Galeano (2009), que em um dos seus livros conseguiu dedilhar a alma humana sem fazer estragos, traz o abraço como possibilidade de transformar esperanças em realidades tal qual os direcionamentos empreendidos à população trans no Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery.

‘Não conseguiram nos transformar em eles’ – escreveu-me Cacho El Kadri. Eram os últimos tempos das ditaduras militares na Argentina e no Uruguai. Tínhamos comido medo no café da manhã, medo no

almoço e no jantar, medo; mas, não tinham conseguido nos transformar em 'eles'. (GALEANO, 2009, p. 254).

## Considerações finais

Ao verificarmos que a essa população são negados os princípios fundamentais do SUS – Universalidade, Integralidade e Equidade –, podemos dizer que há muito a ser feito em relação à melhoria do acesso e cuidado da população no sistema. A existência de portarias, diretrizes e políticas nacionais é, sem dúvida, um passo importante e deve ser comemorada, mas não podemos ignorar que não são autoexecutáveis, precisando de pessoas que tenham vontade política para implementá-las. Uma mudança relevante seria reformular os programas de regulação de vagas, que não contemplam as particularidades dessas pessoas, por exemplo, mulher trans que precisam fazer o PSA (Antígeno Prostático Específico). Como internar um homem trans em trabalho de parto ou processo de abortamento? Situações que vão sendo respondidas com a boa vontade de alguns profissionais – mas não de todos –, quando deveriam ter soluções normatizadas.

Na ponta, precisa-se de pessoas bem informadas e sensíveis às demandas dessa população: profissionais que fazem consultas individuais, recepcionistas, seguranças, pessoal que atua nos laboratórios de coleta de exames e na distribuição de resultados, na dispensação de medicamentos, entre outros, que constroem o SUS e precisam estar articulados para a promoção da saúde dessas pessoas. Para a concretização do acesso de boa qualidade, dentro dos princípios fundamentais do sistema, garantindo os direitos elementares dessa população, é preciso que se zele pela retidão das ações das pessoas que o compõem, não sendo justificável que profissionais atuem em serviço com postura equivocada ou expressem suas crenças pessoais ou juízos de valores.

A despeito da vasta literatura acadêmica disponível sobre a população LGBTI+, em seus aspectos sociológicos, psicossociais, civis e biomédicos, a questão do difícil acesso desse público aos cuidados de saúde mais elementares nos coloca a refletir, e a fazer um chamado: precisamos mobilizar os recursos humanos que trabalham no SUS a se organizarem na prática diária de modo a construir uma rede real de atenção à saúde LGBTI+. As muitas portas fechadas, que os usuários relatam terem encontrado em suas peregrinações em busca de acesso ao SUS, nos sugerem que: pessoas que trabalham no acesso ao SUS, tais como reguladores

de vagas, gestores, administradores, recepcionistas, não estão, de modo geral, atentos às particularidades das demandas de travestis e transexuais adscritas/os aos seus territórios. Sugestionam também que pessoas que trabalham na atenção à saúde do SUS, tais como médicos, enfermeiros e psicólogos, ainda apresentam, em alguns casos, postura não profissional de recusar, a priori, atendimento e/ou continuidade de atendimento a travestis e transexuais.

## O olhar da curadoria...

Acompanho esse ambulatório desde meados de 2018, quando passei a compor o GT que se reunia mensalmente para discutir e deliberar sobre os rumos que o serviço tomaria. A partir da sua inauguração, iniciei uma pesquisa que tem por objetivo investigar a saúde dessa população, estando presente no serviço de forma bastante intensa realizando observação participante em consultas e na sala de espera, e entrevistas com os usuários e as usuárias. Essa experiência de intenso aprendizado, me permitiu construir uma visão abrangente sobre o serviço, suas potencialidades e fragilidades, aspectos que trarei neste texto.

Como já foi dito no artigo, pesquisas apontam alguns limites do processo transexualizador, entre eles, sua realização em ambulatórios de especialidades, e não na atenção básica, comprometendo a integralidade do cuidado e a exigência de um diagnóstico que confirme a ‘transexualidade verdadeira’ para se iniciar o tratamento hormonal ou solicitar as cirurgias. Com relação ao primeiro aspecto, o ambulatório não avança, uma vez que se trata de um serviço de especialidades. Contudo, avança no que diz respeito ao segundo, pois se mostra diferente de outros serviços quando dá à/ao usuária/o poder de se autoidentificar como transexual ou travesti logo na primeira consulta, não sendo o diagnóstico um requisito para o tratamento. Para os profissionais do ambulatório, todas as pessoas que chegam ali são ‘transexuais e travestis verdadeiros/as’, pois assim se declaram. Essa característica não é um mero detalhe, visto que vem sendo mostrado que a obrigatoriedade de comprovação constante de que se é um ‘transexual verdadeiro’ tem sido causa de desistência do tratamento e de sofrimento para essa população, que se vê obrigada a forjar discursos e estratégias que os livrem da desconfiança da equipe de saúde (BORBA, 2016).

Outro aspecto importante é que muitas das práticas do ambulatório são fruto dos saberes construídos nos primeiros dias de atendimento, não de conhecimentos anteriores. O protocolo e o fluxo de atendimento são

exemplos desse processo, pois foram formulados depois das primeiras experiências de atendimento. O protocolo define, por exemplo, a aceitação da autodeclaração de identidade de gênero, aspecto fundamental, como já foi referido. Ademais, embora tenha sofrido alguns ajustes ao longo do tempo, nesse aspecto, ele se mantém como foi formulado inicialmente. Com relação ao fluxo interno, uma característica interessante é que o/a usuário/a de primeira vez sempre passará por uma consulta, e para que isso ocorra, ele/a será atendido/a pelo/a profissional que estiver livre no momento, não havendo hierarquia profissional, mas respeito às diferentes competências. Dessa forma, o/a usuário/a sente-se respeitado/a e acolhido/a, o que é fundamental para garantir a sua permanência no serviço.

O ambulatório é um serviço municipal, e ao respeitar o princípio da descentralização do SUS, deveria atender somente a população residente no município de Niterói (PAIM, 2009). No entanto, desde o primeiro dia de atendimento, as portas foram abertas para a população de municípios vizinhos, em sua maior parte residentes em São Gonçalo e Rio de Janeiro, mas também na Baixada Fluminense, na Região dos Lagos, entre outras regiões. A demanda cada dia maior vinda desses municípios revela que a rede está aquém do que essa população precisa; mas também que há um serviço que abriu as portas a essa população, independentemente do município onde resida, possibilitando atendimento de qualidade e com continuidade.

Um dado relevante é o grande número de homens trans, em sua maioria, jovens. Esse aspecto causou estranhamento na equipe, pois essa população específica é mais apagada e discreta socialmente se comparada às mulheres trans e travestis (ALMEIDA, 2012). Todavia, essa presença no ambulatório revela que além do apagamento imposto a esses homens, faltava um lugar de referência onde pudessem ser atendidos gratuitamente, de forma respeitosa e qualificada. Bastou o lugar existir para se mostrarem aos montes! E junto com eles vieram suas acompanhantes – namoradas e esposas – que também são usuárias do ambulatório, que com suas experiências trazem mais riqueza a esse espaço.

Costumo ouvir das/os usuárias/os, e aqui se incluem os/as acompanhantes, que o ambulatório é um lugar de acolhimento pelo sistema e de encontro com pessoas que passam por situações semelhantes de sofrimento e busca por ajuda. No ambulatório, costumam dizer, são recebidos com sorrisos e são literalmente abraçados pela equipe, além de sempre agendarem a próxima consulta, o que também é acolher. O acolhimento fica também por conta das/os demais usuárias e usuários, pois quem chega pela primeira vez ao ambulatório já vê o grupo de trans e travestis

reunidas/os, conversando na sala de espera, aguardando sua hora de ser atendida/o. Uma cena que deveria ser comum no SUS, mas é rara. Essa sala de espera, que, pela precariedade do prédio, nada tem de agradável ou bonita, torna-se acolhedora, dando oportunidade dessas pessoas se conhecerem, trocar informações, de construir amizades. Basta ficar alguns minutos observando esse grupo para perceber que o ambulatório é um espaço potente em que pessoas que antes viviam no isolamento e na solidão passam a se socializar. Essa porta sempre aberta reduz danos, pois não são poucos os relatos de tratamentos anteriores malsucedidos, de uso de hormônios sem orientação, de tentativas de suicídio, de mutilação corporal, de abandono da família, de sofrimentos vários. Acolher está além da definição do conceito, é salvar vidas.

Ainda com relação à sala de espera, nela há cartazes e *folders* afixados nas paredes com informações importantes sobre outros serviços de assistência à saúde, assistência jurídica, grupos LGBTI+ etc., além de um cartaz de boas-vindas a essa população e a quem a acompanha. Também, por ser compartilhada com usuários/as de outros ambulatórios, permite que pessoas que antes não circulavam pelos equipamentos de saúde do município se tornem visíveis para quem frequenta a policlínica. Um ganho para a população trans e para quem hoje divide com ela esse espaço.

Além disso, é também na sala de espera que estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem, medicina, serviço social e odontologia, principalmente, realizam atividades de educação em saúde. Trata-se de estudantes vinculados/as a pesquisas e projetos de extensão universitários devidamente autorizados pelos Comitês de Ética das instituições de ensino e do município, o que permite a presença desses grupos, que realizam também observações e entrevistas. Dessa forma, o ambulatório vem cumprindo o seu papel de espaço de formação no SUS sobre um tema ausente e marginalizado nos currículos das carreiras médicas: a saúde da população travesti e transexual.

Entretanto, o ambulatório tem suas fragilidades, e uma bastante relevante é que o serviço ainda não está habilitado no Ministério da Saúde, embora esteja ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e alimente o Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA-SUS) com informações sobre os atendimentos realizados. Essa fragilidade impossibilita que o ambulatório receba recursos financeiros e contrate ou aloque mais profissionais, limitações bastante relevantes. É importante dizer que os hormônios receitados não são dispensados no serviço, ficando os/as usuários/as obrigadas/os a comprar os seus medicamentos, o

que nem sempre é possível, como já me foi revelado algumas vezes. Com relação à sua inserção na rede assistencial de Niterói, o mais comum é o encaminhamento para a realização de exames de sangue e atendimentos ginecológicos mais específicos, contando com o fato de que os/as profissionais têm recebido formação sobre as peculiaridades dessa população. No entanto, o que percebo nas conversas com os/as usuários/as é que a procura por outros serviços ainda é baixa, pois ainda não se sentem seguros/as e compreendidos/as em outros espaços.

O prédio da policlínica apresenta diversas deficiências e está bastante deteriorado, precisando de obras de modernização e manutenção urgentes. Essa precariedade impacta toda a população atendida ali, não sendo diferente para a população LGBTI+. No que diz respeito ao espaço destinado ao ambulatório, o número de salas – três – é pequeno para a demanda, embora seja suficiente para o número de profissionais atuantes, também três. Um espaço maior também possibilitaria outras formas de interação, como rodas de conversa ou terapia em grupo, atividades já consagradas de educação e promoção da saúde que têm sido oferecidas por voluntários/as, mas impossibilitadas de acontecer pela falta de espaço. Em conversa recente, uma moça trans me confidenciou que precisava de um banheiro com espelho, pois desejava arrumar o seu cabelo e a sua maquiagem, e o existente no andar, bastante ruim, não oferecia. Para resolver o seu problema, ela saiu pelo prédio procurando um banheiro que atendesse a sua necessidade. Vejam que ela não reclamou das condições de higiene do banheiro, mas de algo que para uma pessoa que ainda não está segura com as mudanças corporais que vem experimentando parece fundamental, embora outras pessoas possam não valorizar. Essa conversa chamou a minha atenção para os muitos e particulares desafios apresentados para a equipe e para a administração da policlínica no atendimento a essa população.

Com relação à equipe, a Portaria nº 2.803/13 preconiza que nessa modalidade de serviço ela deverá ser composta por, no mínimo, um psiquiatra ou um psicólogo, um assistente social, um endocrinologista ou um clínico geral e um/a enfermeiro/a. A equipe do ambulatório conta com uma assistente social – que também é a coordenadora do serviço –, um psicólogo e um médico endocrinologista, estando desfalcada dos serviços de enfermagem. De modo flagrante, essa falta impossibilita a aplicação das injeções de testosterona, sendo preciso que as/os usuárias/os procurem outros serviços. Além disso, o ambulatório carece de atividades de educação em saúde, orientações sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (HIV-Aids), entre outras atividades que historicamente têm sido desenvolvidas pelos/as profissionais da enfermagem. É flagrante ainda que os/as usuários/as se beneficiariam muito de atividades coletivas, como rodas de conversa, atividades de arte terapia, entre outras, mas não há profissionais que possam realizá-las no ambulatório.

Essa equipe reduzida – que ainda se divide entre outros serviços na rede – faz com que o ambulatório só funcione uma vez na semana e somente em um turno. Esse limite muito estreito restringe a demanda e reduz as chances de atendimento a pessoas que não podem comparecer nesse dia e horário específico. Pela especificidade do tratamento, as consultas com o endocrinologista são marcadas, em média, a cada três meses, o que tem dado vazão à demanda. Contudo, no caso do psicólogo, os encontros, que deveriam ser semanais e com cerca de 40 minutos, acabam sendo mais espaçados e curtos. Além disso, está claro que familiares também precisam desse acompanhamento psicológico, mas estender esse atendimento à família não tem sido possível. Assim, além da enfermagem, a população atendida se ressente da falta de mais profissionais e de outras especialidades, como ginecologista, psiquiatra, terapeuta ocupacional, redutor de danos. Ademais, como o ambulatório tem sido não somente a porta de entrada da população na rede, mas, para muitos, o único serviço a que tem acesso, um/a generalista também seria bem-vindo.

Na recepção trabalham duas pessoas, uma secretária administrativa e uma profissional atuante da Coordenação LGBTI+ do Departamento a que está vinculado o ambulatório, o Desum. São essas duas servidoras que recebem as/os usuárias/os, colhem os seus dados, escutam as primeiras histórias, agendam as consultas. A forma como esse primeiro contato é feito é fundamental para a população, que costuma relatar desrespeitos de várias ordens justamente nas recepções das unidades de saúde, começando pelo não reconhecimento do nome social, que costuma ser seguido por outros constrangimentos e sofrimentos. Em conversa com as duas, ficou claro que ainda falta muito para a recepção funcionar a contento: um telefone próprio para o serviço seria fundamental, mas não existe, o que faz com que elas, algumas vezes, disponibilizem seus próprios telefones para as/os usuárias/os; um espaço maior para a administração do serviço, pois, com o grande número de usuárias/os, tem sido necessária uma melhor organização dos arquivos, que deveriam ser de uso exclusivo da equipe, mas não são; entre outras questões que precisam ser resolvidas para que o trabalho flua melhor.

Ainda sobre a equipe, é sabido que reuniões periódicas são fundamentais para o bom andamento e o fortalecimento do serviço e da própria equipe. No entanto, a equipe do ambulatório não consegue realizar essas reuniões com frequência e se ressente da falta desses momentos. É perceptível que os motivos são que a equipe, que já é pequena, desempenha outras atividades, inclusive, na própria rede de assistência de Niterói, não havendo tempo livre entre um serviço e outro; e está claro que o horário de atendimento do ambulatório – 3h30, uma vez por semana –, é suficiente somente para o atendimento aos/as usuários/as. Parece claro que a realização das reuniões de equipe passaria a ser possível se os dias e horários de funcionamento do ambulatório fossem ampliados e se a equipe fosse alocada somente nesse serviço e recebesse mais profissionais, havendo mais tempo dentro do horário de serviço. Cabe lembrar que as reuniões de equipe também pressupõem atividades de Educação Permanente, que preconizam a problematização do próprio fazer em serviço na busca da sua melhor qualidade (CECCIM, 2005; BRASIL, 2009).

Para finalizar, a experiência da curadoria foi desafiadora e muito enriquecedora. Apesar do contato estreito em decorrência da pesquisa e do compromisso ético de devolutiva ao final do estudo, o olhar que eu precisei lançar sobre essa prática era norteado por outros compromissos, os de colaborar mais imediatamente com essa equipe e com a melhoria desse serviço. A oportunidade de dialogar e trocar saberes com profissionais tão competentes e cientes dos seus deveres foi igualmente instigante e rica, uma grande chance de aprendizado. Acredito que a experiência será um sucesso se a equipe tiver essas mesmas impressões e tirado os mesmos proveitos que eu tirei.

Ficou claro que a equipe tem orgulho do trabalho que faz e das soluções e inovações que são características únicas dessa prática tão valorosa. Igualmente, também conhecem a fundo as fragilidades do ambulatório, inclusive revelaram-me algumas que eu não conseguiria perceber facilmente. No entanto, tais fragilidades não podem ser resolvidas pela ação única desses/as profissionais em seu trabalho cotidiano nem pela iniciativa única das instâncias imediatamente superiores, pois o serviço público submete-se aos trâmites burocráticos e aos limites financeiros, como sabemos. Digo isso porque, no convívio com essa equipe e com os/as gestores/as, foram flagrantes a vontade e a determinação para fazer o melhor por esse serviço e essa população, e não posso deixar aqui nem uma sombra de impressão do contrário. Sigamos!

## Referências

- ALMEIDA, G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis. v. 20, n. 2, p. 513-523, maio/ago. 2012.
- BENTO, B. et al. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 256, maio/ago. 2012.
- BONASSI, B. et al. Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. *Quaderns de Psicologia*. Barcelona, v. 17, n. 3, p. 83-98, 2015.
- BORBA, R. *O des-Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 8 jul. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1990]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080). Acesso em: 16 set. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: MS, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 8 jul. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas

de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2008]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.803, de novembro de 2013*. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2013b]. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004-fev. 2005.

GALEANO, E. *1940 – O livro dos abraços*. Tradução Eric Nepomuceno. 2. ed. Porto Alegre: L&PM, 2009.

GEISLER, A. R. R. et al. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 242-251, jul./dez. 2013

GOMES, R. et al. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 23, n. 6, p. 1997-2006, 2018.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 53-60, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. et al., (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MELLO, L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio/ago. 2012.

MONTEIRO, S. et al. Saúde e direito da população trans. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00047119, abr., 2019.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

POPADIUK, G. S. et al. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.

ROCON, P. C.; SODRÉ F.; RODRIGUES A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 260-269, set. 2016.

SIMPSON, K. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015, p. 9-15.



Capítulo 7 – Região de Lajeado (RS)

## **Saúde Mental e Atenção Básica: Oficinas**

### Terapêuticas como um dispositivo potente de cuidado em Saúde Mental na Região de Saúde

Ariane Jacques Arenhart

Magali Kuri Nardini

Gianine Sandri

Cássia Regina Gotler Medeiros

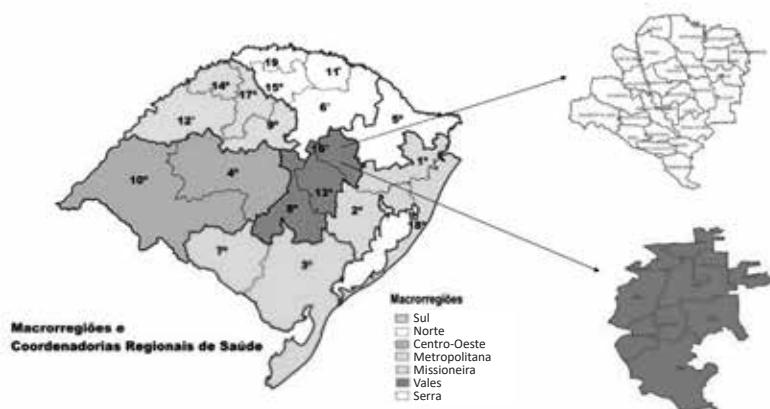
Lucia Adriana Pereira Jungles

### Introdução

Esta narrativa parte da gestão regional das políticas de atenção à Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB), falando da trajetória do cuidado em SM por meio de Oficinas Terapêuticas (OT), que ocorrem no território da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16º CRS). Esta tem sede no município de Lajeado, na região do Vale do Taquari, no Rio Grande do Sul (RS), atendendo 37 municípios, em duas Regiões de Saúde (29 e 30), com população estimada em 353.676 habitantes (IBGE, 2018). A maioria dos municípios (75%) é de pequeno porte, com menos de 10 mil habitantes. A cobertura da AB na Região 29 é 84,33%; e na Região 30, de 78,09%.

