





O SUS NO TERRITÓRIO FLUMINENSE: A PARCERIA DO COSEMS RJ E IDEIASUS FIOCRUZ

Série: Saberes e Práticas de
saúde municipais

Volume: II

Organizadoras
Ana Maria Auler Matheus Peres
Claudia Beatriz Le Cocq D ´ Oliveira
Marcela de Souza Caldas
Marta Gama de Magalhães

1ª Edição

Rio de Janeiro – RJ

2026



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitora: Gulnar Azevedo e Silva

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Diretor: Mario Roberto Dal Poz

Vice-diretor: Washington Leite Junger

**Centro de Estudos, Pesquisa e
Desenvolvimento Tecnológico em Saúde
Coletiva**

Presidente: Mario Roberto Dal Poz

**Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
do Estado do Rio de Janeiro**

Presidente: Maria da Conceição de Souza
Rocha – SMS Pirai

1º Vice-presidente: Leonidas Heringer
Fernandes – SMS Armação dos Búzios

2º Vice-presidente: Paulo Roberto Hirano –
SMS Campos dos Goytacazes



Secretário Geral: Emerson Trindade da Costa –
SMS Mesquita

Diretora Financeira: Maria Augusta Monteiro
Ferreira – SMS Rio Claro

Diretor de Comunicação: Gabriel Costa
Wenderroschy – SMS Nova Friburgo

**Diretor de Relações Institucionais e
Parlamentares:** Sávio Saboia da Fonseca –
SMS Itaperuna

**Diretora de Regionalização e
Descentralização:** Sirlene Alves de Jesus da
Silva – SMS Mendes

Diretora de Direito Sanitário: Gilmara Garcia
Rocha – SMS Areal

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Presidente: Mário Moreira

**Vice-presidente de Ambiente, Atenção e
Promoção da Saúde:** Valcler Rangel Fernandes

**Coordenador da Plataforma Colaborativa
IdeiaSUS:** Wagner Barbosa de Oliveira

**Vice-presidente de Educação, Informação e
Comunicação:** Marly Cruz

A vertical strip of a repeating pattern of 16 squares, each containing a different colorful icon representing various aspects of Brazilian culture and nature. The icons include: a sun, a car, a star, a flower, a sun, a car, a star, a flower, a sun, a car, a star, a flower, a sun, a car, a star, a flower. The colors used are primarily yellow, orange, red, and green, with black outlines for the icons. The pattern is a repeating sequence of these 16 squares.



O SUS no território fluminense: a parceria do Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz

Série: Saberes e Práticas de saúde municipais.

Volume: II

1ª edição – abril de 2026

Organizadoras: Ana Maria Auler Matheus Peres, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães

Revisão Técnica: Ana Maria Auler Matheus Peres, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães.

Projeto Editorial Visual, Diagramação e Arte Gráfica: Wagner Nagib

Revisão: Verônica Lazzeroni Del Cet



CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

S964 O SUS no território fluminense: a parceria do Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz / Organizadoras: Ana Maria Auler Matheus Peres, Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira, Marcela de Souza Caldas, Marta Gama de Magalhães. – 1. ed. - Rio de Janeiro : Cepesc Editora, 2026. 271 p. (Saberes e Práticas de saúde municipais ; v.2).

ISBN 978-85-9536-022-8.

1. Saúde Pública. 2. Gestão em Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Colaboração Intersetorial. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Pessoal de Saúde. I. Peres, Ana Maria Auler Matheus (org.). II. D'Oliveira, Claudia Beatriz Le Cocq (org.). III. Caldas, Marcela de Souza (org.). IV. Magalhães, Marta Gama de (org.). V. Série.

CDU 614.2

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Informações

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ)

Rua da Alfândega, nº 101, 11º andar · sala 1101
· Edifício CDL Rio Business, Centro - Rio de
Janeiro (21) 97528- 0915.

E-mail: cosemsrj@cosemsrj.org.br.

Distribuição

Direitos exclusivos, para esta edição, de
CEPESC Editora. Nenhuma parte desta obra
pode ser reproduzida ou duplicada sem
autorização expressa da editora.

Sumário

8

PREFÁCIO

14

O COSEMS-RJ E A ARTICULAÇÃO
INTERINSTITUCIONAL NO FOMENTO À
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

90

CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ:
SINGULARIDADES DO SUS NO TERRITÓRIO
FLUMINENSE

126

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – UM OLHAR
PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO À INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA: OLHANDO A SAÚDE MENTAL
DAS CRIANÇAS E DOLESCENTES DE FORMA
MULTIDISCIPLINAR: O RETRATO DE PIRAÍ/RJ
ATRAVÉS DO CUIDADO

185

PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO
TRABALHADOR RURAL DE RESENDE/RJ

244

POSFÁCIO
UMA CELEBRAÇÃO DA CRIATIVIDADE E DA
CAPACIDADE DE IDENTIFICAR, VISIBILIZAR E
PROVOCAR INOVAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
CONSTRUÇÃO COTIDIANA DO SUS: O CASO DO
COSEMS-RJ E DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE

254

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES



PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, antes de tudo, uma obra coletiva em permanente construção. Forjado no território, sustentado pelo trabalho cotidiano de gestoras, gestores, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, o SUS se reinventa diariamente para responder às necessidades concretas da população brasileira. Este livro nasce desse movimento vivo, plural e comprometido com a defesa da saúde como direito, reunindo experiências que expressam a potência do fazer em saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

A parceria entre o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) e a Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que dá origem a esta publicação, reafirma uma concepção compartilhada: a de



que as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde constituem fonte legítima de produção de conhecimento, inovação e transformação das políticas públicas. Ao valorizar e dar visibilidade a essas experiências, reconhecemos o protagonismo municipal e fortalecemos a gestão descentralizada e regionalizada do SUS.

A Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz, da qual derivam os capítulos aqui reunidos, consolidou-se como um importante dispositivo político-pedagógico no cenário da saúde pública fluminense. Mais do que um espaço de premiação, a Mostra configura-se como um território de encontros, trocas e construção coletiva, no qual diferentes atores do SUS compartilham saberes, desafios e soluções produzidas a partir das realidades locais. Trata-se de um exercício concreto de democracia sanitária, no qual a diversidade de experiências



revela a riqueza e a complexidade do SUS no estado do Rio de Janeiro.

As experiências premiadas e registradas neste livro expressam essa diversidade. São práticas que emergem de territórios singulares, enfrentam problemas reais e produzem respostas criativas, éticas e comprometidas com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ao abordarem temas como a atenção psicossocial à infância e adolescência e a saúde do trabalhador rural, os capítulos evidenciam a centralidade do território, da intersetorialidade e do trabalho em rede como fundamentos para a produção do cuidado. Revelam, ainda, a capacidade dos municípios de inovar, mesmo em contextos marcados por desigualdades, restrições orçamentárias e desafios estruturais.

Um elemento estruturante desta obra é o acompanhamento das experiências pela Curadoria em Saúde da Plataforma IdeiaSUS



Fiocruz. A curadoria ultrapassa a dimensão do registro e da sistematização, constituindo-se como um processo formativo e reflexivo que convida as equipes a revisitar suas práticas, produzir sentidos sobre o fazer cotidiano e fortalecer a autonomia técnica e política dos sujeitos envolvidos. Nesse percurso, a escrita dos capítulos torna-se, também, um ato de educação permanente em saúde, no qual a reflexão crítica se articula à prática e amplia suas possibilidades de transformação.

O livro reúne, ainda, dois artigos institucionais que dialogam diretamente com as experiências apresentadas. O artigo do Cosems-RJ explicita o papel do Conselho na articulação interinstitucional, no apoio aos municípios e no fortalecimento de agendas estratégicas para a gestão do SUS, reafirmando sua função como espaço de representação política e técnica dos gestores municipais. Já o artigo da Plataforma IdeiaSUS aprofunda a



compreensão sobre a curadoria em saúde como metodologia ativa de valorização, qualificação e difusão de práticas, situando-a no campo da inovação e da produção colaborativa de conhecimento no SUS.

Ao reunir experiências premiadas, reflexões institucionais e o percurso da curadoria, esta publicação cumpre um papel fundamental de registro, memória e compartilhamento. Em um contexto marcado por disputas de narrativas sobre o SUS, o livro afirma a centralidade do trabalho vivo, do cuidado em ato e da gestão comprometida com a vida. Ao transformar práticas em textos, o que se oferece ao leitor não é apenas a descrição de ações bem-sucedidas, mas a possibilidade de diálogo, inspiração e aprendizado coletivo.

Que esta obra possa circular amplamente, alcançando gestoras e gestores, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, alunos



e professores, pesquisadores e pesquisadores e todas as pessoas comprometidas com a defesa do SUS. Que os capítulos aqui reunidos inspirem novas práticas, fortaleçam redes de cooperação e reafirmem a convicção de que o SUS se constrói no território, com participação, criatividade e compromisso ético-político.

Seguimos, Cosems-RJ e Fiocruz, por meio da Plataforma IdeiaSUS, reafirmando nossa parceria e nosso compromisso com a valorização das práticas municipais, com a produção de conhecimento a partir do cotidiano do SUS, com o compartilhamento e capilarização de reflexões numa perspectiva de comunicação pública transformadora e com a construção de um sistema público de saúde cada vez mais democrático, equitativo e resolutivo.