A legislação da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) prevê a criação de serviços substitutivos e um novo desenho na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), mudando o modelo manicomial de tratamento, favorecendo a criação e aprimoramento de novos espaços de cuidado em substituição aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001). Diferentes serviços foram implantados e abertos à participação ativa dos usuários, promovendo a discussão da cidadania, das questões sociais, políticas e culturais, fortalecendo, assim, o protagonismo dos sujeitos, e não somente o controle da sintomatologia da sua doença.

**Figura 1.** Mapa das Regiões de Saúde 29 e 30 do Rio Grande do Sul



Fonte: Plano Estadual de Saúde/Secretaria Estadual da Saúde do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A Luta Antimanicomial, os movimentos sociais e a Reforma Psiquiátrica (RP) foram fundamentais para o processo de mudança na lógica do cuidado em SM. O Brasil possui dimensões continentais; e estruturar a Raps em cidades pequenas passa a ser um desafio para a gestão pública.

Com a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, emergem diferentes paradigmas, novos conceitos do processo saúde-doença e novas redes de assistência e alocação de recursos. Isso gera grandes desafios e amplia os atores sociais envolvidos na construção do cuidado e da cidadania na busca da reabilitação psicossocial. (MACHADO; TOMAZINI, 2015, p. 41-42).

O RS foi pioneiro na luta por esses direitos com a aprovação, em 1992, da lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 9.716-1992) (BRASIL, 1992). A legislação em questão “surge como parte de um amplo processo de mobilização social, construído pelos trabalhadores de Saúde Mental, por usuários e familiares, no leito do movimento sanitário brasileiro [...]” (ROLIM, 2018, p. 65). No Brasil, somente em 2001 foi aprovada a Lei Federal nº 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 1). Ela redireciona o modelo de assistên-

cia em SM e reafirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; assim, normativas federais passam a estimular e regular a rede de serviços de base territorial.

Tornar a AB o principal espaço dentro do território para a coordenação do cuidado integral foi um recurso importante e estratégico para um novo modelo no cuidado em SM. A Unidade Básica de Saúde (UBS) e, especialmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estão em uma posição privilegiada para as ações no território, acessando as pessoas, inclusive em suas demandas de SM.

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em Saúde Mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (BRASIL, 2015, p. 23).

Todas as mudanças nas legislações forjaram, simultaneamente, mudanças nos cenários de cuidado e nas práticas profissionais. As regionais de saúde, espaço de planejamento e gestão, também passaram a organizar suas Raps, buscando implementar a nova forma de cuidar em SM.

## Construindo o cuidado em Saúde Mental na região

O cenário da SM da região, no início dos anos 2000, foi descrito no trabalho de conclusão do curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental Coletiva, realizado na Escola de Saúde Pública do RS, no qual se verificava que a atenção em SM nas UBS estava centrada no atendimento médico, na dispensação de medicamentos e no encaminhamento para internação dos usuários. Em várias situações, o portador de sofrimento psíquico não acessava a UBS, permanecendo sem atendimento ou sendo encaminhado diretamente para internação em hospitais psiquiátricos (ARENHART; CATTOI; SALDANHA, 2002. p. 149).

Constituímos, no ano 2000, o Fórum Regional de Saúde Mental (FRSM), espaço de articulação e construção da política de SM na região, formado por trabalhadores de saúde, gestores, usuários, familiares e comunidade. Foi nesse espaço, com o reconhecimento das dificuldades e entraves para implantação de novos serviços substitutivos ao cuidado centrado na hospitalização, que a gestão regional da SM passou a discutir com os municípios a ampliação da rede de cuidados. O FRSM, que completa 20 anos em 2020,

tornou-se o fio condutor para as diretrizes da Política de SM e o local da tomada de decisões sobre as ações da Raps e das habilitações de novos serviços, constituindo-se um espaço coletivo de formação, de qualificação e um ator importante no Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da SM promotora de cuidado e de direitos.

Em 2002, foram habilitados os primeiros Centros de Atenção Psicosocial (Caps) na região. Em 2019, contávamos com seis deles (quatro Caps tipo I, um Caps tipo II álcool e drogas, um Caps tipo II infantil). A rede hospitalar passou de 3 leitos em hospital geral do município sede da regional, em 2000, para 71 leitos em Unidades Especializadas de SM, em 8 hospitais gerais da região, em 2019.

Olhando para nossa base territorial composta por pequenos municípios que não podem implantar Caps devido ao seu porte populacional, precisávamos elaborar outras estratégias para contemplar esses municípios e criar outros recursos. Investir na AB implica como acolher as pessoas com sofrimento psíquico, estabelecendo estratégias de acolhimento, de escuta qualificada dos usuários e familiares, na perspectiva de equipes ordenadoras do cuidado.

A capilaridade da Atenção Básica – ao possibilitar que as equipes estejam presentes nos territórios de vida, estabelecendo relações próximas com o potencial de produção de vínculo de confiança, afeto, com capacidade de sustentá-los ao longo do tempo – é indispensável para fazer avançar a Reforma. (SIMONI; CABRAL, 2018, p. 182).

O RS, fortalecendo a proposta de implantação da Raps, criou, em 2011, a linha de cuidado em SM, denominada ‘O cuidado que eu preciso’, a qual, por meio de cofinanciamento de serviços e Educação Permanente em Saúde (EPS), possibilitou aos municípios ampliar a rede de cuidados territorial e transformar as práticas cotidianas em SM (SIMONI; CABRAL, 2018).

Na 16<sup>a</sup> CRS, passamos a planejar com os gestores e com os trabalhadores de saúde a habilitação dos Núcleos de Apoio da Atenção Básica (Naab) e de OT. No período de 2012 a 2019, a região habilitou Naab para apoio matricial em sete municípios e OT financiadas em 25, vinculadas às UBS e ESF. Esses movimentos, alavancados pela gestão regional de SM e AB, marcaram a diferença no processo, resultando na habilitação de 28 OT, representando 68% de cobertura em dois anos. Os Naab, as OT e outras formas de cuidado na AB criam espaços de afetação entre gestão, atenção, educação e participação da comunidade, modificando, de certa forma, a

normatização da vida. Isso passa a ser estruturante na maneira de produzir saúde, colocando-se como contraponto aos modelos de atenção em SM predominantes, que submetem os usuários à institucionalização de seus projetos de vida (SIMONI et al., 2014, p. 189).

No ano de 2012, iniciamos a discussão com os gestores municipais de saúde nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), para a implantação das OT nas UBS.

## Oficinas Terapêuticas como dispositivo de cuidado em Saúde Mental

**Figura 2.** Ações realizadas no dispositivo das Oficinas Terapêuticas



Fonte: Fotógrafa Ariane Jacques Arenhart.

Para consolidar um dos princípios do SUS, a integralidade do cuidado, é necessário articular os diferentes atores da Raps, em especial, o componente da AB. Dessa forma, o RS assumiu o desafio de fomentar pequenos municípios com o incentivo financeiro para as Atividades Educativas, por meio da Resolução CIB-RS nº 404 (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Essa Resolução incentiva a implantação de OT com um repasse financeiro mensal para o custeio delas. “Na perspectiva da educação popular, as OT na AB convocaram as equipes ao desafio de afirmar cada sujeito como

protagonista de sua vida e de sua saúde" (SIMONI; CABRAL, 2018, p. 186). Sendo assim, instituíram-se, nos municípios, as atividades educativas com a modalidade OT do tipo I – para as comunidades que tinham um Caps ou um ambulatório que possuía equipe de profissionais da SM – e a OT do tipo II – para os municípios com população de até 20 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

As OT tornam-se uma das principais atividades em SM na AB em nossa região, possibilitando cuidados de promoção à saúde e oportunizando aos usuários novas formas de conviver, bem como espaços para se experimentar e se relacionar. Nesse sentido, considera-se que "as oficinas, como dispositivo coletivo de promoção de saúde mental, convocam o 'especialista' a suspender seu saber para lançar-se às afetações do encontro com as produções do outro, dando expressão aos diferentes lugares de fala e de formas de vida" (SIMONI; CABRAL, 2018, p. 186), em que cada usuário é ator e autor destes processos.

Instaurar um processo de cuidado em liberdade provoca inovações na prática terapêutica, pois convoca a novas formas de se posicionar enquanto profissional, bem como inscreve uma nova projetualidade no cuidado às pessoas. Nicácio e Campos (2007), apoiados na hipótese defendida pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia de que 'a liberdade é terapêutica', aportam que esse cuidado opera a partir da disponibilidade para o encontro e do acompanhamento dos usuários na vida cotidiana. Indicam ainda que favorece a coparticipação dos usuários na produção da sua saúde, na medida em que há o reconhecimento dos seus saberes e recursos, assim como dos seus familiares, de modo a fortalecer a contratualidade e potencializar a autonomia, a responsabilidade, o protagonismo e o poder de decisão.

Para assegurar o fortalecimento dessas ações, qualificar o trabalho e ampliar o cuidado em SM, implantamos, em 2013, espaços de EPS com os trabalhadores da AB implicados com as ações nas OT. No conceito de Educação Permanente, está a problematização das práticas do cotidiano, propondo a aprendizagem significativa e mudanças nos processos de trabalho, a partir das necessidades de formação dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Realizamos, naquele ano, o primeiro Encontro Regional de Oficinas Terapêuticas (Erot), que passou a ser anual e itinerante. Os profissionais envolvidos com o trabalho passam, com isso, a relatar suas experiências, conhecer novas ações realizadas em nossa região e fora dela. Nesses momentos, os temas abordados foram: promoção em saúde, acolhimento, oficinas de geração de renda, o cuidado com o cuidador, vivências e conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics).

Seguem depoimentos de profissionais participantes das OT:

*Temos uma parceria muito importante entre a Coordenadoria Regional de Saúde e nos nossos municípios. Algo que é marcante são os encontros dos trabalhadores das OT. É nesse encontro que voltamos fortalecidos, com tanta experiência bonita que é apresentada. É um momento para os trabalhadores, onde realizamos várias dinâmicas, conseguimos trazer estas vivências e trocas que ocorrem entre os trabalhadores para dentro das nossas oficinas. É um cuidado com o cuidador, a gente cuida tanto das outras pessoas, este momento é único para os trabalhadores, para nos fortalecermos e voltarmos com energia renovada. (Enfermeira – 2020).*

*[...] os encontros anuais que reúnem todos os profissionais que trabalham com as OT, onde nós cuidadores somos cuidados. Nós neste dia percebemos que somos importantes, o quanto a gente pode pensar que também devemos ser cuidados para podermos cuidar dos outros, para podermos perceber as necessidades que eles têm... como é importante. Dar o melhor de mim, pois também fui cuidada e valorizada. (Oficineira – 2020).*

Em 2015, fomos ‘provocadas’ por uma solicitação de um grupo de oficineiros que coordenam as ações das OT, conjuntamente com suas equipes, para abertura de espaço de diálogo especificamente com eles. O trabalho nas OT estava iniciando, era uma proposta nova para todos, inclusive para gestão regional de SM e AB. Os trabalhadores apresentaram angústias relacionadas com as suas práticas, dúvidas sobre o funcionamento das oficinas, estrutura física necessária, utilização de materiais, espaço de realização, fluxos, formas de organização com as equipes, espaços para reuniões com equipe da AB, acolhimento aos usuários e, principalmente, o desejo de compartilharem informações e saberes. Entendendo que esse seria um momento potente de EPS, acolhemos essa demanda e propusemos aos gestores municipais a liberação dos oficineiros para os encontros de formação e qualificação.

Os encontros, bimensais, foram organizados pela coordenação de SM e da AB, juntamente com os trabalhadores, no espaço da 16<sup>a</sup> CRS. Os temas abordados passaram a tratar sobre: o papel das OT e suas atividades; as legislações sobre o tema da SM e da OT; orçamento e uso do recurso de custeio; contratação dos profissionais; formas de repasse de pagamentos;

fluxos na rede; o papel dos trabalhadores na transformação do cuidado no seu território de atuação. Acreditamos que o conhecimento, inclusive das questões pertinentes à habilitação e gestão do serviço, possibilita o emoderamento desses profissionais na busca da qualidade do seu trabalho, tornando-os protagonistas do seu fazer profissional. Dar voz e valorizar o fazer de cada um passou a ser nosso principal objetivo. Dessa forma, os encontros passaram a contar também com a apresentação dos oficineiros do trabalho realizado no seu município, por meio de relatos, vídeos e imagens.

O oficineiro tem o papel de facilitador do processo de grupo, o desafio de possibilitar que cada sujeito seja protagonista da sua história, da sua vida, da sua saúde, potencializando a construção coletiva e singular, quebrando com a forma vertical e prescritiva da atenção em saúde, fortalecendo a criatividade e as relações sociais. Participar das reuniões de equipe e na construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) é parte do trabalho do oficineiro (SIMONI; CABRAL, 2018).

Quando eu iniciei nas OT eu não tinha experiência com SM, não era um profissional da área da saúde, tinha só meu conhecimento com relação ao artesanato. Quando entrei não sabia nem como lidar com os pacientes, desconhecia muitas das patologias, da dinâmica de cada um dos usuários. Então a gente procurava se construir enquanto equipe e pensar possibilidades para os usuários a partir de um lugar que não era da área da saúde. [Oficineira – Webdoc]. (COSEMS – RS, 2018).

Nessa trajetória de cerca de cinco anos, aprendemos muito juntos, a gestão regional se aproximou do cotidiano e da forma de promover saúde nos municípios, passamos a ouvir as conquistas e as angústias das equipes e a construirmos soluções e formas de potencializar essa atividade. Tudo que realizamos é fruto dessa ação coletiva, da soma de esforços para efetividade de um trabalho que, no seu objetivo final, foco de nosso fazer, encontra-se o usuário. Parcerias, pactos e apoio mútuo são fundamentais para a sustentação e para o crescimento do que realizamos.

Além desses momentos com as equipes das OT, realizamos visitas técnicas *in loco*, supervisões e orientações. Conhecer a realidade do local onde a OT é realizada, os recursos físicos e materiais existentes e dialogar com os usuários contribui para ampliar nossos conhecimentos. Aprendemos juntas, gestões municipais e regional, equipes das OT e usuários, cada um com seu saber.

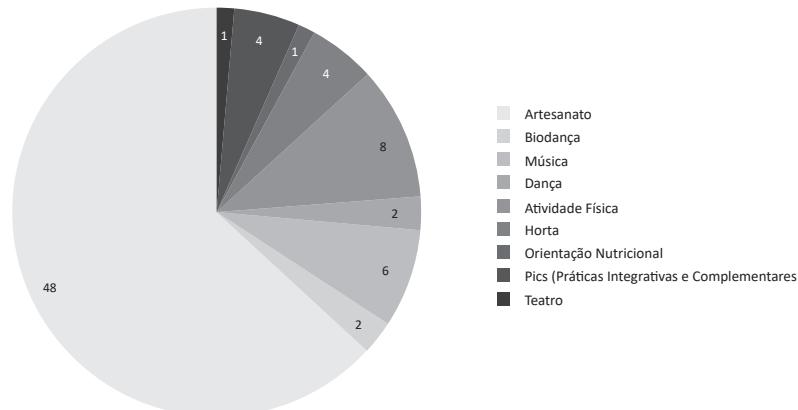
Em tempos de novos recursos tecnológicos, criamos também um grupo de WhatsApp para informações e compartilhamento de ações, formado pelos oficineiros e trabalhadores da gestão regional. Nesse espaço de comunicação, mantemos nossos laços próximos, os trabalhadores divulgam suas ações, trabalhos realizados, passeios, festividades, momentos de descontração, projetos novos, temas abordados, ações de saúde ou intersetoriais nos municípios e visitas para outras cidades.

[...] foi criado um espaço, o espaço dos educadores sociais hoje na regional, ele é um dos espaços mais potentes, onde a gente se sente muito à vontade para trabalhar as nossas questões do dia-a-dia, para trocar ideias, para pensar como outros municípios se organizam, outras oficinas e podemos construir novas práticas a partir destas construções [Oficineira – Webdoc]. (COSEMS – RS, 2018).

*O que mais me marca é ver o quanto este espaço de oficina traz de olhar para os pacientes. Vejo que como equipe é muito importante cada profissional ter o perfil para trabalhar com a SM, e ter um apoio fora do município é muito importante. Foi dessa necessidade que acabou gerando as reuniões bimestrais somente com os educadores, onde há escuta das nossas necessidades e a troca de experiência entre nós.* (Oficineira – 2020).

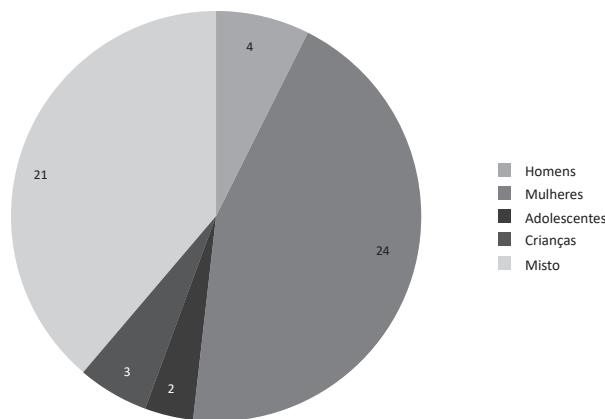
## **Nossas Oficinas Terapêuticas**

As OT implantadas em nossa região contemplam uma diversidade de atividades: *patchwork*, materiais reciclados, artesanato, música, teatro para adolescentes, horta, paisagismo e embelezamento de espaços públicos como praças e UBS, atividades físicas e PICS, conforme *gráfico 1*.

**Gráfico 1.** Atividades oferecidas nas Oficinas Terapêuticas na 16<sup>a</sup> CRS

Fonte: Elaboração própria.

O público-alvo das OT contempla homens e mulheres de diferentes faixas etárias, conforme gráfico 2.

**Gráfico 2.** Perfil dos participantes das Oficinas Terapêuticas na 16<sup>a</sup> CRS

Fonte: Elaboração própria.

Nossos usuários têm a oportunidade de visitar novos lugares, alguns no próprio município, outros mais distantes, como a possibilidade de conhecer o mar. São muitas experiências vivenciadas e apoiadas por equipes sensíveis, que utilizam a expressão cultural ou artística como uma forma de ampliar espaço e acesso a novas experiências de vida para essas pessoas.

Com certeza é um trabalho diferenciado, acaba virando meio que uma família. Pelo que se percebe na fala dos usuários, eles esperam ansiosamente para que venha aquele dia semanal, da oficina. [Psicóloga-Webdoc]. (COSEMS – RS, 2018).

*Para mim, trabalhar com a OT é justamente possibilidade de encontro. Ofertar meios para que os participantes encontrem autonomia e valorizem sua singularidade, mas que estas possam também reconhecer o quê e quem está na sua volta. Onde nascem, a cultura onde estão inseridas, as exigências que lhe foram impostas, os desafios que superaram e com quem estruturaram vínculo.* (Psicóloga – 2020).

Os grupos são formados, em média, por 13 integrantes, possibilitando um olhar singular para cada participante, suas demandas, seu contexto, seu grupo familiar, sua inserção na comunidade. Os encontros são semanais, com duração média de 2 horas.

Eu, praticamente, a minha semana começa na segunda-feira à tarde... não faltei nenhuma vez. Mas acho que se eu faltar a minha semana vai ficar para trás. A gente escuta bastante as gurias comentando no grupo que tem pessoas que levam para o outro lado, acham que a gente está aqui porque a gente tem problema, chamam a gente até de 'louca'. Louca é quem não frequenta este grupo que a gente vem. [Usuária – Webdoc]. (COSEMS – RS, 2018).

*[...] a gente se encontra toda semana em um grupinho, e a gente pode desabafar como foi a semana, pode dividir nossos problemas e tentar achar soluções, todo mundo escuta e tem respeito. É tudo na base do respeito e da empatia, a gente pode falar sem ter medo de ser julgado, ser a gente mesmo... todo mundo te respeita, todo mundo te ouve. Nós fazemos apresentações, vamos para outras cidades e este é um modo da gente curtir e isso é Saúde Mental.* (Usuária adolescente – 2020).

## Nosso olhar sobre a trajetória

Olhar para essa experiência é muito desafiador: precisamos sempre rever nossos processos de trabalho, e essa caminhada vem nos mostrando como tecer, com muitas mãos, a Política de SM na AB em nossa região de saúde. A cada dia, um aprendizado; em cada olhar, cada relato, cada encontro de trabalhadores, observamos o prazer pelo trabalho realizado, o amor, o carinho com os usuários, o compromisso com o cuidado em SM. São sentimentos de amorosidade e esperança que nos acompanham quando percebemos a transformação e o compartilhamento que advêm da escuta mútua.

O trabalho ‘Saúde Mental e Atenção Básica: Oficinas Terapêuticas como um dispositivo potente de cuidado em Saúde Mental na Região de Saúde’ recebeu, em 2018, o prêmio de experiência exitosa no XXX Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems/RS) e o prêmio destaque da Região Sul, na XV Mostra Brasil, Aqui Tem SUS, no XXXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Esse reconhecimento foi comemorado por toda a região e fortaleceu ainda mais nossas ações, significando para todos o resultado de um trabalho exitoso e potente, que deve seguir recebendo nosso olhar, dos gestores estaduais, municipais e dos trabalhadores.

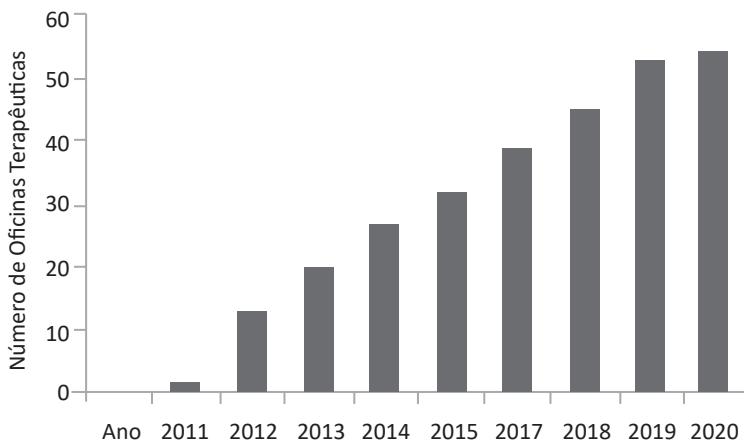
O que nos move é o compromisso com o SUS que dá certo, com o usuário, com o cuidado em liberdade. Sempre foi nossa proposta de gestão regional atuar para além de um arcabouço legal, de um financiamento, de uma habilitação realizada por um município. Queremos que esse seja um trabalho que tenha sentido, que seja uma aposta nessa forma de fazer saúde, fortalecendo nossa rede. A tarefa cotidiana, na gestão regional, é de articularmos, em muitas mãos, com nossos municípios, para que as OT se mantenham. Dar visibilidade às experiências locais passou a ser nosso desafio e nos conduziu para o momento de reconhecimento nacional do trabalho.

Dessa experiência exitosa, estamos conseguindo colher os frutos de um cuidado de SM em liberdade, com novas estratégias de ação. Ouvimos relatos relevantes ao longo dessa trajetória, do quanto as pessoas se sentem implicadas – os trabalhadores, usuários e suas famílias. Relatos de pessoas que valorizam muito esse espaço de cuidado que busca o protagonismo, a autonomia e o desejo das pessoas de estarem umas com as outras, por meio do qual ressignificam as dificuldades da vida.

Desafiamos-nos então a olhar para essa prática e para a ampliação que foi possível fazer, com várias novas OT sendo criadas nos municípios, mes-

mo sem apporte financeiro específico do recurso da Resolução nº 404 (RIO GRANDE DO SUL, 2011), devido à indisponibilidade de novas habilitações desde 2014. As OT passaram de 14 em 2011 para 54 em 2020, atingindo cerca de 700 pessoas semanalmente, em 29 municípios da região.

**Gráfico 3.** Oficinas Terapêuticas na 16<sup>a</sup> CRS – 2011-2020



Fonte: Elaboração própria.

Essa é a resposta de uma forma de cuidado que gestores e trabalhadores acreditam ser possível, que apresenta resultados, que é acolhedora e de interesse dos usuários. A ampliação expressiva e a manutenção das OT demonstram a potência dessa proposta, que foi apropriada pelas gestões municipais, regional e estadual, pelos trabalhadores e, em especial, pelos usuários.

## **Um olhar para o futuro: qualificando e ampliando o trabalho nas Oficinas Terapêuticas**

A experiência de implantação das OT e o monitoramento e avaliação delas vêm sendo um desafio, em especial, para os trabalhadores da CRS. A mudança para um modelo de cuidado em SM que não fosse centrado na doença e na internação já vinha sendo, ao longo dos anos, um grande desafio para a gestão regional. Precisávamos discutir as mudanças de le-

gislações, as novas portarias e a Raps regional. Procuramos manter a rede dialogando, aquecida, olhando para suas dificuldades, para a demanda de usuários com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, para necessidade de estruturar serviços de cuidado e atenção na AB, na rede hospitalar, na urgência e emergência e o desafio da promoção em saúde.

Permanecemos com o desafio e o desejo, ao longo desses nove anos, desde a implantação das primeiras OT, de efetivar, ampliar, consolidar e manter esse trabalho. Utilizamos, como estratégias, estarmos próximos, com fóruns, reuniões, encontros de EPS, visitas aos municípios e, principalmente, acolhida e escuta de trabalhadores e usuários.

Enquanto gestores regionais de políticas públicas, temos o papel de efetivar um permanente diálogo e apoio técnico para garantir a manutenção do trabalho, demonstrada no relato da experiência. Esse papel é fundamental, considerando que a gestão estadual e municipal, durante o período de 2011 a 2020, passou por dois processos eleitorais, ocorrendo trocas de secretários de saúde em vários municípios e mudanças de profissionais, oficineiros e equipes da AB vinculadas ao trabalho da OT. Outrossim, a precarização das formas de contratação e a terceirização de serviços também interferem na continuidade do trabalho.

O prêmio recebido e a proposta da curadoria em saúde do IdeiaSUS reforçam a convicção de que essa prática tem impacto sobre a saúde da população e potencializa o trabalho que estamos realizando. No planejamento para a continuidade desse trabalho, temos a certeza de que as ações que consideramos estratégicas serão mantidas e fortalecidas, como os encontros e contatos sistemáticos com os oficineiros, os Erot, as visitas técnicas aos municípios e reuniões com equipes. Atuaremos com os gestores dos municípios onde ainda não há OT na AB, que são somente oito na região, para estimular sua implantação nessas cidades.

O Seminário Integrador – Um olhar sobre a Trajetória das Oficinas Terapêuticas nas Regiões de Saúde 29 e 30 –, que ocorreu em março de 2020, teve como objetivo promover o encontro dos trabalhadores da região que atuam nas OT de SM na AB, sistematizando suas experiências e conhecimento, procurando refletir sobre a relevância de sua prática, os conceitos de saúde empregados, as metodologias e ferramentas de trabalho utilizadas, identificando contradições e desafios da prática, assim como os novos rumos a serem traçados.

Na ocasião, gestores, profissionais da AB e oficineiros avaliaram o percurso dessa valiosa experiência na região e destacaram que o investimento no cuidado integral, desenvolvido no território e centrado no usuário, é a

grande aposta a ser realizada. A escuta sensível de todos nesse seminário traduz-se em palavras ouvidas no momento de avaliação do encontro: valorização, aprendizado, orgulho, reflexão, afeto, motivação, incentivo, oportunidade de crescimento, espaço potencializador, trocas de experiências. O protagonismo de nossa prática nos aponta para compartilhar e aprender sempre mais, socializando nossos saberes. Vamos persistir e seguir mostrando que aqui na nossa região tem SUS de qualidade e comprometido com o usuário.

## Referências

- ARENHART, A. J.; CATTOI, E. F.; SALDANHA, O. L. Cartografando a Saúde Mental na Região do Vale do Taquari. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul* – Porto Alegre: DaCasa. Escola de Saúde Pública. RS, 2002. p. 149.
- BRASIL. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 09 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 15 jun. 2020
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF, 2009.
- CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (COSEMS – RS). WebDoc. Somando esforços. Multiplicando resultados – Lajeado/RS. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-4lhnsKIZy4>. Acesso em: 18 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativa Populacional 2018*. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 10 nov. 2019.

MACHADO, P. F.; TOMAZINI, D. C. “Você é de quem?” Integralidade do cuidado em saúde mental. In: CONTE, M. (Org.). *Caiu na rede mas não é peixe: vulnerabilidades sociais e desafios para integralidade*. Porto Alegre: Pacartes, 2015, p. 39-54.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.18, n. 3, p. 143-151, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Lei estadual nº 9716, de 07 agosto 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Porto Alegre, RS, 07 ago. 1992. Disponível em: [http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid.Tipo=TEXTO&Hid.TodasNormas=15281&h-Texto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid.Tipo=TEXTO&Hid.TodasNormas=15281&h-Texto=&Hid_IDNorma=15281). Acesso em: 15 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde, Assteplan. *Plano Estadual de Saúde: 2012/2015*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde, 2013. p. 49-50. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 7 abr. 2020

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. *Resolução CIB nº 404, de 26 de outubro de 2011*. Porto Alegre/RS. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103171938rs-res-404-2011-incentivo-oficina-terapeutica.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ROLIM, M. Notas sobre a aprovação da Lei e seu contexto. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018, p. 65-84. (v. 1).

SIMONI, A. C. R. et al. Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. In: FAGUNDES, S. M. S. *Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 183-200.

SIMONI, A. C., CABRAL, K. V. Territórios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: “*o cuidado que eu preciso*”, lá onde a vida acontece. In: PAULON, S. P.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul – Porto Alegre*: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 182.

---

## Reflexões e proposições da curadoria

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha  
(Curadora)

O convite para atuar como curadora das ações da gestão regional das políticas de atenção à Saúde Mental (SM) na Atenção Básica (AB), que abordam o processo de ampliação das ações em SM por meio de Oficinas Terapêuticas (OT), no território da 16<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (16<sup>º</sup> CRS), envolve múltiplos desafios e efeitos. Isso também porque participei diretamente desse processo, em 1999-2003, pela 16<sup>º</sup> CRS, e em 2003-2017, pela Universidade do Vale do Taquari (Univates), como docente/pesquisadora. No primeiro período, a implementação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) – vários municípios recém-emancipados naquela época – e das políticas de SM foram realizadas por meio de um longo processo de reuniões e debates, com gestores e trabalhadores que, na sua maioria, pouco conheciam a respeito. Nesse sentido, cabe destacar que o modelo de gestão adotado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no período 1999-2002, segundo Silva, Pinheiro e Machado (2004), baseado na regionalização, na gestão compartilhada e na integralidade da atenção, contribuiu decisivamente para a reorganização dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Na SM, as resistências eram ainda mais evidentes; e, mesmo assim, como relatam as autoras, foi criado o Fórum Regional de Saúde Mental, quando a legislação da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que instituiu a criação de serviços substitutivos e a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), ainda não havia sido aprovada. No entanto, ele foi crescendo como espaço de problematização das práticas, de avaliação e planejamento, de fortalecimento e ampliação das equipes, de novos serviços e práticas de cuidado em liberdade, promovendo a autonomia e a valorização de todos os atores. Acredito que esse foi também o espaço de ‘gestação’ e fortalecimento das OT, em um processo de investimento nas pessoas, no campo do trabalho interdisciplinar e interprofissional como potente recurso de formação, de produção e de implementação de políticas de saúde por meio da negociação, da pactuação e da gestão compartilhada.

Resgatados esses recortes da história, esse momento de reintegração com o trabalho que a equipe da 16<sup>a</sup> CRS realiza nas OT envolve diferentes

sentidos, mas, principalmente, a satisfação por perceber o reconhecimento e a visibilidade que ele alcançou, por meio da construção coletiva e comprometida desse dispositivo de cuidado e de promoção de afetos, de cidadania, de autonomia e autoria entre todos os participantes. Ademais, a organização e a participação em eventos que foram divulgando o processo que estava em curso contribuíram para a inserção no IdeiaSUS, que abre e fortalece espaços de compartilhamento, participação e valorização de práticas inovadoras que o SUS e suas estratégias de cuidado têm.

Diante do compromisso assumido na curadoria desse projeto – e a partir do artigo produzido pela equipe –, proponho algumas reflexões e dispositivos que estimulem essa rede de cuidados. Entre as estratégias que permearam o percurso da equipe, foi destacada a Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2007) desenvolvida no cotidiano dos serviços de saúde, em uma relação aprendizagem-trabalho. Ou seja, a problematização constante das práticas, considerando os conhecimentos e as experiências vivenciadas, torna os trabalhadores protagonistas na transformação de contextos, construindo e desconstruindo saberes. Considero que a EPS é uma estratégia realimentadora e potente para criar e ampliar linhas de fuga e movimentos de resistência, além de espaço de reflexão sobre os efeitos e desafios de cada cenário. Portanto, deve ser fortalecida na condução do processo.

Nesse sentido, no momento de necessário isolamento social, impõem-se ainda maiores a necessidade de manter canais de comunicação para fomentar as reflexões e os dispositivos que podem ser implementados. Também, além disso, para acolher e apoiar as pessoas que coordenam as OT, como referem as autoras do artigo. Ainda mais consideradas as fragilidades já vivenciadas até então, tais como a precariedade dos contratos de trabalho, a falta de conhecimento e formação para o cuidado das diferentes formas de manifestação do sofrimento psíquico – que foi sendo notado e trabalhado nos encontros com a equipe gestora –, a incerteza da continuidade do trabalho e do acesso aos recursos, entre outros. Eis que convivem agora também com as angústias e ansiedades produzidas pelo distanciamento que afeta a si próprias, seus familiares e os participantes da respectiva OT. Que recursos possuem para resistir aos efeitos desse momento, certamente singulares? Cabe um esforço nosso nesse cuidado, uma vez que, por meio do trabalho e do investimento social, humano e ético dessas pessoas, foi possível constituir e fomentar as OT. Esses territórios/microrregiões eram até então desprovidos de ações humanizadas e inclusivas de SM, mas há uma significativa mudança a partir da implementação

das OT na AB: a criação de espaços de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Sobre o cuidado às equipes, Ramminger (2009) nos alertou que a Reforma Psiquiátrica, ao propor a humanização do atendimento em saúde mental, não pode deixar de lado os trabalhadores, já que eles reconhecem que, a partir humanização dos pacientes, ocorre também a sua.

O trabalho com as OT permite também refletir e considerar o que podem as ações no contexto da micropolítica. A elaboração das políticas e das legislações nacional e estadual, mesmo quando construídas com apoio e a participação social, não garantem sua implementação, respeitando as necessidades e o contexto de cada território. Para que isso se efetive, é necessária a configuração de certa micropolítica, que ocorre por meio do agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que se encontram. A constituição e o trabalho nas OT processam também uma rede entre si, na busca da produção do cuidado. Assim, torna-se evidente que “as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula” (FRANCO, 2006, p. 462), fica explícita a articulação das gestões municipais e regional com as equipes de OT e usuários na produção do cuidado e reforça a importância do processo e do seu fortalecimento.

Observa-se a corresponsabilização no âmbito dessa(s) rede(s), uma vez que, mesmo com as diversas mudanças na gestão estadual e municipal, pelos processos eleitorais e as consequentes substituições de trabalhadores, a implantação de novas OT foi crescendo, apesar da redução dos investimentos públicos para a manutenção desses espaços. Então, que forças/dispositivos operam na ampliação desse movimento? Podemos compreendê-las na condição de redes que atuam na micropolítica dos processos de trabalho, como rizomas (DELEUZE; GUATTARI, 1996), por meio de ações de cuidado que sustentam a continuidade de diversos itinerários terapêuticos, que implicam e articulam as equipes de saúde. São múltiplas conexões que não seguem um modelo, pois estão embasadas na ética do cuidado, em tecnologias leves e no trabalho vivo em ato (MEHRY, 1997). Como um processo de autogestão (BAREMBLITT, 1992), é possível romper com os modelos e normas e construir outros dispositivos, outras trajetórias, linhas de fuga que permitem rupturas e inovações, mostrando sua potência criativa.

A partir dessas considerações, é preciso seguir reforçando e implementando movimentos que fortaleçam os vínculos e a corresponsabilização, que mobilizaram a todos os atores até o momento. Nesse sentido, pode-se investir em diversas frentes. Na perspectiva da curadoria, que estamos iniciando, proponho a criação de uma agenda

de reuniões virtuais (neste primeiro momento) periódicas, para que possamos avaliar o andamento das ações e planejar estratégias e intervenções, de acordo com os cenários e demandas de cada período.

No campo da gestão regional e municipal, além de manter as parcerias e pactuações de continuidade das OT, e considerando que estamos nos encaminhando para o final do período da gestão municipal e para o aumento significativo de OT neste período nos municípios da região, qual recurso poderia ser utilizado para compreender/analisar os critérios e ou motivos utilizados pelos gestores municipais para a criação e manutenção desse dispositivo? Além disso, qual a possibilidade de a investigação ser desenvolvida em parceria com a universidade local, por meio de trabalho de conclusão de curso? Ou como uma prática de estágio? Neste momento de pandemia, que impede atividades presenciais consideradas não essenciais, outros recursos poderiam ser utilizados – como questionários eletrônicos, chamadas de celular por WhatsApp (vídeo e áudio), e videochamadas por outros dispositivos que possam reunir simultaneamente grupos de gestores municipais para suas contribuições (que seriam gravadas e transcritas, para posterior análise). Acredito que esses relatos seriam significativos para que a equipe de gestão regional pudesse definir as melhores estratégias para fortalecer e ampliar as OT.

No acolhimento e apoio às coordenadoras das OT, a criação de uma agenda de reuniões periódicas virtuais em pequenos grupos – talvez por microrregiões – também poderia ser um dispositivo importante de escuta, orientações e compartilhamento de ações e dúvidas. Ademais, nas ações de cuidado e valorização dos vínculos entre as coordenadoras e entre elas e os usuários participantes das OT, podemos propor diferentes recursos. Sua adoção seria de acordo com a cultura, com os desejos e com as potencialidades de cada um, também no sentido de não sobrecarregar as coordenadoras na criação/produção contínua de propostas e recursos para a articulação dos usuários. Poderíamos sugerir que as coordenadoras pudessem ir construindo um registro, nos moldes de um diário de campo, no qual pudessem anotar resumidamente as ações desenvolvidas em cada semana ou quinzena, como esse trabalho a distância tem repercutido no seu cotidiano, ou como tem praticado ações de autocuidado neste período, entre outras. Outro recurso poderia ser a escrita de cartas (que posteriormente poderiam ser transformadas em artigos ou *e-books*, dependendo do conteúdo), ou o registro em vídeos curtos, feitos com celular, de momentos ou atividades mais

significativos (com o apoio de projetos com a Universidade: pesquisa, extensão, trabalhos de conclusão, entre outros).