Maria da Conceição de Souza Rocha

Presidente do Cosems-RJ

Leonidas Heringer Fernandes

Primeiro Vice-presidente do Cosems-RJ

Wagner Barbosa Oliveira

Coordenador Geral da Plataforma Colaborativa
IdeiaSUS Fiocruz

Valcler Rangel Fernandes

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e
Promoção da Saúde/Fiocruz

**O COSEMS-RJ E A ARTICULAÇÃO
INTERINSTITUCIONAL NO FOMENTO À
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO
NEGRA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Ana Raquel de Castro Octaviano

Marcela de Souza Caldas

Ana Cássia Cople Ferreira

Sirlene Alves de Jesus da Silva



A saúde é um direito fundamental que deve ser garantido a todos os cidadãos, independentemente de sua origem étnica ou condição social. No Estado do Rio de Janeiro, a construção de políticas públicas eficazes que atendam às necessidades da população negra é um desafio que demanda a colaboração entre diferentes instituições e setores. Nesse contexto, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) desempenha um papel crucial na articulação interinstitucional, promovendo ações que visam à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A articulação interinstitucional refere-se ao trabalho conjunto de diversas entidades, como secretarias municipais, estaduais, academia, organizações não governamentais e movimentos sociais, com o objetivo de implementar políticas públicas que reconheçam e atendam às especificidades da população negra. A partir de sua potência como interlocutor



na viabilização da política pública municipal, o Cosems-RJ vem construindo, de forma sistemática, potentes arranjos estratégicos no sentido da efetivação da política nos municípios fluminenses, como entes executores precípuos da política pública em saúde.

Neste capítulo, exploraremos como o Cosems-RJ tem fomentado essa articulação interinstitucional, destacando exemplos de iniciativas que têm contribuído para a efetivação de ações de saúde que visam reduzir desigualdades e garantir acesso à saúde integral para a população negra no estado. A análise desse processo não apenas ilumina as práticas desenvolvidas no Rio de Janeiro, mas também serve como um referencial para outros estados e municípios que buscam promover a equidade na saúde.

A construção de políticas públicas efetivas requer um entendimento profundo das realidades locais e das necessidades específicas das comunidades. Portanto, a



articulação promovida pelo Cosems-RJ emerge como uma estratégia vital não apenas para o fortalecimento das políticas de saúde, mas também para a promoção da justiça social e da dignidade humana. Os recentes avanços gradativos na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Rio de Janeiro são o testemunho da importância dessa colaboração e do impacto positivo que pode ser alcançado quando diferentes instituições se unem em prol de um objetivo comum.

1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN) E O RACISMO ESTRUTURAL BRASILEIRO, CAMINHOS DE ENFRENTAMENTO

O cenário brasileiro vem construindo, nas últimas décadas, um robusto percurso de estudos em torno do tema do racismo, dentre eles, os atravessamentos do recorte racial na



construção de subjetividades, o colorismo, a ideia de branquitude associada ao eurocentrismo e o próprio conceito de racismo estrutural, que se presentifica em debates cada vez mais disseminados e em contínuo aprofundamento.

O fortalecimento recente das pautas identitárias de gênero e raça contribuiu para esta ampliação conceitual e dialógica, o que não significa, no entanto, que a pauta do racismo já não fosse objeto de análise e produção teórico-conceitual de longa data no Brasil. E, assim como aqui, a pauta se expande em outros pontos do mundo, mas a própria natureza da complexidade da questão racial induz pesquisadores e estudiosos a se debruçarem em torno dos aspectos nacionais vinculados à pauta, com as especificidades de cada estado-nação, seus trajetos históricos e seus contextos culturais.

De forma abrangente, o projeto colonialista que se iniciou no século XV



envolveu não apenas Portugal, mas também diversas nações europeias na ocupação de territórios, na exploração de mão de obra e na expropriação de recursos naturais. Esse processo resultou em uma trágica história marcada por um violento movimento migratório de povos originários, que foram dispersos de suas raízes, especialmente a partir de áreas africanas. É importante salientar que muitas nações africanas só alcançaram a independência no século XX, como é o caso de Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, que deixaram de ser colônias portuguesas somente na década de 1970.

Apesar de ser contada em suas nuances de opressão, a história do colonialismo se restringiu, por um tempo, a uma certa normalização deste período histórico como algo ultrapassado e vencido e subdimensionado em seus efeitos. Porém, os estudos mais ampliados e recentes acerca do racismo, por exemplo, interrogam os paradigmas da modernidade,



gerando novas interpretações sobre as estruturas e as bases da atualidade a partir da repercussão do colonialismo, como base de dinâmicas geopolíticas de opressão, presente até os dias atuais.

A ocupação de territórios e a expropriação de riquezas por parte das potências europeias ao longo dos séculos estiveram alinhadas com um projeto civilizatório eurocêntrico, que posicionou a Europa como a principal referência para o mundo. Esse projeto se fundamentou na ideia de que a razão cartesiana seria a base para a construção de uma vida digna. No entanto, fica claro que os princípios civilizatórios defendidos por essa perspectiva não foram aplicados de forma equitativa em todas as partes do mundo.