Em relação aos usuários, algumas ações que promovam o empoderamento e a autonomia poderiam ser motivadoras para novas experiências: escrever e compartilhar (agora, por redes sociais ou, posteriormente, por meio de um livreto que poderia ser produzido nas OT) receitas de culinárias, chás, atividades de jardim, hortas domésticas e de outras habilidades e saberes de cada um; registro por fotografias (que podem ser feitas com celulares simples) de momentos, atividades ou de lugares, paisagens e objetos que integrem o seu cotidiano. Esse material poderia ser transformado em um painel ou exposição no próximo encontro regional das OT. Nessa perspectiva, promoveremos autonomia, autoria e corresponsabilização dos usuários para registrar quais dispositivos contribuíram para minimizar os efeitos do isolamento social imposto pela pandemia da Covid-19.

Como preservar o afeto, a saúde mental e a esperança em tempos tão incertos e até sombrios? É preciso que nos mantenhamos articulados e mobilizados, mas também se faz necessário resgatar a esperança no sentido dado por Paulo Freire ao propor um verbo novo: “esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo” (FREIRE, 2001, p. 35).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 ago. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 07 jun. 2020

\_\_\_\_\_. Lei nº 10216, de 09 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo: Editora 34. 1996. (v. 1.)

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FREIRE, P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

RAMMINGER, T. “*Cada Caps é um Caps*”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. 2009. 226 f. Tese (Doutorado em Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Integralidade como inovação institucional: a experiência da Secretaria de Saúde/RS, 1999-2002: considerações sobre a gestão no SUS. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 481 a 502, jan. 2004. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6547>. Acesso em: 07 jun. 2020.

## Academia Viva

---

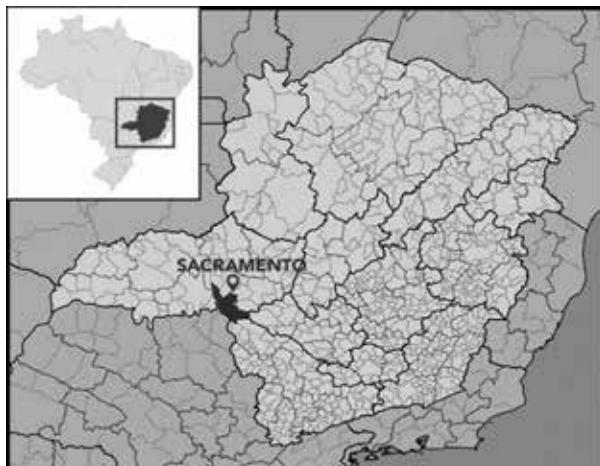
Reginaldo Afonso dos Santos  
Flávio José da Costa  
Samuel Gomide Ferreira  
Thaísa Prado de Santi

### Introdução

Sacramento é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, região Sudeste, fundado no dia 24 de agosto de 1820. Localiza-se a  $19^{\circ}51'55''$  de latitude sul e  $47^{\circ}26'24''$  de longitude oeste, estando a 832 metros de altitude, com  $3.073,258 \text{ km}^2$  (2019) de área. Pertencente à Zona do Alto Paranaíba, limita-se com os municípios de Nova Ponte, Santa Juliana, Perdizes e Araxá ao norte; Conquista e Uberaba a oeste; Tapira e São Roque a leste; e, por último, com o estado de São Paulo ao sul.

---

**Figura 1.** Mapa com a localização do município de Sacramento



De acordo com o último censo, realizado, em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possuía 23.896 habitantes, dos quais 12.129 correspondiam ao gênero masculino e 11.767 ao gênero feminino. A distribuição étnica por autodeclaração apontou 14.400 (60,26%) brancos, 7.418 (31,04%) pardos, 1.716 (7,18%) pretos e 362 (1,51%) amarelos. Em relação às expressões religiosas, Sacramento se destaca como uma cidade tradicionalmente católica com uma expressiva população espírita, religiões que correspondem, respectivamente, a 75,5% e 11,8% dos moradores do município. As denominações evangélicas ocupam o terceiro lugar com 8,9%, seguidas das pessoas sem religião, 2,9%, Testemunhas de Jeová, 0,74%, e pessoas que professam religiões afro-brasileiras ou de múltiplo pertencimento, 0,5% (IBGE, 2010). Em 2019, essa população foi estimada pelo IBGE em 26.185 habitantes, percebendo-se, assim, pouca variação ao longo dos anos.

Em Sacramento, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,732, mais elevado que o IDH em nível nacional, que é de 0,727. Contribuem para a elevação desse índice o fato de a população ser 100% alfabetizada, 100% de tratamento de água e esgoto, 100% de acesso à energia e coleta de lixo domiciliar. Destaca-se a aplicação de 34% do orçamento municipal em ações e serviços de saúde.

Sacramento também é conhecida por ser uma cidade turística, destacando-se o turismo religioso e o ecoturismo. Em relação às suas riquezas naturais, possui diversas cachoeiras espalhadas por todo seu território, com variadas fauna e flora, além de abrigar a 'Gruta dos Palhares', considerada a maior gruta de arenito das Américas. Além disso, situa-se na cidade parte do Parque Nacional da Serra da Canastra, no qual se encontra a nascente do Rio São Francisco.

Apesar da boa infraestrutura e condições de vida em Sacramento, a cidade apresentava índices preocupantes de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), tais como obesidade, hipertensão e diabetes, necessitando do desenvolvimento de ações para a redução desses agravos.

No ano de 2006, no Brasil, iniciou-se a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. A partir disso, a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, começou a destinar investimentos para o fomento de experiências realizadas por estados e municípios. Esses recursos seriam então destinados ao financiamento, fundo a fundo, de ações de vigilância e prevenção de Dant, com ênfase naquelas relacionadas com atividade física e práticas corporais.

Mediante do Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006, Sacramento viu a oportunidade de criar um projeto, o Academia Viva, que passou a compor a Rede Nacional de Atividades Físicas. O Projeto atendia todas as sete metas propostas na PNPS, do Ministério da Saúde, sendo elas:

- I Prática Corporal/Atividade Física;
- II Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito;
- III Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz;
- IV Redução da Morbimortalidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas;
- V Prevenção e Controle do Tabagismo;
- VI Alimentação Saudável; e
- VII Promoção do Desenvolvimento Sustentável. (BRASIL, 2010).

O Projeto Academia Viva, portanto, foi criado para aliar a promoção da saúde e qualidade de vida ao lazer, práticas corporais e atividades físicas, educação em saúde, família e escola, e busca a intersetorialidade como estratégia para a sua realização.

Sabe-se que cuidar da saúde das pessoas vai muito além de tratar de suas doenças e que ter saúde não é simplesmente estar livre de enfermidades. No modelo de sistema de saúde atual, ainda prevalece o tratamento curativo sobre o preventivo, e a inversão dessa situação implica mudanças de hábitos e estilo de vida, exigindo esforço individual, coletivo, social e político. Nesse sentido, não há como dissociar esse processo da educação e de mudança de cultura, exigindo um longo trabalho de repetição e reaprendizado, em que não existem ‘resultados imediatos’.

A Promoção da Saúde (PS), além de campo de formulações teóricas, é, sobretudo, um espaço de manifestações práticas na realidade social e, no Sistema Único de Saúde (SUS), é uma estratégia conceitual e prática para a mudança no modelo de organização dos serviços de saúde (VERDI; CAPONI, 2005 apud CARVALHO et al., 2017, p. 265).

Ao longo de sua trajetória, o Projeto Academia Viva tem sido instrumento de apoio na busca da edificação desses novos valores à comunidade e aos profissionais de saúde. Todas as atividades e parcerias estabelecidas fortalecem a intersetorialidade e a universalidade das ações propostas, visando levar a todos os espaços e a todas as pessoas oportunidades de se integrarem a alguma atividade que gere valor individual e com a qual mais se identificam.

A construção e a disponibilização dos instrumentos de apoio a esse processo de mudança do modelo para o de ‘Promoção à Saúde’ passa por uma análise de percepção e pesquisa na comunidade. Para isso, discute-se com a população durante as fases preparatórias para as conferências municipais, nas quais identificam-se demandas na rotina das unidades de saúde; analisam-se as percepções dos profissionais de saúde quanto às atividades prioritárias a serem oferecidas; fazem-se reuniões de equipes, de trabalho do Programa Saúde na Escola (PSE) (parceria intersetorial saúde-educação), do Conselho Municipal de Saúde; entre outras ações.

A partir dos momentos elencados anteriormente, o Academia Viva foi adquirindo formato e características próprias, moldando-se às principais necessidades e pedidos da população. Esta, por sua vez, passou a perceber de maneira lenta, porém gradual, que o ‘cuidar da saúde’ é mais gratificante e prazeroso que o ‘tratar da doença’. Os gestores, então, passaram a ter a certeza de que a PS, além de muito importante, é também menos onerosa e mais humana do que o tratamento curativo. O ato de ‘cuidar’ é inherent ao ser humano e está presente nas relações sociais, devendo sempre fazer parte das ações de saúde de um governo.

Pensar no cuidado como prática sanitária já é, em si, ter o outro inteiramente. Os profissionais que escolhem a área da saúde, em algum momento, pensam o quanto de suas vidas precisarão dedicar a um ‘outro’, que não conhecerão previamente e que, portanto, será alvo do seu altruísmo, como prática profissional e de vida (CARNUT, 2017, p. 1177).

Hermeneuticamente falando, o ‘cuidador’ e o ‘cuidado’ não são símbolos de interações quaisquer, mas, sim, de uma interação especial, na qual o ‘afetar-se’ consolida-se no ‘querem bem’ ao outro. Isso só é possível quando se entende o que é o ‘bem’ para o outro, o que requer uma cosmovisão do universo do outro (BUB et al., 2006 apud CARNUT, 2017, p. 1177).

Ver o outro na sua cosmovisão é, em outras palavras, vê-lo como um ser integral. Na saúde, a palavra ‘integral’ (e sua substantivação ‘integralidade’) vem sendo a tônica da prestação dos serviços de saúde, que a advogam como objetivo a ser alcançado na produção de um novo cuidar. Mesmo sendo evocada em todos os níveis de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido constantemente assinalada por diversos documentos oficiais e pesquisas empíricas como espaço privilegiado para o exercício e a coordenação da integralidade (BRASIL, 1988; 1990; 2011; SANTANA et al., 2010; SANTOS et al., 2007 apud CARNUT, 2017, p. 1177).

No ano de 2008, o Projeto, com o então nome de ‘Cidade Viva’ foi apresentado na forma de Painel, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, em Brasília, sendo selecionado para publicação na ‘Revista Saúde da Família’ nº 20.

Em 2018, o Programa foi inscrito como experiência exitosa na XV Mostra Brasil Aqui Tem SUS e recebeu o prêmio de primeiro lugar da região Sudeste, durante o XXXIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), na cidade de Belém (PA).

Por fim, em 2019, participou da 8ª Roda de Práticas IdeiaSUS durante o XXXV Congresso Conasems, em Brasília (DF), e passou a receber curadoria em saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Não é necessário um ‘olhar clínico’ para compreender a importância e os ganhos do Programa já alcançados. A melhora na qualidade de vida dos usuários é algo concreto, principalmente dos idosos, pacientes com transtornos mentais, e dos portadores de doenças crônicas, que viam a medicalização como única opção de tratamento.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito ‘qualidade de vida’ é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados com aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da PS e da prevenção de doenças (SEIDL et al., 2004).

A Academia Viva não só engloba todos as metas indicadas pela proposta do Ministério da Saúde em toda sua integralidade como também gera saúde e qualidade de vida a todos os seus municíipes, o que justifica amplamente seu investimento financeiro e humano, bem como sua programação contínua e conceituações trabalhadas pela equipe de saúde; que associam práticas curativas, preventivas e promoção de saúde, que vão desde fisioterapia em grupo, psicoterapia em grupo, nutrição em grupo, *yoga* em grupo, educação física em grupo (caminhadas, *jump*, *step*, natação, hidroginástica, dança), acupuntura, *reiki*, musicoterapia, oficinas de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), até consultas médicas e médico cardiológicas para adesão do usuário no Programa.

## Objetivo

Reducir as vulnerabilidades e riscos à saúde, intervindo nos condicionantes sobre os quais o setor saúde tem maior governabilidade, propiciando melhor qualidade de vida, com ênfase nas ações propostas pela PNPS (Anexo I – Portaria de Consolidação nº 02 Origem: PRT MS/GM 2.446/2014) (BRASIL, 2014) disseminando, à comunidade e aos profissionais envolvidos, conceitos que ampliem a compreensão do processo saúde-adoecimento como intimamente ligado aos modos de vida saudável, particularmente do lazer, cultura, habitação, educação e acesso a bens e serviços essenciais.

## Metodologia

Atualmente, o imediatismo e a celeridade das informações intimamente relacionadas com o avanço tecnológico também refletem o modo de vida do ser humano, e estão expressos em seu cotidiano e na forma como enxergam a vida e o processo de resolução dos problemas, entre eles, o adoecimento. Da mesma forma que acessamos uma informação com o ‘clique dos dedos’, acreditamos também que por meio de uma consulta médica, de um exame complementar ou de um medicamento nossos anseios relativos à saúde serão também solucionados. Infelizmente, essa também é uma falsa crença que impera no mundo político, em que resultados satisfatórios são aqueles que garantam possibilidades de manutenção no campo político.

Assim, para se investir em políticas públicas de saúde que valorizem a PS e a prevenção de doenças, faz-se necessário trabalho de reconstrução de valores e prioridades em âmbito populacional, mas também na gestão política e de saúde.

A PS, como vem sendo entendida nos últimos anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Preocupado com toda essa situação, surgiu a Academia Viva: promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da comunidade, fazer com que a população seja empoderada, para construir hábitos saudáveis, cuidando de sua saúde física, mental, espiritual e emocional.

A prioridade deveria ser procurar melhorar os cuidados com a saúde, por intermédio da prática regular de exercícios físicos, construção de hábitos saudáveis de alimentação, melhoria nos relacionamentos familiares, participação de momentos de lazer na comunidade, responsabilização pelo seu autocuidado e o de seus dependentes, entre outras atividades que proporcionem a melhoria da autoestima. No entanto, o que percebemos constantemente é uma população adoe-cida que ainda procura por um 'milagre' imediato, esperando que uma consulta médica com um bom especialista, um exame em uma clínica sofisticada ou uma receita prescrita com uma série de medicamentos de última geração serão a 'salvação', e tudo o que deixou de fazer em uma vida se resolva em um instante.

Sabemos que não é assim. A semente que plantamos provavelmente será o objeto de nossa colheita; e, dessa maneira, a vida sedentária, os maus hábitos alimentares, o estilo de vida pouco saudável trarão frutos desagradáveis com os quais conviveremos por toda vida. Além de esta ser uma realidade da maior parte da população, também é para gestores e políticos, que muito se preocupam em manter em funcionamento serviços de pronto atendimento, ações emergenciais em saúde e demais serviços que fazem parte do escopo proposto pelo modelo curativo, hospitalocêntrico e médico centrado. Tal modelo ainda impera em nossa sociedade, e em níveis políticos parece apresentar melhor potencial para garantia de retornos nessa área. O que as evidências científicas nos mostram, entretanto, é que esse modelo está ultrapassado, e não apresenta retornos satisfatórios do ponto de vista de gerar saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, além de, obviamente, onerar os cofres públicos.

Começa, então, em meados de 2006, o desafio de promover a saúde dos sacramentanos, inicialmente, devido ao lançamento de uma portaria do Ministério da Saúde, oportunizando a inscrição de projetos voltados para adesão à PNPS. O plano de trabalho proposto deveria englobar várias práticas, como: prática corporal/atividade física; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; prevenção e controle do tabagismo; alimentação saudável e, por último, promoção do desenvolvimento sustentável; tudo isso de maneira intersetorial e multidisciplinar. Para a construção do referido Plano, a gestão mobilizou-se no intuito de atender às exigências, e, para tanto, precisou conhecer os espaços e estruturas disponíveis, os recursos

humanos que dispunha para a execução das atividades, e conhecer o que a comunidade mais se identificava, além de avaliar o que seria necessário para implantação do projeto. Toda essa busca, conhecimento para construção do que se propunha, ante a dificuldade da comunidade em mudar seu modo e estilo de vida, foi a mola propulsora que deu a arrancada para a inicialização das atividades.

O crescimento da oferta da Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI) nos sistemas de saúde de diversos países, inclusive no Brasil, tem se acentuado nas últimas décadas. Diversos fatores contribuíram para o aumento da sua oferta e uso, em grande parte, relacionados com as mudanças estruturais e comportamentais que as sociedades contemporâneas vivenciam. Essas mudanças são responsáveis tanto pelo aparecimento de síndromes e transtornos relacionados com ansiedade, insônia, dores crônicas, estresse e depressão, *deficit* de atenção, entre outros; quanto pela maior longevidade da população, que responde, em grande parte, pela prevalência das doenças crônico-degenerativas. Aparecem também como fatores importantes a insatisfação com o cuidado convencional e o desejo de formas mais sofisticadas e ampliadas de escuta e cuidado; a crescente pressão e interesse do mercado em torno do setor saúde, e o desejo dos profissionais de saúde de implementar outros modos de cuidado (SOUZA et al., 2016).

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) fazem parte de um campo de cuidados em saúde que engloba as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde, também definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional, complementar e alternativa (NASCIMENTO et al., 2013; WHO, 2013 apud LOSSO, 2017, p. 172).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde para implantação de ações e serviços relativos às PIC no SUS em todo o território nacional (BRASIL, 2006 apud LOSSO, 2017, p. 172).

Ao longo de sua trajetória, o Projeto Academia Viva tem sido instrumento de apoio na busca da edificação desses novos valores à comunidade e aos profissionais de saúde. Todas as atividades e parcerias propostas vão ao encontro do fortalecimento da intersetorialidade e da universalidade das ações propostas, visando levar a todos os espaços e a todas as pessoas oportunidades de se integrarem a alguma atividade que gere valor individual e com a qual mais se identificam.

## Financiamento

As mazelas do financiamento do sistema de saúde no Brasil são explicadas por diferentes fatores. Primeiramente, é preciso ressaltar que os recursos destinados à saúde no Brasil, embora não ideais, não diferem de países que lograram obter melhor assistência à população do que aquela que hoje, em média, é fornecida aos brasileiros (PIOLA et al., 2013; SALDIVA, 2018, p. 50). Presentemente, o financiamento à saúde no Brasil vem oscilando nos últimos anos ao redor de 8% do Produto Interno Bruto (PIB). À guisa de comparação, países que oferecem acesso universal à saúde de boa qualidade despendem recursos pouco superiores aos do Brasil, como o Canadá (10,4% do PIB) e o Reino Unido (9,9% do PIB) (PIOLA et al., 2013; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014 apud SALDIVA, 2018, p. 50). Uma leitura simples pode indicar que haja ineficiência dos gastos, e não um problema de subfinanciamento em nosso caso (SALDIVA et al., 2018).

No entanto, uma análise mais detalhada indica que o cenário é um pouco mais complexo. Por exemplo, gastar maiores frações do PIB com financiamento do sistema de saúde não significa melhores condições de saúde para a população. Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são (dados de 2015, OMS, SALDIVA, 2018, p. 50), por ordem decrescente, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (EUA) (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles possui equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim. Os países mais pobres da relação acima apresentam problemas de saúde tão graves que fazem com que os recursos alocados sejam insuficientes, ao passo que os EUA, por optarem por um sistema predominantemente mercantilista, excluem dos recursos alocados aqueles menos favorecidos (SALDIVA; VERAS, 2018).

O conjunto de informações acima indica que a solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. O Brasil precisa melhorar nesses dois quesitos (SALDIVA; VERAS, 2018).

Durante os anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2017, o município de Sacramento recebeu, por meio de recursos de implantação, criação e manutenção do Projeto Academia Viva, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Agenda Prioritária PNPS, do Governo Federal, o valor de R\$ 232.643,76, mais R\$ 3.000 mensais (a partir de 2017), pelo financiamento como Programa similar ao Academia da Saúde.

Além de todos os recursos recebidos por intermédio do Governo Federal, o município de Sacramento, desde o início do Projeto, dispensou recursos próprios, destinados a Recursos Humanos, materiais e equipamentos.