As revoluções inglesas, a americana e a francesa foram o ápice de um processo de reorganização do mundo, de uma longa e brutal transição das sociedades feudais para a sociedade capitalista em que a



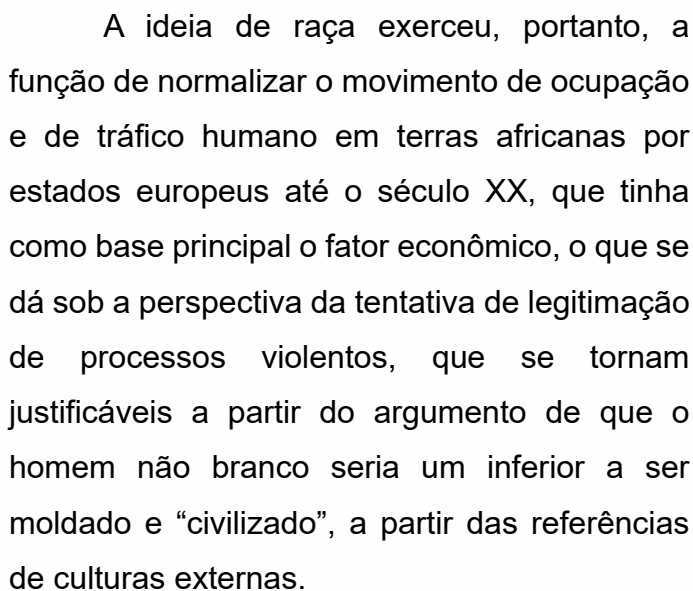
composição filosófica do homem universal, dos direitos universais e da razão universal mostrou-se fundamental para a vitória da *civilização*. Esta mesma civilização que, no século seguinte, seria levada para outros lugares do mundo, para os primitivos, para aqueles que ainda não conheciam os benefícios da liberdade, da igualdade, do Estado de direito e do mercado. E foi esse movimento de levar a civilização para onde ela não existia que redundou em um processo de destruição e morte, de espoliação e aviltamento, feito em nome da razão e a que se denominou colonialismo. (Almeida, 2019, p. 19)

Desta forma, a reformulação histórica permite apontar que o colonialismo favorecia, inicialmente, o homem branco europeu e os princípios civilizatórios de igualdade, fraternidade e liberdade, por exemplo, não se aplicavam aos povos colonizados. E a própria distinção entre culturas diferentes, classificando algumas como selvagens ou inferiores já instituíam o princípio da hierarquização, que dava



o tom da colonização como veículo de dominação de povos e de exploração espúria de riquezas alheias. A invasão de territórios e o tornar homens, propriedade, coincide, deste modo, com a ênfase no conceito de raça, como forma de justificativa para a colonização europeia. Ainda na visão de Silvio Luiz de Almeida:

O espírito positivista surgido no século XIX transformou as indagações sobre as diferenças humanas em indagações científicas, de tal sorte que de objeto filosófico, o homem passou a ser objeto científico. A biologia e a física serviram como modelos explicativos da diversidade humana: nasce a ideia de que características biológicas – determinismo biológico – ou condições climáticas e/ou ambientais – determinismo geográfico – seriam capazes de explicar as diferenças morais, psicológicas e intelectuais entre as diferentes raças. Desse modo, a pele não branca e o clima tropical favoreceriam o surgimento de comportamentos imorais, lascivos e violentos, além de indicarem pouca inteligência. (2019, p. 20)



Coube assim, à ciência, num determinado período histórico, estimular as mentalidades racistas que corroborassem com a invasão de territórios africanos. E é a partir de tal leitura que se compreende que o termo raça tem conotação política inegável, cabendo destacar, ainda, que a própria ciência, posteriormente, rejeitou a validade científica do conceito, que não se sustenta ao diferenciar – quanto a determinantes biológicos e à



capacidade intelectual e parâmetros de moralidade – as pessoas e suas culturas diversas.

Com base em estudos históricos, é possível identificar que o processo de escravização de africanos no Brasil, conduzido pela colônia portuguesa, estendeu-se por mais de quatro séculos, sendo oficialmente extinto apenas em 1888, com a promulgação da Lei Áurea, que aboliu formalmente a escravidão, assinada pela então princesa regente Isabel. Esse marco histórico foi, por muitos anos, tratado de forma superficial, como se a simples oficialização da abolição tivesse caráter resolutivo, limitando-se à interrupção do trabalho não remunerado, desconsiderando as profundas e duradouras consequências desse período para a população negra brasileira.

No entanto, gradativamente, passa a ser construída a crítica à positivação da abolição de 1888, quando se desvenda a inverdade sobre uma declaração oficial de abolição de



escravatura ter resolvido a questão racial brasileira. O processo de proibição do tráfico negreiro e do trabalho escravo não ocorreu de forma simultânea a políticas que resolvessem o grave problema social gerado pelos séculos de exploração e violências a que foram submetidos os negros oriundos da África e suas descendências brasileiras.

Por outro lado, áreas agrícolas, em especial as paulistas, por exemplo, abrigaram um forte movimento migratório de europeus que ocuparam postos de trabalho, sob o estímulo estatal, o que privilegiava trabalhadores brancos, europeus, no lugar da instituição de políticas reparatórias e das iniciativas de reinserção de escravizados negros no mercado produtivo, no pós-abolição. Neste sentido, a cultura popular e a literatura trazem exemplos destes questionamentos nos trechos a seguir. O primeiro é o samba enredo da Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira no ano de 1988:



Será, que já raiou a liberdade, ou se foi tudo ilusão? Será, oh, será? Que a lei Áurea tão sonhada, há tanto tempo assinada, não foi o fim da escravidão? Hoje, dentro da realidade, onde está a liberdade? Onde está que ninguém viu? Moço, não se esqueça que o negro também construiu as riquezas do nosso Brasil. Mas pergunte, pergunte ao Criador, pergunte ao Criador, quem pintou essa aquarela, livre do açoite da senzala, preso na miséria da favela. (GRES Estação Primeira de Mangueira, 1988)

Já o segundo traz a reflexão da escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie em sua obra intitulada *Americanah*, que conta a história de uma jovem nigeriana que imigra para os Estados Unidos da América para cursar a universidade.

Na época em que meu pai estava no colégio em meu país de negros não americanos, muitos negros americanos não podiam votar ou estudar em escolas boas. O motivo? A cor da sua pele. A cor da pele era o



único problema. Hoje, muitos americanos dizem que a cor da pele não pode ser parte da solução. Se for, isso é chamado de um nome curioso que é “racismo invertido”. Peça para seu amigo branco comentar que a situação do negro americano é mais ou menos como se alguém ficasse preso injustamente durante muitos anos, mas aí de repente fosse solto, mas sem receber o valor da passagem de ônibus para voltar para casa. (2014, p. 218)

Nas duas menções acima, no campo da arte, estão referências do debate racial que vem se ampliando em torno das interrogações sobre o pós-abolição e a historiografia que agora explora uma sequência de eventos e características de um contexto, a partir de novas leituras. Abandonados à própria sorte, sem condições básicas de garantia da retomada de suas vidas com autonomia e dignidade, e sem políticas reparatórias, os negros brasileiros viveram um processo de consolidação do racismo estrutural, através de suas vivências de desvantagem social expressiva no período pós-



abolição, marcado por diferentes fatores determinantes.

Desde a ausência de iniciativas organizadas, a partir do estado, para a reinserção de negros no mercado de trabalho, até o estímulo à imigração europeia para o trabalho agrícola, a abolição oficial não representou a plena melhoria das condições da população negra no cenário nacional. Ou seja, no caso brasileiro, não só o preso injustamente deixou de receber a passagem de volta para sua casa e os meios de garantir sua subsistência ao deixar a condição de “propriedade” do colonizador, como também esteve colocado num contexto social onde outros seriam privilegiados no acesso ao trabalho em seu lugar.

A história do período pós-abolição no Brasil dialoga diretamente com um tema amplamente discutido no campo da Saúde Pública: o acesso. Esse conceito não se restringe ao acesso aos serviços de saúde, mas



abrange os direitos básicos inerentes à vida, que possibilitam o bem viver e, conseqüentemente, a produção de saúde para uma população. O acesso ao trabalho digno e com remuneração suficiente para o sustento, à moradia, à educação e às condições mínimas de cidadania constitui, justamente pela sua negação, uma marca central da trajetória histórica da população negra brasileira desde a abolição.

E é pertinente afirmar que a ausência de acesso a fatores de garantia ao pleno exercício cidadão, tem o papel de estratificar uma sociedade, estimulando um processo contínuo de desigualdade, pautado na raça como determinante, o que se expressa com riqueza no samba que aponta a similaridade entre o açoite da senzala e a miséria da favela.

De modo geral, no senso comum, o racismo é compreendido como a desqualificação direta de uma pessoa negra. Essa compreensão, no entanto, oculta uma realidade muito mais complexa, revelada pela



historiografia, que identifica o racismo como um processo constitutivo da formação do Brasil, de sua identidade social e das desigualdades e iniquidades que o atravessam. O conceito de racismo estrutural expressa justamente essa perspectiva: para além de atitudes individuais de preconceito racial, trata-se de uma base social que perpetua diferenças e hierarquias, herdadas do processo de escravização e continuamente reafirmadas pelo racismo como mecanismo de produção de privilégios para alguns, em detrimento de outros, a partir da cor da pele.

O racismo expresso no preconceito interpessoal pode ser lido como uma forma de viabilização do racismo estrutural, a partir da cultura, de nossos valores e mentalidades, no entanto, é preciso ampliar a percepção de que a base de nossa sociedade se dá, principalmente, nas iniquidades expressas em dados sociais que coloca negros (pretos e pardos) expostos aos piores indicadores, seja os de saúde, educação e moradia.