## **Equipamentos de saúde**

Para a realização do Programa Academia Viva, o município de Sacramento dispõe de 4 ginásios cobertos, 3 vilas olímpicas, 7 campos de futebol, 9 quadras cobertas, 8 quadras de bairros, 1 casa de cultura com teatro, 1 museu histórico, 1 centro de convivência, 1 centro de fisioterapia e terapias integrativas, 14 escolas, 5 creches e 23 comunidades rurais, 1 Caps tipo I, 1 Centro de Referência em Especialidades e Serviços (Cres), 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e 6 na zona rural.

Fazem parte do programa cerca de 160 profissionais, entre eles: médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, monitores de *yoga*, dança (circular), *reiki*, entre outros.

## **Subdivisões do Projeto**

O Academia Viva busca a integralidade da assistência, dando ênfase às ações de vigilância, prevenção, proteção e PS, por meio da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2007).

Para o cumprimento de todas as metas propostas, o Projeto foi subdividido em outros menores e mais específicos, sendo:

### **PROJETO SALA DE ESPERA, EM ATENDIMENTO À META: ‘FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE’**

Desenvolve-se em todas as unidades de saúde, que são equipadas com televisores, projetores, *notebook*, aparelhos de som, e uma ampla coleção de vídeos de saúde.

Os ACS, devidamente capacitados, aproveitam o momento ocioso que os usuários possuem durante a espera ao atendimento para trabalhar temas, como vacinação, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), dengue, e divulgar as atividades ofertadas pelo Programa Academia Viva.

A Rede de Educação em Saúde coordena o Projeto Sala de Espera, e é também a responsável pelo desenvolvimento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde do SUS (PRO EPS-SUS) (BRASIL, 2017), com atividades quinzenais.

### **PROJETO SINTONIA, EM ATENDIMENTO À META: ‘ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E VIDA SAUDÁVEL’**

É um projeto intersetorial e multidisciplinar que trabalha a motivação (empoderamento) para o autocuidado, aumento da autoestima e da autoconfiança, por meio de práticas integrativas, ligado à melhoria da qualidade de vida, alimentação saudável, controle da obesidade, diabetes, hipertensão, depressão e dores musculares advindas do sedentarismo.

O projeto dispõe de balanças de bioimpedância, que tornam possível a realização do exame que revela a composição corporal do paciente. Assim, a equipe de profissionais, que é composta de nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, entre outros, possui informações mais qualificadas do participante, podendo propor tratamentos ou ações mais assertivas.

Há também o Projeto Sintonia Kids, que incorpora o Crescer Saudável ligado ao PSE, e possui meta de combater a obesidade infantil e trabalhar a alimentação saudável.

### **PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE, EM ATENDIMENTO À META: ‘PRÁTICAS CORPORais E ATIVIDADES FÍSICAS’**

As práticas corporais e atividades físicas são realizadas sob a coordenação da Secretaria de Saúde, com a utilização de aparelhos, aulas de ginástica localizada, pilates, tabata, *jump*, *step*, caminhadas, jogos de salão, dança de roda, dança funcional e *yoga*.

Há também, sob a coordenação da Secretaria de Esportes, o Projeto Esporte de Qualidade para Todos, com atividades diárias de basquete, futebol, futsal, voleibol, handebol, capoeira, karatê, Kung-fu, hidroginástica e natação.

## **GRUPOS DE TABAGISMO, EM ATENDIMENTO À META: ‘ENFRENTAMENTO DO USO DO TABACO E SEUS DERIVADOS’**

O combate ao tabagismo é realizado por meio de grupos no modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde. O município de Sacramento está iniciando uma nova experiência do estado de Minas Gerais, seguindo as diretrizes para a auriculoterapia no apoio à cessação do tabagismo.

## **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, UTILIZADA PARA ATENDIMENTO DA META: ‘ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS’**

O enfrentamento do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas tem sido acompanhado por intermédio do PSE e do Projeto Cara Limpa. Apesar de o Caps da cidade de Sacramento ser do tipo I, uma equipe multidisciplinar é mantida no Centro para o tratamento assistencial dos usuários.

A preocupação com a saúde mental no município sempre foi uma constante, tratada como um tema de alta relevância. Desde os transtornos escolares na infância, índices crescentes de automutilação entre os adolescentes, elevado consumo de drogas lícitas e ilícitas até a alta demanda de usuários à procura de serviços que amenizem a ansiedade, depressão, síndrome do pânico e tentativas de autoextermínio.

A humanidade, desde os primórdios, tem dificuldade em lidar com as diferenças e com as dissonâncias do senso e convivência comum. Na psiquiatria, o tratamento da loucura, por vezes, foi baseado na intolerância perante os comportamentos dos doentes mentais, tendo no cárcere dos indivíduos uma opção para afugentar o diferente e proteger a sociedade (CARDOSO et al., 2009).

Nas últimas décadas, os hospitais psiquiátricos deixaram de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade, visando à desconstrução do modelo até então vigente. A internação psiquiátrica tornou-se mais criteriosa, com períodos mais curtos de hospitalização, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária (CARDOSO et al., 2009).

O alto índice de fármacos dispensados tem dado lugar às PIC, proposta pelo Programa Academia Viva aos usuários com transtornos mentais.

Cerca de 90 usuários participam de atividades diárias diversificadas, como arteterapia, musicoterapia, acupuntura, auriculoterapia, dança, caminhadas, atividades com aparelhos e hidroginástica.

O Caps do tipo I conta com os seguintes profissionais: psiquiatra; médico especialista em álcool e outras drogas; 4 psicólogos; 2 enfermeiros; 1 assistente social; 1 terapeuta ocupacional; 1 técnico de enfermagem; 2 auxiliares administrativos e 2 auxiliares de serviços gerais.

Na atenção básica, o Nasf conta ainda com mais 4 psicólogos, sendo um deles acupunturista, 1 monitor de *yoga*, 1 monitor de *reiki*, 1 monitor de dança, 1 nutricionista e 2 enfermeiros acupunturistas.

Preventivamente, pensando em saúde mental, são realizadas diversas ações no Projeto Cara Limpa; e, no ano de 2020, dentro do PSE, foi programada uma Semana Saúde na Escola para cada uma das 16 entidades de ensino da cidade e para 4 escolas rurais do município.

O PSE, programa intersetorial com a participação das Secretarias de Educação, Esportes e Saúde, trabalha todas as 12 metas propostas pelo Governo Federal, despertando desde cedo nos jovens e em seus familiares o hábito da prevenção, promoção, proteção e autocuidado com a sua saúde física, mental e social, buscando a autoestima e a autoconfiança por meio do empoderamento e do protagonismo juvenil, gerando a necessidade para a liderança e para a participação social.

### **PROJETO MAIO AMARELO, EM ATENDIMENTO À META: ‘PROMOÇÃO DA MOBILIDADE SEGURA’**

Todo mês de maio, trabalha-se o tema da mobilidade segura. Todas as escolas do município são incentivadas a tratar o tema não só com os alunos, mas também com os seus familiares.

Outro fator importante foi a criação de diversos grupos de ciclistas que programam passeios todos os fins de semana, fazendo do ciclismo mais uma forma de lazer além dos benefícios da atividade física

### **PROJETO CARA LIMPA, EM ATENDIMENTO ÀS METAS: ‘PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E DE DIREITOS HUMANOS’ E ‘PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL’**

O Projeto Cara Limpa trabalha a família por meio de três grupos: Mais Família (pais e responsáveis); Projeto Cara Limpa Jovens; e Mais Participação (voluntários).

O projeto Cara Limpa Jovens trabalha com adolescentes e jovens até 28 anos e aborda, entre outros, os objetivos da Agenda Mais Acesso, Informação, Cuidado e Respeito à Saúde das Mulheres, que vem sendo desenvolvida juntamente com o Ministério da Saúde. Para isso, aborda os temas de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR), como a gravidez na adolescência, métodos anticoncepcionais, com disponibilização de todos os métodos contraceptivos, inclusive o DIU para as adolescentes, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (IST/Aids), e oferece consultas aos adolescentes desacompanhados dos pais e/ou responsáveis.

Esse projeto é coordenado por uma equipe multidisciplinar e intersetorial, sob a coordenação de dois médicos e dois psicólogos, com apoio matricial do Nasf.

Para a realização dos Projetos do Academia Viva, cada Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsável pelas programações, com a coordenação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando o trabalho dos ACS na mobilização e motivação das famílias participantes.

As ações são matriciadas por profissionais do Nasf que integram as equipes multidisciplinares e intersetoriais.

Conforme a OMS, a eficácia das Terapias Complementares (TC) e a alta porcentagem de utilização dessas terapias pela população mundial levaram os Institutos Nacionais da Saúde de países europeus, asiáticos e africanos, assim como a Austrália e os EUA, a criarem institutos de TC. Seu objetivo era fomentar a pesquisa e utilizar essas terapias em unidades hospitalares e clínicas de saúde e criar protocolos de segurança adequados para a prática dessas terapias. Como resultado, muitos países têm desenvolvido abordagens coesas e integradoras dos serviços da saúde que propiciam, a um custo-benefício eficaz, aos governos, aos profissionais de saúde e, principalmente, aos usuários dos serviços de saúde, o acesso seguro e de qualidade às TC. No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam o crescimento do uso delas nas unidades do SUS em todo o território (MELO et al., 2016).

## **Meios de comunicação e informação**

Para a divulgação dos projetos e adesão dos participantes, são feitos convites (verbal e/ou por material impresso), folhetos impressos, além de utilização de todo tipo de mídias, incluindo as redes sociais, rádios, jornais e som volante.

## Discussão

É a partir dos momentos elencados anteriormente que a Academia Viva vai adquirindo formato e características próprias, principalmente com o envolvimento da comunidade, que passa a perceber de maneira lenta, porém gradual, que o ‘Cuidar’ da saúde é mais gratificante e prazeroso que o ‘Tratar’ da doença. A gestão passa a ter certeza de que o ‘Cuidar’ da saúde é irrefutável, menos oneroso e mais humano do que o ‘Tratar’ da doença.

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo (BUSS, 2000).

A Academia Viva procura mostrar, com a prática, que cada um é parte integrante no processo de mudança e que, para tal, precisa dar sua parcela de contribuição.

Trabalhar isso constantemente tem sido tarefa do Projeto em suas diversas etapas, que, para tanto, coloca à disposição da comunidade: toda estrutura física, material e humana.

Percebemos atualmente, mesmo com todas dificuldades aparentes, que o projeto faz parte da vida das pessoas; elas passaram a procurar pelas atividades, participando nos espaços de controle social (pré-conferências, conferências, associações de bairros) e reivindicando disponibilização de estruturas, melhorias/adaptações dos espaços existentes, liberação de profissional capacitado para acompanhamento das atividades físicas, entre outros profissionais das equipes de atenção primária, implementação dos profissionais do Nasf, ampliação das atividades com a implantação de terapias integrativas, como a acupuntura, o *yoga*, a dança circular, o *reiki*. Reforçamos que todas essas práticas, hoje, são disponibilizadas e tidas como conquista da comunidade.

No contexto de predomínio das Dant (Doenças e Agravos Não Transmissíveis), a diminuição na procura dos serviços de saúde sinaliza que as ações de PS, desenvolvidas na atenção primária apontam para uma possível inversão de modelo assistencial, em que o usuário busca o aumento da sua qualidade de vida nos centros de saúde ao invés de tratar a doença; o que realça os esforços dos serviços de atendimento em preconizar cada vez mais ações de PS e prevenção de agravos, com o objetivo de reduzir os gastos na saúde pública (RANDOM et al., 2017).

A prática regular de exercícios físicos influencia positivamente nos aspectos emocionais de seus praticantes, melhorando a sua percepção de saúde. Soma-se a isso o fato de muitos usuários buscarem atendimento como alternativa de suporte social; há uma redução na busca por cuidados da APS (RANDOM et al., 2017).

Desde sua criação, em 2006, o Projeto Academia Viva é responsável por um expressivo aumento da população nas atividades propostas pelas diversas Secretarias. Dentre elas, podem-se destacar: caminhadas; futsal; basquete; handebol; futebol de campo; capoeira; voleibol; Kung-fu; karatê; ciclismo; natação; hidroginástica; hidropower; pilates; academia; dança; dança circular; pintura; biscuit; artesanato; aulas de música; canto coral; grupos de educação em saúde, entre outros.

A partir da *tabela 1*, nota-se o aumento da participação da população nas atividades propostas pelos projetos da Academia Viva, observando um expressivo aumento a partir do ano de 2017 (este fato pode ser explicado pela alternância de governo). Destaca-se que nesse ano, o autor do Projeto retornou à gestão do SUS, não apenas retomando todas as atividades propostas inicialmente como também as ampliando. Conclui-se que, quando motivada, a população responde e participa das atividades oferecidas. A partir dos dados apresentados, mais precisamente em 2019, a soma do número de participantes ultrapassa o número de habitantes do município, revelando que grande parte da população participa de mais de uma atividade ao mesmo tempo.

**Tabela 1.** Número de participantes nas atividades propostas, ao longo dos anos

Atividade proposta (grupos)	2015	2016	2017	2018	2019
Alimentação saudável	294	4.017	4.498	2.580	9.993
Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	1.165	538	2.252	2.640	5.341
Semana saúde na escola	33	33	1.878	2.199	3.475
Saúde sexual e reprodutiva	68	546	344	1.524	4.392
Saúde mental	312	1.252	708	1.390	2.558
Saúde ambiental	33	1.549	840	1.149	637
Envelhecimento/climatério/andropausa/ etc.	122	472	594	273	2.058

Atividade proposta (grupos)	2015	2016	2017	2018	2019
Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	-	20	670	933	1.846
Cidadania e direitos humanos	11	38	286	944	1.527
Dependência química/ tabaco/ álcool/ outras drogas	134	908	775	419	540
Agravos negligenciados	-	20	19	1.202	695
Saúde do trabalhador	-	-	98	522	837
<b>Soma do número de participantes</b>	<b>2.172</b>	<b>9.393</b>	<b>12.962</b>	<b>15.775</b>	<b>33.899</b>

Fonte: Elaboração própria.

Como consequência a essa expressiva participação, notou-se que houve redução do sedentarismo, descobrimento de novas lideranças e aumento do número de voluntários nos serviços, valorizando a sociabilização. Além disso, houve redução do número de internações, do estresse, da depressão, de doenças mentais, da mortalidade cardiovascular, cardiorrespiratória e cânceres. Observou-se, ainda, melhoria da qualidade de vida dos portadores de hipertensão, diabetes, obesidade e tabagistas; redução da procura por pronto-socorro e pronto atendimento, uma resposta positiva para a desmedicalização.

Ressalta-se também que os grupos destacados na *tabela 1* são apenas uma parte de todos os existentes, concluindo-se que a participação da população é ainda mais expressiva.

O Programa Academia Viva desempenha grande importância na qualidade de vida da população da cidade de Sacramento (MG), visto que atende à população em todos os ciclos da vida, desde a infância até a terceira idade.

Além disso, o Programa trabalha sempre em parceria com as UBS, identificando nos grupos e encaminhando para essas unidades pacientes que necessitam de algum atendimento especializado, ou recebendo-os, a partir de encaminhamentos das próprias UBS, para participarem dos projetos existentes. Esse vínculo criado com a população promove o aumento da confiança no trabalho realizado, promovendo, além da prevenção de doenças, diagnósticos mais precoces e tratamentos mais eficientes.

Por isso, a garantia da continuidade e longevidade do Programa é de suma importância para a geração de bons resultados. Para que isso seja

possível, até o momento, o sucesso do Programa Academia Viva deveu-se, em grande parte, aos financiamentos recebidos do Governo Federal, destacando-se, também, os constantes recursos recebidos do próprio município, que reconhece a importância do Programa para a melhoria da qualidade de vida de sua população.

Vale ressaltar que, nos últimos anos (2017-2020), o Governo Municipal sempre investiu mais na área da saúde do que o exigido pela Legislação Federal, já que acredita que o investimento na prevenção acarretará não só maior qualidade de vida para a população no presente, mas também, redução de gastos com tratamentos de doenças no futuro.

## Conclusões

O Projeto Academia Viva tem mostrado forte potencial para a realização do nosso sonho: Mudança do Modelo Assistencial. Em nível de gestão técnica, percebe-se que a necessidade quase que vital da presença do médico não é mais tão valorizada; visualiza, mesmo que de maneira um pouco discreta, que o fortalecimento da equipe tem acontecido; que a gestão política não mais valoriza tanto o cuidado curativo, fragmentado, imediatista, mas que esta tem mudado seu olhar ante o potencial da promoção e a importância da humanização, do trabalho em redes de cuidado, da valorização da saúde e do empoderamento e responsabilização das pessoas; que as pessoas sentem parte importante do processo de recuperação e manutenção de sua saúde, que precisam estar bem, para melhorar seu ambiente familiar e laboral, na sociedade em que vivem.

Com o aumento de praças com academias ao ar livre; aumento de quadras esportivas cobertas; aumento de espaços para atividades físicas, bem como com a troca da iluminação pública incandescente por lâmpadas de LED, que proporciona oportunidade e segurança aos trabalhadores para realizar suas caminhadas noturnas; procura das empresas e das escolas por parceria com os profissionais da saúde do município para levar atividades aos trabalhadores e alunos; aumento de academias particulares na cidade que demonstra que a população está mais ativa; aumento dos grupos de ciclismo, a 'galera do pedal', e afins; o Projeto tem mudado a cara da cidade, que, hoje, está em constante movimento.

Destaca-se o fator crucial de tudo isso: o apoio, suporte e confiança do executivo com a disponibilização do financiamento necessário; pois, sem este, certamente o caminhar seria árduo; o apoio dos profissionais que, ao se desdobrarem, permitem que as ações sejam executadas, mesmo que o

quantitativo de serviços e práticas assistenciais e curativas ainda seja muito grande, e, mesmo assim, entendem que precisam dedicar parte do tempo para zelar e manter as atividades do Projeto; a comunidade que participa e é a principal razão de ser do Projeto.

Quando motivada, a população responde positivamente às ações de PS. A participação popular é fundamental na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento de toda política pública. Recomendamos essa experiência aos demais municípios como forma de motivação (empoderamento) para o autocuidado e aumento da autoestima.

O Projeto Academia Viva atende a todas as metas propostas pela PNPS. Sendo assim, destaca-se que o seguimento daquilo que foi proposto pelo Governo gerou bons resultados e trouxe melhoria da qualidade de vida da população sacramentana.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde & Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos Pela Saúde 2006, v. 7). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 10 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.194 de 28 de novembro de 2017*. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html). Acesso em: 10 jul. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020

CARDOSO, L. et al. O cuidado em saúde mental na atualidade. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out.-dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020

CARVALHO, F. F. B. et al. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 265-276, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0265.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

GEROTTO, M. G. et al. *Compartilhando a Nossa Experiência*. Campinas: Academia Educar, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama Cidade Sacramento. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sacramento/panorama>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LOSSO, L. N. et al. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 171-187, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0171.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

MELO, E. M. et al. (Org). *Para Elas Por Elas, Por Eles, Por Nós*. V. 2. Belo Horizonte: Folium, 2016. E-book (74 p.). (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência). Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/cpgpspv/wp-content/uploads/sites/48/2017/06/Para-Elas-20-07-2017.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

RANDOM, R. et al. Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção de saúde. *Revista brasileira em promoção de saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6365/pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

SALDIVA, P. H. N. et al. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, jan-abr. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142018000100047](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047). Acesso em: 14 abr. 2020.

SEIDL, E. M. F. et al. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar-abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n2/580-588/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SOUZA, I M. C. et al. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3403-3412, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/en\\_1413-8123-csc-23-10-3403.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/en_1413-8123-csc-23-10-3403.pdf). Acesso em: 02 maio 2020.