Os dados epidemiológicos em saúde, na atualidade, curiosamente e lamentavelmente, expressam um Brasil profundamente racista em estrutura. A partir de tais reformulações, promovidas no campo do conhecimento, é possível apontar para a necessidade da construção de políticas reparatórias que subvertam processos sociais arraigados na cultura, garantindo acesso real às condições de vida digna à população negra (majoritária no país), honrando a Constituição Federal de 1988 (CF/88), que inaugura em seu artigo 5º, o princípio da igualdade, que não se expressa de forma efetiva entre brancos e negros: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pelo Ministério da Saúde como política oficial por



meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Em paralelo à história do movimento abolicionista, é possível observar que a abolição da escravidão, formalizada pela assinatura da Lei Áurea pela Princesa Isabel, foi historicamente apresentada como um gesto espontâneo e benevolente, consolidado no imaginário social como uma dádiva do Estado. No entanto, esse marco legal foi precedido por intensos movimentos populares e de resistência, cuja atuação política sustentou e tornou possível a formalização de um processo que já vinha sendo construído ao longo da história do Brasil Colônia.

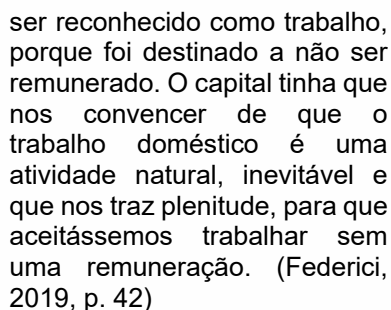
A Portaria nº 992/2009 também pode ser considerada como fruto de processos anteriores à sua elaboração e publicação, que incluíram principalmente a luta de mulheres negras em torno de cenários sociais onde havia clara desvantagem social, que se atestava em diferentes aspectos. No tema da interseccionalidade, por exemplo, mulheres



negras brasileiras foram as herdeiras naturais, de forma majoritária, da escravização e da precarização no âmbito do trabalho de forma contundente.

E trata-se de interseccionalidade o fenômeno social que expressa o atravessamento de diferentes formas de opressão a grupos sociais específicos. Desde os primórdios da organização capitalista de produção, a divisão do trabalho atrelou o trabalho doméstico ao feminino, o que no caso brasileiro se desenrola na articulação entre os determinantes de raça e gênero na configuração de uma realidade.

A diferença em relação ao trabalho doméstico reside no fato de que ele não só tem sido imposto às mulheres como também foi transformado em um atributo natural da psique e da personalidade femininas, uma necessidade interna, uma aspiração, supostamente vinda das profundezas da nossa natureza feminina. O trabalho doméstico foi transformado em um atributo natural em vez de



É recente a gradativa melhora nas condições de trabalhos de mulheres negras, a quem se atribuiu a função social dos trabalhos domésticos, em intensa precarização. Contudo, dados do IPEA, de 2025, ainda indicam que mulheres negras são 69,9% no serviço doméstico ou de cuidados no Brasil. O século XX foi marcado, no caso brasileiro, pelo cotidiano recorrente de meninas negras (pretas e pardas) que eram “doadas” a famílias em condições econômicas melhores, para exercerem a função de trabalhadoras domésticas ou babás em troca de casa e comida e em condições análogas à escravidão, um fato histórico muito recente do país.



A categoria de empregados domésticos é majoritariamente feminina, com cerca de 7% de homens. Entre as mulheres, a proporção de negras (21,6%) é bem maior que a de brancas (13,5%). A grande concentração de mulheres negras no emprego doméstico chama atenção dos pesquisadores desde meados do século XX. Muitos deles veem a presença negra nessa categoria como sendo uma herança arcaica da escravidão, por se tratar de um trabalho manual, pouco remunerado, com forte presença de informalidade, pessoalidade, sem perspectivas de ascensão na carreira e, acima de tudo, por não possuir, até muito recentemente, os direitos trabalhistas equiparados aos dos demais trabalhadores protegidos. (Marcondes *et al.*, 2013, p. 72)

Dessa forma, é possível compreender que as mulheres negras estão historicamente mais expostas a indicadores de saúde desfavoráveis, inclusive no acompanhamento do parto, além de se inserirem majoritariamente no mercado de trabalho em ocupações precarizadas e de baixa remuneração,



acumulando múltiplas desvantagens sociais e estruturais. Não por acaso, essas mulheres constituíram uma importante base de pressão popular por meio de movimentos reivindicatórios, cuja atuação foi determinante, entre outras frentes, para a formulação e o estabelecimento de uma política nacional voltada à saúde da população negra.

A PNSIPN está, portanto, inserida num contexto em que os efeitos do racismo estrutural se traduzem em violências raciais cotidianas que pressionam e convergem para a instituição de políticas específicas. As diretrizes da referida política destacam os processos que favorecem o combate a estigmas e preconceito e a implementação de ferramentas de avaliação e monitoramento de políticas de combate ao racismo e às disparidades étnico-raciais, o estímulo à participação do movimento negro, a inclusão do tema nas ações de Educação em saúde e o reconhecimento de saberes populares e tradicionais.



De modo geral, a Portaria nº 992/2009 aborda a garantia e a ampliação do acesso à saúde de populações negras nas cidades, no campo e na floresta; a inclusão do tema nos processos de formação e educação permanente de trabalhadores do SUS, inclusive quanto à interseccionalidade; a pauta dos sistemas de informação e da racialização dos dados e o monitoramento de indicadores, a humanização da assistência e o combate às violências, a qualificação de políticas para as populações quilombolas e para portadores de doença falciforme, e a base no princípio da Equidade e sua consolidação nas práticas cotidianas de saúde.

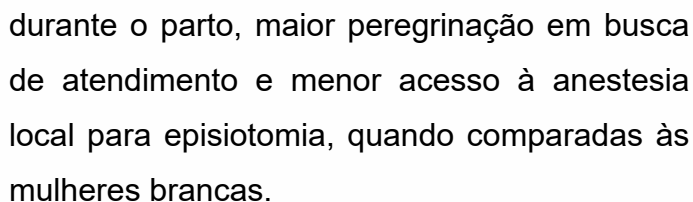
No entanto, passadas quase duas décadas desde a publicação dessa Política, sua implementação em todo o território nacional ainda se mostra bastante incipiente. Foi a partir dessa realidade que, em junho de 2025, realizou-se, na capital do estado, a 1ª Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra



do Rio de Janeiro, iniciativa que apresentou os resultados da pesquisa nacional sobre o panorama da política e reuniu experiências em curso no estado, a qual abordaremos a seguir.

2 OS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS RACIALIZADOS E A 1ª MOSTRA DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Em 2007, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) publicou o artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. O estudo, um marco no tema, baseado em dados da pesquisa: “Nascer no Brasil, uma pesquisa nacional sobre parto e nascimento”, evidencia de forma contundente os impactos do racismo no cotidiano da assistência em saúde. Os resultados demonstram que mulheres pretas apresentam maior risco de pré-natal inadequado, menor vinculação prévia à maternidade, maior ausência de acompanhante



O quesito raça/cor mostra-se, portanto, diretamente associado aos percursos de cuidado e a desfechos desfavoráveis, evidenciando a necessidade premente de o Sistema Único de Saúde incorporar a pauta antirracista como elemento central para a qualificação de uma assistência mais humanizada e efetivada de forma equânime.

Muito embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos tem mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna, quanto do recém-nascido. Em consonância com resultados observados em outros países do mundo, que apontam para níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevadas



em mulheres de minorias étnico-raciais, a razão de mortalidade materna é maior duas vezes e meia em mulheres pretas do que em mulheres brancas no Brasil. (Leal *et al.*, 2017, p. 2)

O campo da Saúde Pública, em consonância com as diversas frentes de estudos e pesquisas, vem constituindo diferentes caminhos na abordagem à pauta racial, incluindo a crescente produção de indicadores e dados epidemiológicos racializados, que corroboram o que as releituras históricas sobre o racismo, como estrutura e sistema, já apontavam.

O Ministério da Saúde lançou, em 2023, os Boletins Epidemiológicos Saúde da População Negra, em dois volumes, com a demonstração das disparidades do evento em saúde, sob a perspectiva da análise do quesito raça/cor. No primeiro volume estão presentes os temas: Mortalidade materno-infantil, assistência pré-natal e baixo peso ao nascer, segundo a raça/cor; Doença Falciforme – a doença



genética mais comum no Brasil; Dados da vacinação na população negra e Dados de Mortalidade por raça/cor. O segundo volume traz os recortes de análise para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), malária, leishmaniose tegumentar e tuberculose a partir de dados racializados.

Cabe destacar, que os movimentos recentes no sentido da implementação de ações efetivas no Estado do Rio de Janeiro trouxeram a produção de dados racializados em saúde pela Secretaria de Estado de Saúde e, portanto, já é possível contar com os dados da saúde estadual, estratificados segundo raça/cor. E alguns municípios seguiram este caminho, casos do município do Rio de Janeiro e Macaé, em 2025.

Diante do acúmulo de evidências que explicitam de forma reiterada as desigualdades raciais nos percursos de cuidado e nos desfechos em saúde, torna-se evidente a necessidade de avançar para além do



diagnóstico, incorporando estratégias concretas de enfrentamento do racismo no âmbito do SUS. É nesse contexto que ganham relevância as iniciativas voltadas à sistematização, visibilização e troca de experiências exitosas desenvolvidas nos territórios, capazes de traduzir a pauta antirracista em práticas institucionais e ações concretas. A 1ª Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro insere-se, portanto, como expressão desse movimento, articulando produção de conhecimento, monitoramento da política e valorização de experiências locais comprometidas com a equidade racial em saúde.

Em 2023, o Ministério da Saúde estabeleceu um termo de execução descentralizado, o TED N.166/2023, voltado para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Este TED possui grupos condutores, através de eixos, dentre eles o Eixo 2, de Avaliação e



Monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, coordenado pelas professoras Dra. Marcia Alves dos Santos (UFRJ) e Dra. Marly Cruz (Fiocruz, Vice-presidente de Informação, Comunicação e Educação).