## Anexo

---

### Avaliação da curadoria

Gelza Matos Nunes  
(Curadora)

A experiência da Academia Viva de Sacramento, dentro da abordagem da PS de forma ampla, atendendo à concepção de saúde da OMS, apresenta uma riqueza tamanha que se torna difícil de capturar toda a grandeza em um capítulo do livro somente.

O próprio processo de decisão do que fazer com o recurso financeiro advindo de uma política pública merece um capítulo. Reuniões da gestão com os profissionais de saúde para conseguir atingir os objetivos da política pública de PS, respeitando as preferências individuais dos indivíduos e idade enquanto construindo um plano que facilite a mudança de hábitos de vida para saudáveis (exercícios físicos, hábitos alimentares por exemplo) em si já é PS, aplicabilidade de conceitos de PS bem desenvolvidos na experiência, incluindo o cuidado e o cuidar da população.

O cuidado em certificar a presença do cuidado, da oferta da saúde com cuidado, com acolhimento, e assim garantir um serviço de saúde humanizado, adicionado ao olhar integral – ver o indivíduo com todas as suas dimensões de corpo, mente, emoções e alma –, e ofertar práticas que trabalham com essas dimensões, como as PIC (*yoga, reiki, dança circular, acupuntura, entre outros*), também merecem um capítulo. Entrevistas às pessoas que recebem esses serviços, como as falas dos cidadãos, poderiam apontar às pesquisas futuras indicadores de saúde/qualidade de vida/bem-estar relacionados com a oferta dessas práticas que, por sua vez, fazem parte de uma política pública.

O trabalho inovador do/no/com o Caps certamente fornece material para um capítulo de livro também – o olhar no bem-estar dos indivíduos, por meio da utilização de recursos terapêuticos das PIC, como a dança circular e a arte, tão eficazes ou complementares aos medicamentos (e assim diminuindo suas dosagens), mas sem efeitos colaterais, adicionados à melhoria de autoestima e desenvolvimento de habilidades relacionais de forma.

A integralidade e a multidisciplinaridade são outras características da Academia Viva que merecem ser exploradas de forma ampla, trazendo exemplo a outros municípios em como fazer essa proeza. Conseguir arti-

cular a assistência na UBS às atividades da Academia Viva – por exemplo, um indivíduo diagnosticado com hipertensão ser encaminhado para a Academia Viva como também um indivíduo na Academia Viva ser encaminhando à UBS ao apresentar sinais de hipertensão – merece destaque. A Academia Viva, com profissionais de saúde como os fisioterapeutas e professores de educação física, entre outros, preparados para integrar a evolução dos cidadãos à UBS e esta associar a abordagem alopática às atividades da Academia viva, realmente mostra como a integralidade e a multidisciplinaridade podem ser realizadas de forma simples, ainda que exija saber o que é realmente PS, conforme discutido no texto.

A integração que Sacramento faz por meio da Academia Viva entre os setores públicos de saúde, educação, serviços sociais e gestão também é um exemplo de PS a ser explorado de forma profunda. A oferta do vôlei e de outros esportes de forma profissionais às crianças abrem janelas de oportunidades como o celeiro de profissionais de vôlei feminino para países como Espanha etc., como também uma atividade saudável em grupo; e, assim, socialização saudável cujas educação e saúde se estendem além da sala de aula e unidade de saúde. Toda essa grandeza advinda de serviços públicos com dinheiro público merece ser explorada e servir de exemplo, como possibilidade de ser feita em outros municípios.

O trabalho da Academia Viva com a geração dos acima de 60 anos é outra grandeza, tornando esses indivíduos saudáveis, cheios de vida, participando da comunidade de forma ativa. Investir nessa população por meio da Academia Viva com a hidroginástica, *yoga*, danças e arte, além de levar saúde a esses cidadãos, diminui a medicalização e melhora a qualidade de vida deles, de suas famílias e da comunidade. Este grande investimento da secretaria municipal de saúde, piscinas aquecidas para hidroginástica, deixa de ser um sonho para ser uma realidade e mostra que o custo traz o benefício e muita economia.

Sugiro então, a partir deste capítulo, a oportunidade de um livro para Sacramento como modelo possível de saúde na atenção básica à saúde – capítulos nos quais o detalhamento possível possa ajudar outros gestores a realizar essa grandeza em seus municípios, para seus cidadãos, com dinheiro público para o público.

Para este livro, sugiro, então, que a secretaria municipal de saúde desenvolva uma metodologia para medir a qualidade de vida dos seus cidadãos que se beneficiam com a Academia Viva e para desenvolver indicadores de saúde que mostrem os benefícios e custo-benefício da Academia Viva.





## Capítulo 9 – Tefé (AM)

# O banzeiro que transforma: a Educação Permanente em Saúde como estratégia de **valorização profissional na saúde de Tefé (AM)**

---

Antonia Naida Pereira do Nascimento  
Júlio Cesar Schweickardt  
(Curador)  
Maria Adriana Moreira  
Renata Kamile de Sousa Figueiró  
Thayana de Oliveira Miranda

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como garante a saúde como direito de todos e dever do estado, possibilita também em seu art. 200, inciso III, a formação de recursos humanos na área da saúde. Com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo nessas formações que contribuem cada vez mais para crescimento profissional. A estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objetivo a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, qualificando as ações prestadas à população, fortalecendo a consolidação do SUS e valorizando a articulação entre ensino e serviço.

A EPS é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, quando o aprender e o ensinar caminham juntos, evidenciando ainda a problematização do serviço, que parte da realidade e das necessidades de saúde locais. Do mesmo modo, pressupõe que a gestão seja participativa e popular para a aproximação dos problemas e proposição de alternativas.

A história da EPS no município de Tefé, no interior do estado do Amazonas (AM), iniciou em 2012, a partir da oferta de uma especialização em Educação Permanente em Gestão Regionalizada do SUS Amazonas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). O Programa de formação oportunizou aos pro-

fissionais de saúde da Região de Saúde do Triângulo (Médio Rio Solimões), composta por seis municípios – sendo eles: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Japurá e Juruá –, por meio de metodologias ativas e problematizadoras, uma aproximação com os princípios da EPS com o foco na região.

Não se tratava de aumentar a expertise de profissionais da gestão e da atenção para o tema da regionalização; tratava-se de produzir tecnologias para a solução de problemas do cotidiano, por meio de capacidades profissionais. Ou seja, o desenvolvimento do trabalho, para qualificar o sistema. (SCHWEICKARDT et al., 2015, p. 13).

A Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) de Tefé implantou, em 2014, o setor de Coordenação da Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (CGTES) e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps). Os setores têm o objetivo de reorganizar as ações e estratégias de promoção, prevenção da saúde, formações e qualificações de profissionais de saúde, tendo como base a educação permanente como ferramenta dessas ações. No mesmo período, a Secretaria submeteu o projeto ‘A educação permanente como eixo norteador no agir dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Tefé’, que foi produto do trabalho final de curso referido acima, ao prêmio InovaSUS, recebendo a terceira colocação da região Norte.

O projeto passou por uma reestruturação para que fosse executado pela Associação Brasileira da Rede Unida, por meio de Carta Acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e com financiamento do MS. No decorrer do ano de 2017, o projeto ganhou visibilidade com o desenvolvimento das atividades e assessoramento Rede Unida. Para a consolidação de toda essa prática, foi realizada, em 2017, a formação de 24 profissionais de saúde de diversas categorias e setores da Semsa, que passariam a somar no projeto de EPS, sendo facilitadores e multiplicadores da EPS no município. A formação apresentou uma abordagem diferente, uma metodologia até então desconhecida pelos trabalhadores, uma forma desafiadora de trabalhar educação na área da saúde, fugindo do modelo convencional. A formação dos facilitadores utilizou a metodologia ativa e os princípios da educação popular em saúde, valorizando os saberes de todos que participam do processo, em que não há apenas um que ensine ou aprenda, mas todos ensinam e aprendem coletivamente, valorizando assim o saber de cada pessoa.

Nas primeiras oficinas realizadas, identificamos que os profissionais de saúde pediam por momentos que oportunizassem espaços de escutas, que os incentivasse a crescer como trabalhadores e até mesmo valoriz-

zasse as suas habilidades, que estavam silenciadas, mas que poderiam despertar para as suas potencialidades de contribuir para a qualificação dos processos de trabalho.

O grupo inicial de facilitadores contou com trabalhadores e representantes do Conselho Municipal de Saúde, mas, no desenvolvimento das atividades, alguns preferiram se retirar do grupo. O projeto se organizou por meio dos grupos de trabalho que constituíram o núcleo de EPS municipal, criando, posteriormente, o Fórum de Educação Permanente do Município de Tefé. A estratégia possibilitou alcançar o maior número possível de trabalhadores nos seus contextos de trabalho e otimizar a organização das equipes, fortalecendo a EPS na Semsa Tefé.

Em 2018, o grupo apresentou a experiência em dois eventos: primeiramente no XIII Congresso Internacional da Rede Unida, que se realizou em Manaus (AM), que foi acompanhada por representantes da Opas e do MS; e no XXXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), em Belém (PA). A apresentação foi realizada em formato de dramatização, dança e música para mostrar o contexto do trabalho em saúde e as transformações que a EPS possibilitava aos trabalhadores. O formato da apresentação chamou a atenção dos avaliadores e dos participantes que, com suas roupas e músicas da região Norte, trouxeram a experiência do município de Tefé, no modo de fazer saúde com arte e educação popular. Assim, foi concedido o prêmio de 1º lugar ao trabalho de Tefé, deixando os trabalhadores ainda mais satisfeitos em fazer parte desse momento importante para a saúde do município.

A partir desse movimento, observou-se o início do processo de grandes mudanças, pois, a cada dia, esses trabalhadores passaram a entender a constante transformação que pode acontecer no cotidiano do trabalho, bem como a construção no campo de atuação no trabalho, baseada nas políticas de EPS. As oficinas foram espaços de escuta em que os trabalhadores pudessem expressar as suas fragilidades e problematizar as suas vivências que, muitas vezes, mostravam-se estampadas em seus rostos cansados: a desmotivação e a falta de diálogo. Foi essa nova maneira de compreender esse processo de mudança que possibilitou observar a importância da EPS para a saúde do município de Tefé, reconhecendo o profissional não somente como um mero executador das atividades, mas como o principal autor que transforma, inova, desconstrói e constrói saberes no seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, a EPS tem sido uma estratégia de mudança no cenário da saúde, sendo explorada, potencializada e incorporada nos serviços de saúde a cada dia, com o objetivo de promover a autoavaliação,

provocando em cada profissional uma nova forma de agir e de pensar na melhoria do processo de trabalho.

---

**Figura 1.** Formação inicial de facilitadores e apoiadores do Projeto



Fonte: Neps – Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Tefé – 2019.

## Metodologia

A metodologia ativa foi uma das ferramentas usadas para a motivação e o envolvimento dos trabalhadores, implicando as pessoas no processo de mudança e de multiplicadores das atividades nos diferentes cenários do cuidado da Secretaria. Foi a partir da formação dos facilitadores, em 2017, que, de fato, o trabalho se fortaleceu e concretizou-se com as oficinas de EPS realizadas por meio dos facilitadores que se subdividiram em três equipes: Beija-flor, Ajuri e Águia. As equipes passaram a realizar as oficinas em todos os setores da Semsa. Nesse mesmo ano, a Rede Unida qualificou 12 profissionais, para a utilização do método Planejamento de Projeto Orientado por Objetivo (Zoop) com objetivo de desenvolver, nos Bairros de Tefé, Vila do Caiambé e Comunidades rurais, oficinas de escutas das principais necessidades no âmbito da saúde. As problemáticas identificadas resultaram na construção do Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 do Município de Tefé.

A educação popular, ao trabalhar com atores sociais, contribui para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer

presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos. Sendo assim, os facilitadores utilizaram rodas de conversa que pudessem propor melhorias diante dos serviços de saúde, bem como oficinas de escuta, dança, música, teatro, atividades que promovessem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, fazendo-os sentirem-se importantes, valorizados, ouvidos e favorecendo um clima harmonioso em cada oficina realizada e no seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2007).

As ações foram realizadas sob a orientação e a organização da CGTES, do Neps e da Rede Unida. As atividades permitiram melhor interlocução entre os trabalhadores sobre questões da saúde e trabalho, execução e divulgação de projetos criados de forma coletiva pelos próprios trabalhadores nos espaços de aprendizagem. É importante destacar que a gestão municipal se comprometeu com a proposta, instituindo tempo protegido para os trabalhadores se dedicarem semanalmente à qualificação individual e coletiva.

O movimento da EPS no município mobilizou a região, pois Tefé é a referência regional, contribuindo para a reflexão do trabalho em uma perspectiva mais ampliada. A equipe utilizou diferentes recursos para promover o diálogo, seja por roda de conversa, oficinas, oferta de formação, participação em eventos, organização de mostras e participação de atividades do calendário de campanhas da saúde. As informações sobre o território e as complexidades regionais e geográficas do estado do Amazonas foram tomadas como desafios que potencializam a realidade local.

No decorrer desse processo de transformação, buscou-se compartilhar essas experiências com apoio de especialistas nas temáticas abordadas, relacionadas com o contexto da educação permanente, ferramentas e instrumentos que possibilitaram a melhoria significativa de serviços de saúde. Foi possível reunir-se com trabalhadores das zonas urbana e rural da saúde que percorriam, em alguns casos específicos, por meios fluviais entre uma comunidade e a sede do município, uma distância de aproximadamente 18 horas em lanchas com motor potência de 40 hp. A realidade vivenciada pelos trabalhadores mostra o grau de comprometimento com a saúde e com a qualidade de vida da população que é isolada, fazendo dos rios os seus caminhos para acessar os serviços de saúde.

Ao final de 2018, foram realizados 26 encontros, com 460 profissionais qualificados da Semsa, por meio do Projeto de EPS do município que garantiu à saúde e aos seus trabalhadores a busca e o interesse em fazer cada vez mais, com amor, motivados e envolvidos por esse banzeiro que causa essas ondas de constante transformação na vida dos trabalhadores e

da população. Em 2019, a gestão municipal também concorreu ao Prêmio APS Forte, apresentando a experiência de inclusão da população ribeirinha do município mediante ações da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). A experiência ficou entre as 11 experiências mais exitosas do País.

## Os efeitos da EPS no cotidiano do trabalho e na vida dos trabalhadores

Após o prêmio conquistado em 2018 na Mostra Brasil Aqui Tem SUS no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o projeto deu um salto quanto às ações de EPS desenvolvidas. Foi a partir do reconhecimento desse trabalho que a gestão municipal, por meio de uma portaria, criou o Fórum de Facilitadores, que reúne os integrantes da EPS para se organizar, planejar, executar e avaliar as ações de EPS na Semsa, espaço esse também conhecido como ‘tempo protegido’. A Portaria de janeiro/2019 publicou os integrantes do grupo, reforçando a importância e o seu papel perante o trabalho de EPS e garantindo a realização desse Fórum com duração de 4 horas semanais. O tempo protegido oportuniza aos trabalhadores participarem de momentos de escuta sobre suas problemáticas encontradas no trabalho, porém, é importante frisar que esse tempo é usado também para a realização de cursos/qualificações em que os trabalhadores são liberados organizadamente em datas programadas para se qualificarem.

Todas essas potencialidades conquistadas surgiram em virtude do Plano Municipal de EPS, construído pelos facilitadores, com o objetivo de efetivar a PNEPS que serve de embasamento e direcionamento para o alcance das metas e indicadores estabelecidos no plano anual dentro da Semsa Tefé.

Como o movimento já era uma realidade, passamos para uma etapa que foi a sistematização da experiência, bem como a produção do conhecimento que estava sendo realizado no território do Médio Rio Solimões. Assim, iniciamos as oficinas de escritas para o grupo de facilitadores, com a assessoria de membros da Rede Unida e da Fiocruz Amazônia, para a construção de manuscritos que pudessem retratar a vivência da EPS no contexto do trabalho. Fomos estimulados a mostrar para o Brasil e para o mundo as experiências exitosas que Tefé estava desenvolvendo no âmbito da saúde.

Toda essa bagagem de conhecimento serviu também para que acontecesse a I Mostra Municipal de EPS organizada pela Semsa e facilitadores. Foram apresentados 20 trabalhos de profissionais de saúde e alunos de cursos técnicos da área de saúde. A Mostra também contou com importantes

nomes da área da saúde coletiva, que contribuíram e abrilhantaram ainda mais o evento com suas participações nas palestras e debates em grupos, sendo eles: Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla e Ricardo Burg Cecim. A Mostra possibilitou também o lançamento do livro produzido pelos trabalhadores da saúde de Tefé, com o Título: ‘Educação Permanente em Saúde em Tefé: Qualificação do trabalho no balanço do banzeiro’ (MOREIRA et al., 2019). O livro evidenciou ainda mais o trabalho da saúde de Tefé e de seus profissionais, apresentando as peculiaridades vivenciadas, a saúde ribeirinha, as oficinas de EPS, as abordagens metodológicas dos encontros e oficinas, relatos de experiências dos trabalhadores enquanto facilitadores e protagonistas de um cenário tão cheio de encantos, surpresas e desafios.

---

**Figura 2.** I Mostra Municipal de Educação Permanente em Saúde



Fonte: Neps – Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Tefé – 2019.

A participação de Tefé na 8ª Roda de Práticas e Soluções em Saúde com a apresentação das 5 práticas premiadas em 2018 na Mostra Brasil Aqui Tem SUS foi um marco no XXXV Conasems que aconteceu em Brasília (DF) em julho/2019, que, por intermédio do IdeiaSUS, possibilitou esse encontro das regiões do Brasil. O evento serviu ainda para que Tefé pudesse apresentar as dificuldades, os avanços, conquistas, potencialidades e desafios após a conquista do prêmio. A partir de então, o IdeiaSUS ini-

ciou um acompanhamento dessas práticas por todo o Brasil, por meio da curadoria, propostas de visitas técnicas e avaliação dos resultados, fazendo com que o projeto de EPS ganhasse mais apoiadores, e uma bagagem de conhecimento para a continuidade deste na Semsa Tefé. Vale lembrar que a oficina de Sistematização promovida pelo IdeiaSUS reuniu, em outubro de 2019, os autores das práticas no Rio de Janeiro na Fiocruz que puderam participar do processo de construção de cada projeto, e Tefé esteve presente na busca de captar ainda mais informações e conhecimento para o crescimento do trabalho de EPS.

A gestão municipal tem investido e incentivado os trabalhadores a se qualificarem, podendo aprimorar seus conhecimentos, valorizando-os e dando oportunidades até então nunca vivenciadas por estes. Os trabalhadores estão realizando cursos em diferentes áreas, como, por exemplo, a qualificação de 150 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) por meio do Projeto QualificaSUS, coordenado pela Fiocruz Amazônia, que tem por objetivo melhorar o processo de trabalho e ofertar ferramentas para um serviço de qualidade. No âmbito desse Projeto, também está sendo ofertada a especialização em Vigilância em Saúde, que tem causado contentamento e motivação para os 45 trabalhadores de nível superior. Projetos estes que, por meio da Fiocruz Amazônia, continuarão possibilitando espaços de formação, mediante gestão municipal que apoia e incentiva o crescimento profissional, garantindo a efetivação da PNEPS como estratégia de formação dos trabalhadores e participação da comunidade na melhoria do processo de trabalho, construindo um SUS participativo, igualitário e resolutivo.

A implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) também é um resultado das qualificações promovidas pela gestão municipal que incentivou a participação de trabalhadores no curso de Auriculoterapia ofertado pelo MS. Desse modo, 10 trabalhadores participaram da formação em outros estados por intermédio do financiamento e do apoio da Semsa Tefé. Os facilitadores têm conseguido proporcionar maior qualidade de vida para a população que aderiu a essas práticas de forma positiva e participativa.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor; buscando a modificação das práticas de atenção, gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. (BRASIL, 2004, p. 2).

O projeto de EPS, pelo destaque que está tendo no município, conseguiu, em 2019, um espaço físico, denominado Auditório de EPS, equipado com cadeiras, mesas, microfone, caixa de som, *datashow*, entre outros materiais utilizados para as atividades de EPS da secretaria. Destacamos que parte dos materiais foram adquiridos com o prêmio conquistado em 2018.

A cada dia, o projeto tem trazido maior participação e interação dos profissionais de saúde em seus setores e até mesmo nas equipes de trabalho. A participação tem possibilitado que esses trabalhadores tenham voz, e sejam protagonistas das suas histórias, tenham autonomia para decidir e opinar, favorecendo seu desempenho profissional e, consequentemente, melhorando o relacionamento e o contato com os seus colegas de trabalho e com os usuários. O processo de escuta permitiu que a gestão pudesse ter um olhar diferenciado para esses profissionais que, no dia a dia, apresentam necessidades que estão para além das questões relacionais ou pela falta de materiais e equipamentos necessários para a prática profissional, mas que implica uma inquietação e um movimento para as transformações e mudanças no contexto do trabalho.

## Um banzeiro constante nas águas do amazonas

*“Te mete, te joga e vem, vem, vem, vem com a gente, tomar banho de chuva, tomar banho de cheiro, depois se jogar no banzeiro”* (Dona Onete, 2016). O trecho dessa canção, que foi tema da apresentação lúdica do projeto de EPS que ganhou a Mostra Brasil Aqui Tem SUS, contagiou e alegrou todos que encenaram e ouvintes da mensagem transmitida na apresentação. Esse mesmo entusiasmo ainda permanece na equipe de facilitadores da EPS: vem produzindo banzeiro em todos os espaços da Secretaria e da região. O banzeiro é um fenômeno da natureza que causa um movimento nas águas dos rios da Amazônia, que, com sua força, produz ondas e, ao mesmo tempo, é calmaria, mas que em constante transformação causa um turbilhão de grandes acontecimentos – é exatamente assim que a EPS tem sido na vida desses facilitadores e trabalhadores que constantemente passam por esse processo de transformação pessoal, no trabalho e na vida.

Trabalhar a PNEPS é sempre um grande desafio para a gestão e para os trabalhadores, uma vez que não é fácil mudar hábitos corriqueiros que interferem negativamente no trabalho, tais como ideias e pensamentos fragmentados e individualistas. Sendo assim, o grupo de facilitadores de EPS da Semsa Tefé procurou desenvolver, ao longo do projeto, um trabalho

voltado ao cuidado, à participação dos trabalhadores e da comunidade. A proposta é por uma gestão participativa que contribua efetivamente para o processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde, investimento em materiais, equipamentos e estrutura, bem como incentivos para o crescimento profissional, beneficiando, principalmente, os usuários do SUS.

Sabemos da importância desse trabalho para a saúde e para a população tefeense, fazendo com que mais trabalhadores se sintam motivados com o fazer profissional. Nesse sentido, o sucesso do movimento da EPS só é possível com uma gestão comprometida e que acredita na força das práticas da educação. Assim, melhores indicadores de saúde, a implantação de novos trabalhos e de projetos e a satisfação dos trabalhadores e dos usuários são os melhores resultados que a gestão pode esperar de uma política. Mesmo com a incerteza que o cenário político muitas vezes nos apresenta ante os projetos e planos de melhoria da saúde, esperamos que, muito em breve, o projeto de EPS possa se consolidar como uma Lei Municipal, garantindo sua continuidade independentemente da gestão, para que esse trabalho não pare e que cada vez mais profissionais entendam e participem de um projeto de grande valia para si e para a população.

O apoio do IdeiaSUS serviu para fortalecer ainda mais o projeto e seu desenvolvimento em Tefé. A visita da equipe e do curador, em março de 2020, motivou trabalhadores e multiplicadores para continuar com a aposta nas oficinas, encontros, formações, bem como os outros projetos com a comunidade. O acompanhamento do IdeiaSUS tem motivado o grupo a não somente produzir este capítulo, mas continuar nas produções como em um segundo livro, que poderá se aprofundar nas questões relacionadas com a EPS e apresentar o sucesso e os desafios de colocar em prática uma política em um município do interior da Amazônia. A realidade é diferente das demais regiões do Brasil, apresenta um jeito tão particular de fazer educação permanente que se torna mais que gratificante – é emocionante ser parte deste trabalho e dessa história.

**Figura 3.** Oficina de formação de novos facilitadores da EPS na visita da equipe do Ideia-SUS em Tefé



Fonte: Neps – Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Tefé – 2019.

## Encontros e afecções no movimento das palavras

Tudo aquilo que nos leva a coisa nenhuma  
e que você não pode vender no mercado  
como, por exemplo, o coração verde  
dos pássaros, serve para poesia.  
Manoel de Barros, 2013

Deleuze e Guatarri (1995, p. 13) dizem que um livro pode ser um livro-raiz, sendo “a raiz a imagem da árvore-mundo”, com escritas diversas em diferentes dimensões da vida. As palavras-raiz estão firmadas em um chão chamado Tefé, em uma região chamada Amazônia, ‘terra das águas’, segundo o poeta amazonense Thiago de Mello (1987). Um livro-raiz vai abrindo novos caminhos para potências e criações que já não são somente palavras, mas movimentos, encontros e afecções.

O encontro é o método das atividades de educação permanente nos contextos do trabalho e do cuidado da saúde. Os encontros são repletos de afecções que nos afetam e afetamos uns aos outros. Esse é o sentimento que tenho ao acompanhar as atividades no município de Tefé, pois os afetos transbordam pelas margens e brechas do cotidiano do trabalho em saúde. Na verdade, essa é a energia que mobiliza cada um e uma nesse movimento de animar, mobilizar e qualificar pessoas para o trabalho desenvolvido para a população.

Outro aspecto que é inspirador nesse grupo de Tefé é a diversidade dos seus membros, nas profissões, nos locais de trabalho, nas abordagens, nas histórias de vida que contribuem com seus lugares de fala muito potentes. Assim, uma ACS faz uma fala de sentido a partir do seu trabalho e do seu território, dando uma perspectiva que, na maioria das vezes, fica silenciada nas escolhas de quem fala na equipe. O mesmo podemos dizer de um profissional que se diz transformado pela EPS, ou seja, estar envolvido em um processo educativo transforma também os modos de ver o mundo e de agir no trabalho.

Há muito militando na EPS pelo Brasil e fora dele, posso dizer com segurança que a experiência de Tefé está desenvolvendo um trabalho rizomático (lembrando das ações como um rizoma de Deleuze e Guatarri, 1995, p. 15), isto é, faz parte da prática e do cotidiano do trabalho e faz brotar em diferentes contextos. “Qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo”. Podemos dizer que as ações foram se enraizando nos diferentes locais, nas equipes, na vida das pessoas e conquistou lugares que eram resistentes a abordagens participativas e ao encontro dos corpos. As raízes não crescem sozinhas, precisam de água, adubo e muita luz para que possam penetrar nas pequenas brechas deixadas pelo cotidiano com estratégias muito finas e delicadas que atingem a alma das pessoas.

Que a EPS é uma estratégia de gestão, de educação, de trabalho e de participação social já sabemos pelas muitas referências e publicações, mas sempre paira uma dúvida sobre a prática dessa política no cotidiano da gestão e dos serviços. Por isso, é uma grata surpresa que um município do interior do Amazonas coloque a EPS em um lugar estratégico e que envolva tantos trabalhadores da saúde no desenvolvimento dessa política no território. Desse modo, a experiência de Tefé nos dá esperança que a política funciona quando temos compromissos com formas mais abertas e participativas de discutir o trabalho no próprio lugar do trabalho.

A capacidade inventiva dos facilitadores, membros do Fórum, também mostra que a criação não é algo espontâneo nem natural, mas precisa de

tempo e de investimento, não como recursos humanos, mas como pessoas que podem desenvolver as potencialidades em um ambiente aberto. A relação com a educação popular e com as artes é a marca desse grupo, assim, as danças, cantos, letras, poesias e dinâmicas dialogam com as necessidades, ansiedades, dúvidas e demandas dos trabalhadores. O lúdico tem espaço e abre os corações e mentes para as transformações. Como diz o poema de Thiago de Mello (1987, p. 19), 'O Estatuto do Homem', dizemos: "Fica decretado que todos os dias da semana, inclusive as terças-feiras mais cinzentas, têm o direito a converter-se em manhãs de domingo".

Nem tudo são flores na condução da política de EPS no município, pois ainda temos resistências às mudanças e aos movimentos para a reflexão no e sobre o trabalho. Quando o movimento é grande, esses ou são levados juntos ou acabam se resignando ao seu pequeno mundo que designa de 'meu trabalho', mas isso não passa de uma falácia, pois o trabalho é coletivo e envolve sempre o outro e todas as suas diferenças. Observando, de perto e de longe, vemos que, no âmbito da política, não há um desejo coletivo pelas transformações e inovações porque na arena política nem todos sabem jogar esse jogo. Então é mais fácil boicotar e dificultar os processos do que participar da dança e das rodas de conversa.

Quando um secretário, como em Tefé, enxerga a EPS como uma estratégia de gestão é porque faz uma aposta na potencialidade dessa política. O investimento, não gasto, na qualificação do trabalho traz consequências para o cotidiano dos trabalhadores, pois se está mexendo na satisfação, na formação, na valorização das pessoas. Assim, entendo que a melhor estratégia é olhar o problema não naquilo que produz de medo e de imobilização, mas ver nele a possibilidade de criar juntos as soluções. Desse modo, os problemas não são somente do gestor, mas são divididos entre todos os que fazem a gestão nos seus territórios do cuidado.

Acompanhar a 'terra da castanha', como o município de Tefé é conhecido, constitui-se um privilégio. Primeiro porque ele é margeado por um lago de águas escuras que no verão deixa descoberta uma bela praia e na cheia invade as áreas da cidade. Segundo porque o carinho e o acolhimento das pessoas fazem parte da vida local. Terceiro porque poder vivenciar tantas inovações e experiências que acontecem na gestão e no trabalho em saúde nos dá a certeza que o SUS dá certo. Ali tem um SUS que caminha pelos territórios de vida das pessoas, com as equipes na cidade, nas áreas ribeirinhas e rurais do município.

Producir acesso não é uma coisa simples para o território da Amazônia, ainda mais com os rios que temos, com o regime das águas, com a

dispersão da população e com o financiamento que fizeram o SUS ter. Por isso, algumas vezes pensamos que a expressão ‘tirar leite de pedra’ pode ser muito bem aplicada para gestores de municípios do interior do País, em especial, na Amazônia. O SUS acontece onde há compromisso com o público, com os recursos, com as pessoas, com a diversidade e a necessidade das pessoas.

Alguns desafios para a sustentabilidade da educação permanente no município:

- Os municípios sofrem com a falta de continuidade das políticas e dos projetos implantados, trazendo retrocessos e interrupções de ações que foram experimentadas na prática. Assim, temos que pensar em políticas que não fiquem à mercê das vontades de quem está no poder. Por isso, deixamos a reflexão para que se efetive a proposta de uma Lei Municipal que destine recursos para o desenvolvimento das ações de EPS. Evidentemente que isso não é uma garantia de adesão dos governantes e gestores dessa política, mas não custa sonhar com a institucionalidade e sustentabilidade;
- Uma das dimensões da política de educação permanente é a questão da intersetorialidade, isto é, como olhar para os problemas que não são somente problemas para a saúde, mas também de outros setores. Não tenho dúvidas de que os trabalhadores nos seus contextos fazem suas alianças e suas redes para produzir saúde nos territórios;
- Os trabalhadores já demonstraram que são competentes para a produção do conhecimento e da escrita, mas que tal ser algo do cotidiano dos serviços e estar ao acesso de todos os trabalhadores? As parcerias com as instituições de ensino e de pesquisa científica existem e são necessárias para apoiar e colocar em movimento as ideias e as invenções que acontecem todos os dias nos encontros entre usuários e trabalhadores;
- Como empoderar outras pessoas e outros saberes para as práticas do cuidado? O exercício do estranhamento para olharmos ‘a vista do ponto do outro’ é um caminho necessário para um aprendizado integral nos territórios. Os saberes fazem parte da vida das pessoas, então, como podemos relativizar o saber biomédico para desenvolvermos a capacidade de escuta? Ou melhor, vamos fazer uma escuta pedagógica, pois de nada adianta escutar se não estamos abertos ao aprendizado e à desconstrução do que sabemos. Como nos diz Deleuze e Guatarri, precisamos nos desterritorializar para novamente nos reterritorializar de um modo diferente.

Somente temos desafios quando temos algo sobre o que pensar, ou seja, a experiência do município de Tefé nos traz bons problemas para o pensamento. Assim como o SUS, a EPS só pode ser entendida no seu processo, e não como algo que já temos consolidado, pois as lutas são cotidianas, as negociações são permanentes e as ações são novamente planejadas. Antes fosse que tivéssemos bons problemas como esses em todos os municípios do País; mas, pelos bons frutos, podemos ter a esperança de que é possível em qualquer lugar e tempo. A pergunta que fica: por que e como Tefé conseguiu desenvolver as ações de EPS do modo como fez, e não de outro?

Concluímos para continuar aprendendo...

Paulo Freire (1987, p. 107) nos ensina que os encontros de aprendizagem se constituem “inédito viável”, ou seja, todo encontro é uma oportunidade única e inédita de produção da viabilidade do aprendizado. Aprendemos quando ensinamos, aprendemos quando escrevemos, aprendemos quando desaprendemos, aprendemos quando escutamos, aprendemos com o gesto do outro, aprendemos mesmo não sabendo que estamos aprendendo. Como não nos impressionar com a capacidade de transformação que o aprendizado traz na possibilidade permanente de produzirmos todos os dias e em todos os lugares o “inédito viável”?

O poeta sul-mato-grossense Manoel de Barros (2013a, p. 9) diz que precisamos “desver o mundo para encontrar nas palavras novas coisas de ver”. Então foi preciso desver o mundo para sair daquele “lugar imensamente e sem lado”. A metodologia de Manuel de Barros é de buscar desconstruir as palavras para abrir para novas possibilidades e visões que deem sentidos e novos significados a elas. É como redescobrir sentido nas coisas, como dizemos, dar novos significados às práticas do cotidiano. Deixar-se levar pelo exercício do desver significa levar a sério o exercício da problematização como método da pergunta e como uma estratégia de aprendizagem.

Enfim, “tudo que nos levam a coisa alguma... serve para poesia”, como diz Manoel de Barros (BARROS, 2013a, p. 9) na frase que usamos na epígrafe. Tudo o que está na dimensão dos serviços e que podemos achar que não serve para coisa alguma serve para a EPS. É como uma bricolagem em que pegamos restos de coisas que estão jogadas em diferentes cantos e lugares, que ‘não servem para o mercado’, mas podem ser objetos valiosos da Educação. A saúde lida com coisas muito delicadas que estão da dimensão das vidas das pessoas, nas relações, na fala, na memória que

nos conduzem na leveza dos encontros, dos afetos e do cuidado. Assim, tudo serve para a EPS porque tudo interessa, até mesmo “as coisas que não levam a nada têm grande importância”, novamente Manoel de Barros (BARROS, 2013b, p. 9).

Não podemos deixar de registrar que escrevemos essas palavras em meio à pandemia da Covid-19, algo que nenhum de nós vivenciou e que seremos testemunhas das marcas que deixará sobre a face da terra, nas pessoas e nos nossos modos de ver a vida e fazer política de saúde. O que nos mobiliza neste momento é a esperança, a ação de tantos profissionais de saúde e as mãos solidárias que apoiam os necessitados.

Acreditamos que os leitores sairão com a vontade de conhecer Tefé e a experiência de EPS que movimenta os trabalhadores, a gestão, o controle social e os usuários para uma saúde de mais qualidade e mais próxima das necessidades das pessoas. Enfim, toda pessoa interessa, pode não interessar ao mercado, mas cada vida vale a pena. E continuamos nessa luta e aposta de uma humanidade renovada.

## Referências

- BARROS, M. Menino do Mato. *Biblioteca Manoel de Barros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013a.
- \_\_\_\_\_. Matéria de Poesia. *Biblioteca Manoel de Barros*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- DELEUZE, G. et al. *Mil platôs*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DONA ODETE. *Banzeiro*. Intérprete: Dona Odete. Belém: Na Music [dist. Tratore], 2016.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- MOREIRA, M. A. et al., (Orgs.). *Educação Permanente em Saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banzeiro*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.
- MELLO, T. *Faz Escuro, mas Eu Canto*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.
- SCHWEICKARDT, J. C. et al., (Orgs). *Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazer no território do Amazonas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.
- SENA, R. R. et al. Educação Permanente nos Serviços de Saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de MG, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64031>. Acesso em: 16 fev. 2020.





## Posfácio

---

Oscar Jara Holliday

*Debes amar la arcilla que va en tus manos  
debes amar su arena hasta la locura.  
Y si no, no la emprendas, que será en vano:  
solo el amor engendra lo que perdura  
solo el amor convierte en milagro el barro*

Silvio Rodríguez 'Sólo el amor'

Escrevemos estas reflexões em um momento histórico sem precedentes: a pandemia de Covid-19. Esta pandemia, que afeta todo o planeta, aparece como uma crise sanitária, porém, é muito mais profunda, uma vez que está permitindo visualizar as fortalezas e as debilidades dos sistemas públicos de saúde no marco de uma crise civilizatória do sistema capitalista mundial, regido hegemonicamente por políticas neoliberais.

Assim, por um lado, aparecem o esforço e o sacrifício – que podem chegar ao heroísmo – de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, enquanto, por outro, ficam evidentes as desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais que caracterizam nossas sociedades. Essas desigualdades são agora muito mais visíveis, e a pandemia as agravará se não forem colocadas em marcha estratégias de curto, médio e longo prazo que garantam a defesa dos direitos dos setores mais vulneráveis, particularmente o direito à saúde, à educação, à alimentação, à moradia e ao trabalho digno, assim como o desfrute de uma vida de paz, afeto, respeito e de cuidado. Estratégias que, como disse a filósofa húngara Agnes Heller, nos permitem

---

Oscar Jara Holliday é educador e sociólogo popular. Doutor em Educação. Diretor do Centro de Estudios y Publicaciones (CEP) Alforja na Costa Rica. Presidente do Conselho de Educação da América Latina e do Caribe (CEAAL). Doutor Honoris Causa pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) – Porto Alegre (RS), Brasil.  
[oscar.jara@cepalforja.org](mailto:oscar.jara@cepalforja.org) – [jaraosc@gmail.com](mailto:jaraosc@gmail.com)

não apenas satisfazer nossas necessidades básicas, mas também satisfazer nossas necessidades radicais.

Essas estratégias não podem ser apenas setoriais, devem envolver todos os âmbitos de forma inter-relacionada. Embora atribuam uma responsabilidade especial aos governos, elas também devem prever a participação ativa e consciente das trabalhadoras e dos trabalhadores dos serviços que asseguram os direitos de cidadania, além de incorporar a população em seu planejamento, na definição de prioridades, na execução, vigilância, sistematização e avaliação. Devem ser estratégias democráticas e democratizadoras, dialógicas e horizontais, realizadas em ‘parceria’, nas quais a população não deve se constituir em objetivo ou ‘meta’ de atenção externa, nem beneficiária passiva de ações executadas ‘para’ elas ou ‘sobre’ elas. Pelo contrário, devem ser estratégias que permitam às pessoas desenvolver suas capacidades de protagonismo, gestão e autogestão pessoal, coletiva e comunitária. Trata-se, portanto, de estratégias que contribuam para que as pessoas sejam sujeitos da história, capazes de pensar, sentir, projetar e agir em função dos interesses da maioria da sociedade.

Este livro é um exemplo claro de como é possível levar a cabo estratégias com essas características no campo da atenção à saúde. Cada artigo que compõe o livro reúne uma rica experiência que ilustra como é possível construir um modelo de atenção à saúde diferente do modelo tradicional e hegemônico, o qual se baseia em uma perspectiva curativa, na atenção hospitalar e no protagonismo dominante dos profissionais médicos no tratamento das doenças. Este livro mostra múltiplas maneiras de como é possível promover a mudança cultural com uma visão radicalmente distinta, centrada, agora sim, em um modelo preventivo, de promoção e de cuidado à saúde a partir de uma perspectiva integral, democrática e humanizadora.

Muitos elementos estão presentes nas experiências aqui reunidas, oriundas de lugares diferentes do Brasil, as quais abordam distintas temáticas e problemáticas. Considero importante apontar os elementos mais substantivos e relevantes para o contexto atual que apontamos nas primeiras linhas:

Primeiro, a importância de ter um sistema de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como público, de acesso integral e amplo aos serviços e ações de saúde e que leva em consideração as condições sociais, ambientais, econômicos e culturais das diferentes regiões onde ocorre. Um sistema público que, aspirando ao acesso universal aos serviços de saúde, desenvolve, ao mesmo tempo, linhas específicas de pesquisa e inovação especializada de alto nível. Nestes tempos de pandemia, eviden-

cia-se e reafirma-se que a existência de um sistema público dessa natureza é essencial para poder conquistar o direito humano à saúde integral e de qualidade. Portanto, defendê-lo, evitar sua privatização, trabalhar para melhorá-lo e para desenvolver todas as suas potencialidades, contando com recursos financeiros suficientes e formas eficientes de trabalho que favoreçam o vínculo com a comunidade, é uma tarefa fundamental.

Segundo, a existência de uma plataforma colaborativa como o Ideia-SUS, que permite como ferramenta tecnológica e como impulsionadora de uma perspectiva estratégica vincular a informação com a formação e o empoderamento, principalmente das trabalhadoras e trabalhadores da saúde. É relevante reafirmar que a qualificação técnica deve sempre ser acompanhada de uma formação integral que desburocratize e humanize seu trabalho e se realize em um marco de educação permanente.

Terceiro, a coleção de artigos deste livro mostra como, a partir de um Banco de Práticas – inicialmente projetado para identificar, registrar e mapear práticas existentes –, é possível passar a constituir processos substantiais de construção de aprendizagens significativas por meio da sistematização de experiências, possibilitando assim a divulgação e a multiplicação criativa de tais aprendizagens. Os textos aqui apresentados descrevem as experiências analisadas em seus contextos, suas metodologias, suas orientações e ações, bem como os resultados a que chegaram, seus limites e potencialidades, além de suas projeções possíveis. São, portanto, uma fonte de inspiração, não para repetir mecanicamente essas práticas, mas para recriá-las e reinventá-las em novos contextos e ante novos desafios.

A sistematização de experiências aparece, então, como um enfoque e uma proposta metodológica que possibilitam a apropriação crítica da experiência vivida: a descreve, narra, reconstrói historicamente, para logo conceitualizá-la, analisá-la e extrair aprendizagens que servirão para enriquecer a própria experiência, mas também para motivar outras similares. Essa apropriação crítica é feita pelas próprias pessoas que foram sujeitos das experiências, e não por observadores ou analistas externos. A sistematização dessas experiências se torna, então, uma oportunidade para construir conhecimento crítico de forma horizontal entre as distintas pessoas participantes, conseguindo assim gerar uma dinâmica de democratização de conhecimento que é fundamental para gerar uma socialização das relações: entre gestores, com as trabalhadoras e trabalhadores da saúde e os usuários. Todos têm um saber, produto de sua vivência ('saber de experiência feita', como dizia Paulo Freire em 'Pedagogia da Autonomia') que é válido, mas que requer se colocar em diálogo, em confrontação crítica,

em interrelação. Esse diálogo de saberes a partir das práticas acaba sendo um fator fundamental para poder alimentar e recriar as estratégias.

Em quarto lugar, encontramos nestes textos a afirmação da importância de contar com um processo de organização e animação dessa dinâmica de diálogo de saberes e democratização dos conhecimentos: a curadoria, como acompanhamento reflexivo e crítico, que permite colocar em comum, identificar as diferenças e os elementos comuns, propor pautas para avançar a outros níveis, e gerar possibilidades de articulação entre as práticas para garantir uma perspectiva integral e integradora.

Em quinto lugar, parece-me importante assinalar que todos os trabalhos aqui apresentados mostram a importância do vínculo com a pesquisa, mas um vínculo ativo, dinâmico e de duplo sentido: as sistematizações das experiências alimentam e dialogam com os processos de pesquisa; e, por sua vez, as abordagens conceituais e teóricas, as linhas de pesquisa, alimentam as perspectivas das experiências, possibilitando ir mais além delas mesmas.

Uma sexta observação é a importância dada, na grande maioria dos artigos, ao vínculo entre experiências concretas e particulares e as políticas implementadas. Na América Latina, é comum encontrar que aqueles que definem as políticas, na maioria das vezes, estão desconectados das práticas e de quem as vivenciam como experiências cotidianas. Dessa forma, desenham-se projetos, programas, definem-se objetivos, metas e indicadores com base em critérios técnicos abstratos que não contam com uma pré-alimentação nem retroalimentação por parte daqueles que são os sujeitos das experiências. Assim, desenvolve-se um esquema unidirecional, autoritário, vertical e hierárquico, em que as trabalhadoras, os trabalhadores e os usuários dos serviços, cuja experiência deveria ser a mais importante a considerar, são simplesmente executores mecânicos ou passivos de decisões que lhes são impostas.

Horizontalizar essas relações, alimentar as decisões sobre políticas a partir das aprendizagens significativas e fundadas nas experiências sistematizadas, analisadas e conceitualizadas possibilitam romper o esquema estático e burocrático, dando voz, visibilidade e reconhecimento aos saberes advindos das práticas, contribuindo para o empoderamento crítico e consciente dessas pessoas como sujeitos de sua própria história; ao mesmo tempo, fazendo com que as políticas respondam melhor às realidades particulares e sejam mais eficazes e eficientes. Assim, a democratização dos saberes e o diálogo horizontal em uma ‘Ecologia de saberes’, como afirmou o pensador português Boaventura de Sousa Santos, convertem-se

em fator de construção de relações sociais democráticas, na construção de uma cidadania informada e formada, no desenvolvimento de capacidades de ação transformadora em benefício efetivo para as maiorias.

Estes textos nos mostram claramente como tudo isso é possível. Claro, não sem dificuldades e enfrentamentos. O campo de uma metodologia para o desenho de estratégias e políticas educativas, de saúde ou de qualquer outra área é um campo em disputa. Hoje, mais do que nunca, há uma confrontação ética nessa disputa, entre as políticas autoritárias, repressivas, impositivas, centradas no valor de mercado, no lucro, no consumo e em indicadores econômicos e entre políticas democráticas, que respeitam as pessoas, dialógicas, baseadas em valores de solidariedade e de cuidado com as pessoas e com a natureza da qual fazemos parte. São visões antagônicas cuja disputa atravessa todos os terrenos de nossa existência.

Neste momento histórico sem precedentes, em tempos de pandemia, em tempos de confrontação ética, este livro constitui uma fonte de inspiração criativa a partir de experiências vivas de saúde integral, de trabalho em rede, de acolhimento e acompanhamento, de democratização de saberes e de respeito à vida. Que sirva de estímulo para, nos distintos rincões da enorme e complexa realidade brasileira de hoje e além dela, ousarmos construir propostas transformadoras que hoje são historicamente possíveis, para poder, com base nelas, fazer possível o que hoje ainda é impossível. Quer dizer, que sirva para que – como disse Paulo Freire – construamos ‘inéditos viáveis’ que denunciem e revelem as tramas da opressão que nos impedem ser e anunciem práticas, caminhos e horizontes de amorosidade que nos permitam ‘Ser Mais’, humanizando o mundo transformando-o e transformando-nos. Esse será o melhor destino e sentido deste livro.

San José, Costa Rica, 21.06.2020





# Autores

---

## Capítulo 1

### **Lucia Souto**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). Médica, Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz/RJ), Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ.

*luciafsouto@yahoo.com.br*

### **Maria Lucia Freitas**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Enfermeira Sanitarista, Especialista em Saúde Pública e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela (Ensp/Fiocruz/RJ), Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ.

*marialf.santos@gmail.com*

### **Carlos Fidelis Ponte**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). Historiador, Mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ e Doutor em Políticas Públicas e Estratégias de Desenvolvimento pelo Instituto de Economia da UFRJ.

*carlosfidelisponte@gmail.com*

## Capítulo 2

### **Valcler Rangel Fernandes**

Presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ) e Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ). Médico, Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola de Saúde Pública Sergio Arouca (Cesteh/Ensp) da Fiocruz/RJ.  
*valcler.rangel@fiocruz.br – valcler123@gmail.com*

### **Annibal Coelho de Amorim**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ), Pesquisa PMA Fiocruz 2020 (Lacunas Assistenciais da Pessoa com Deficiência na APS), em ambos atuando como Pesquisador, e Ashoka – Innovators for the Public & Japan International Cooperation Agency (Jica) (Saúde Mental). Médico neurologista e psicólogo, Especialista em Gestalt Psychotherapy pelo Pennsylvania Gestalt Center/ USA, Mestre em Psicologia Social e Práticas Socioculturais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e Doutor em Ciências da Saúde pela Ensp/Fiocruz/RJ.

*annibalamorim.fiocruz@gmail.com – annibal.amorim@fiocruz.br*

### **José Paulo Vicente da Silva**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ). Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

*jose.paulo@fiocruz.br – josepaulofiocruz@gmail.com*

### **Juraci Vieira Sergio**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ). Médico, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, com área de concentração em Epidemiologia, pelo IMS/Uerj.

*juraci.sergio@fiocruz.br*

### **Jorge Luiz Carrera Jardineiro**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ). Historiador, professor da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro.

*jorgeluizcarrera@gmail.com – jorge.carrera@fiocruz.br*

**Gilvan Mariano da Silva**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ) e Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fiocruz Pernambuco. Bacharel em Gestão da Informação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e técnico em Análise e Desenvolvimento de Sistemas pelo Núcleo de Informática e Computação (NIC) da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap).

*gilvan.mariano@gmail.com*

## Capítulo 3

**Marta Gama de Magalhães**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ) e Projeto Apoiadores da Rede Colaborativa do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ). Psicóloga, Mestra em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ.

*marta.magalhaes@fiocruz.br – martamagalhaes47@gmail.com*

**Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira**

Programa IdeiaSUS (Fiocruz/RJ). Economista, Especialista em Ouvidoria do SUS pela Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

*lecocqclaudia@gmail.com – claudia.oliveira@fiocruz.br*

**Vanderléia Laodete Pulga**

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo/RS e Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Filósofa, Especialista em Preceptoria no Sistema Único de Saúde (SUS), Mestra em Educação pela Universidade de Passo Fundo (UPF) e Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

*vanderleiapulga2@gmail.com*

**André Luís Bonifácio de Carvalho**

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz/RJ. Fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva pela UnB.

*andrelbc4@gmail.com*

## Capítulo 4 – Quissamã (RJ)

### **Delba Machado Barros**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã. Psicóloga, Especialista em Saúde Mental pela UFRJ, em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde pela (Ensp/Fiocruz/RJ), em Educação em Saúde Pública pela UFF, em formação avançada em psicanálise no Corpo Freudiano – Seção Rio de Janeiro, Mestra e Doutora em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ.

*delbabarrosrj@gmail.com*

### **Sheila Maria dos Santos Batista**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, Especialista em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (Gerus) pela Fiocruz/RJ, em Gestão em Saúde Materno Infantil pelo IFF/Ensp/Fiocruz/RJ, em Gerontologia e Geriatria pela UFF/Faculdade de Medicina de Campos e Mestra em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf/Campos/RJ).

*sheilasbatista@gmail.com*

### **Sabrine Santos Pereira**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Administradora.

*santospereirasabrine@gmail.com*

### **Ruth Méia Nunes**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, Especialista em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (Gerus) pela Fiocruz/RJ.

*ruthmeianunes@gmail.com*

### **Rosemeri Braga de Assis Pessanha**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva pelo Institutos Superiores de Ensino do Censa (Isecensa), em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana São Carlos (Famesc) e em Gestão das Políticas em DST/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

*rosemeri.braga@yahoo.com.br*

**Julio Cesar Espírito Santo Ribeiro**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana São Carlos (Famesc).

*jcesarfamilia@gmail.com*

**Alessandra Ribeiro Pinto das Chagas**

Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus da Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estácio de Sá/RJ.

*alessandramaternidade@gmail.com*

**Leonardo Barcelos Chagas**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Tecnólogo em Gestão e Planejamento Ambiental, Especialista em Educação Ambiental pelo IFF/Fiocruz/RJ.

*leonardo02chagas@gmail.com*

**Araquem Bernasconi Nunes Avenia Puertas**

Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã/RJ. Técnico em Vigilância Sanitária, Aperfeiçoamento em Facilitador de Educação Permanente pela Ensp/Fiocruz/RJ, em Educação Popular pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz/RJ) e em Multiplicador de Educação em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde/Escola de Contas e Gestão/Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (SES/ECG/TCE-RJ).

*araquem.avenia@gmail.com*

**Eduardo Alves Melo (Curador)**

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ), atuando como Pesquisador e Professor. Médico Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/Uerj.

*eduardo.melo@ensp.fiocruz.br*

## Capítulo 5 – Angra dos Reis (RJ)

### **Luciana Rossinol Silva**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ e Universidade Estácio de Sá/Angra dos Reis/RJ. Enfermeira, Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP) e Especialista em Saúde da Família pela Uerj.

*lurossinol@yahoo.com.br*

### **Maria Cláudia Nicolau Capaz**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ. Tecnologista em Gestão de Recursos Humanos, Especialista em Gestão da Administração Pública pela UFF/RJ e Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP).

*mariaccapaz@uol.com.br*

### **Maria do Carmo Gomes dos Santos**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ. Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP).  
*maria.angrabela@gmail.com*

### **Monique Claudino dos Santos Thuler**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ. Analista de sistema, Especialista em Gestão em Saúde pelo IMS/Uerj, Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP) e Especialista técnica em Sistemas de Informação do SUS/Fiocruz/RJ.  
*monique.csantos@hotmail.com*

### **Silvia Isabel Pimenta Rosa Rodrigues**

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP), mestrande em Saúde Pública na Ensp/Fiocruz/RJ.  
*silviaisa.enf2002@gmail.com*

**Mayara Athanázio Diogo**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ, Estratégia de Saúde da Família do bairro Praia do Anil, Angra dos Reis e Universidade Estácio de Sá/Angra dos Reis/RJ. Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Gama Filho/Volta Redonda e em Processos Educacionais em Saúde com ênfase na facilitação de Metodologias Ativas pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP). Mestra em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente pela Fundação Osvaldo Aranha/Volta Redonda.  
*mayaradiogoa@gmail.com*

**Claudia Cristina Araújo Lage de Gusmão**

Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis/RJ. Médica, MBA de Gestão Empresarial com ênfase em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/RJ) e Especialista em Regulação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP).

*dr.claudialage@gmail.com*

**Leonardo Graever (Curador)**

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Médico de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz/RJ.  
*leograever@gmail.com*

**Capítulo 6 – Niterói (RJ)****Diana Luiz Pinto**

Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ. Assistente Social, Especialista em Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra Mulher pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ).  
*dianaluiz86@hotmail.com*

**Daniel Francisco Peluso Costa**

Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ. Médico, Residência em Endocrinologia pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede/RJ) e em Clínica Médica pela UFRJ.  
*danielfpc@gmail.com*

**Luiz Carlos Felício Carvalho**

Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ. Psicólogo, Especialista em Toxicomanias e Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

*lfeliciarlho@gmail.com*

**Claudia Regina Ribeiro (Curadora)**

Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ). Jornalista, Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/Uerj e Pós-doutorado em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz/RJ).

*13cribeiro@gmail.com*

**Capítulo 7 – Região de Lajeado (RS)****Ariane Jacques Arenhart**

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Assistente Social, Especialista em Saúde Comunitária pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra/RS), e Especialista em Humanização da Atenção e da Gestão do SUS e em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFRGS.

*ariane-arenhart@saude.rs.gov.br*

**Magali Kuri Nardini**

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Enfermeira.

*magali-nardini@saude.rs.gov.br*

**Gianine Sandri**

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde. Psicóloga, Especialista em Humanização da Atenção e da Gestão do SUS pela UFRGS e Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

*gianine-sandri@saude.rs.gov.br*

**Cássia Regina Gotler Medeiros**

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, e Universidade do Vale do Taquari (Univates). Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRGS.

*cgotlermedeiros@gmail.com*

**Lucia Adriana Pereira Jungles**

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, e Universidade do Vale do Taquari (Univates). Enfermeira, Especialista em Educação em Saúde e em Docência na Educação Profissional pela Univates.

*lucia-jungles@saude.rs.gov.br*

**Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha (Curadora)**

Universidade de Santa Cruz do Sul/RS. Psicóloga, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Metodologia do Ensino e da Pesquisa pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), Especialista em Ativação de Mudanças na Formação Superior de Saúde (Ensp/Fiocruz/RJ), Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/SP), Mestra em Psicologia Social e Institucional e Doutora em Programa de Pós-Graduação em Educação pela UFRGS.

*olindalsaldanha@gmail.com*

## Capítulo 8 – Sacramento (MG)

**Reginaldo Afonso dos Santos**

Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento/MG. Cirurgião-Dentista, Especialista em Prótese Dental pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentista (APCD/SP).

*reginaldoafonsodossantos@gmail.com – saude@sacramento.mg.gov.br*

**Flávio José da Costa**

Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento/MG. Administrador Público.  
*flacosta2010@hotmail.com*

**Samuel Gomide Ferreira**

Subsecretaria Municipal de Saúde de Sacramento/MG. Psicólogo, Especialista em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG).

*samuelgomide@outlook.com – saude11@sacramento.mg.gov.br*

**Thaís Prado de Santi**

Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento/MG. Educadora Física.

*thaisadesanti@hotmail.com – academiaviva200@sacramento.mg.gov.br*

**Gelza Matos Nunes (Curadora)**

Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Tennessee University, Knoxville/TN e doutoranda na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

*nunesgelza@gmail.com*

**Capítulo 9 – Tefé (AM)****Antonia Naida Pereira do Nascimento**

Secretaria Municipal de Saúde de Tefé/AM. Sanitarista, Especialista em Liderança para o Controle Social e Políticas Públicas pelo Instituto Agostin Castejon (IAC) em parceria com a Universidade Católica de Brasília (UCB).

*naidanascimento.a@gmail.com*

**Júlio Cesar Schweickardt (Curador)**

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Amazônia). Cientista Social, Mestre em Cultura e Sociedade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam) e Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz/RJ).

*julio.ilmd@gmail.com*

**Maria Adriana Moreira**

Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas/AM. Enfermeira.

*adrianamoreira2005@yahoo.com.br*

**Renata Kamile de Sousa Figueiró**

Secretaria Municipal de Saúde de Tefé/AM. Assistente Social, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família na Unicel/Faculdade Literatus/AM e em Educação Permanente em Saúde na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas no Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia).

*renatafigueiro@outlook.com*

**Thayana de Oliveira Miranda**

Secretaria Municipal de Saúde de Tefé/AM. Enfermeira.

*thayanaoliveiramiranda@gmail.com*





# **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade**

- **Educação, Informação e Comunicação em Saúde**
- **Inclusão e Acessibilidade**
- **Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**
- **Atenção Integral às Populações do Campo, Florestas e Águas**
- **Atenção Especializada (Ambulatorial e/ou Hospitalar)**
- **Atenção Básica**
- **Assistência Farmacêutica**
- **Arboviroses, Zoonoses e Doenças Negligenciadas**
- **Vigilância em Saúde**
- **Atenção Psicossocial e Saúde Mental**
- **Promoção à Saúde**
- **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**
- **Planejamento, Gestão em Saúde, Estratégica e Participativa**
- **Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde**
- **Participação da Comunidade e Controle Social**



**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