No curso das ações do Eixo 2, foi produzido um estudo nacional, pautado no “Inquérito para Diagnóstico da Política Nacional de Saúde da População Negra”. O Relatório, produzido a partir do referido inquérito, foi lançado na 1ª Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro. A Mostra foi um evento liderado pela coordenação do Eixo 2 do TED nº 166/23 e mobilizou diferentes atores e instituições na construção coletiva de um evento que se tornou marco nos desdobramentos que impulsionaram a pauta no Estado.

Ao mesmo tempo em que os resultados do inquérito foram coletivizados, a apresentação de trabalhos em torno de uma Mostra de Boas



Práticas agregou atores múltiplos e deu visibilidade a experiências em andamento nos municípios fluminenses, bem como oportunizou a ampliação da pauta na agenda da política pública nos territórios.

O Cosems-RJ participou ativamente da construção do evento, contribuindo com sua expertise sobre as realidades locais, os fluxos existentes e as possibilidades de ajustes necessários para estimular uma ampla participação dos municípios. Enquanto ente federativo responsável pela execução da política pública de saúde, o município lida cotidianamente com múltiplas demandas, que vão da Atenção Primária à Saúde, à urgência e emergência, além da atenção especializada.

Nesse contexto, ainda que determinada pauta seja reconhecida como relevante no plano local, a sobrecarga de demandas pode dificultar uma adesão mais enfática, especialmente no caso de políticas com baixo grau de implementação, como a Política Nacional de



Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Embora sua importância seja amplamente reconhecida, a política ainda demanda estímulos concretos para ser efetivamente acionada e capilarizada nos municípios, considerando suas diferentes realidades.

A contribuição inicial do Cosems-RJ concentrou-se, assim, no processo de organização da 1ª Mostra de Boas Práticas, com o objetivo de tornar a Saúde da População Negra uma pauta presente e recorrente entre gestores e técnicos no cotidiano dos territórios. A participação de diversas experiências municipais, incluindo ações no âmbito da Rede de Assistência à Doença Falciforme, a organização de comitês municipais, áreas técnicas ou programas específicos, iniciativas voltadas às comunidades quilombolas, bem como experiências em diferentes pontos da rede assistencial, possibilitou a disseminação de práticas, a efetivação gradual e a ampliação da

PNSIPN no estado, configurando-se como uma perspectiva promissora.

Figura 1. 1ª Mostra Sobre Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro.

Participações/Representações: Ensp/Fiocruz, Ministério da Saúde, SES/RJ, Cosems-RJ, Seinp/RJ, Municípios do ERJ, Comitê de Equidade ERJ, Representações do Movimento Popular Negro do Rio de Janeiro e Defensoria Pública do ERJ



Fonte: Arquivo Cosems-RJ.

Figura 2. Ana Raquel Octaviano (Assessora técnica do Cosems-RJ), Marcela Caldas (Secretária Executiva do Cosems-RJ), Leonidas Heringer (1º Vice-presidente do Cosems-RJ e Secretário Municipal de Saúde de Armação dos Búzios); Felipe Anjos (Agente Comunitário de Saúde de Armação dos Búzios, premiado na 1ª Mostra Sobre a Saúde da População Negra) e Luciana Narciso (Assessora técnica do Cosems-RJ)



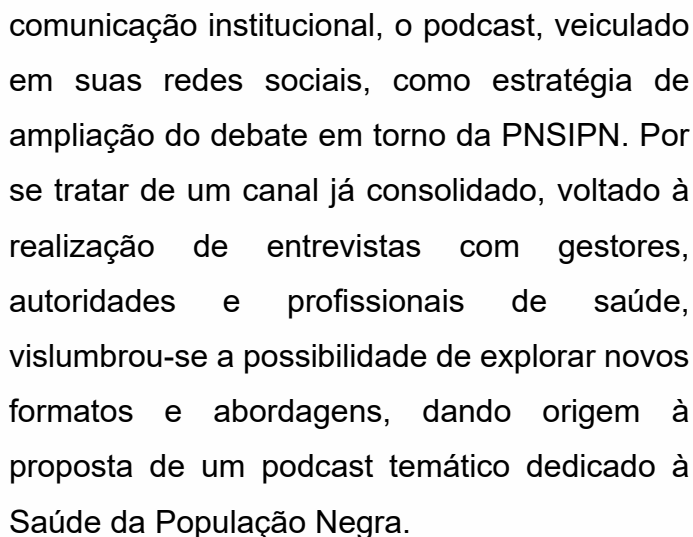
Fonte: Arquivo Cosems-RJ.



3 O PODCAST DO COSEMS-RJ E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Como desdobramento de um movimento coletivo que envolveu o Termo de Execução Descentralizada nº 166/2023 (TED 166/2023), a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SMSA-RJ) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems-RJ), diferentes atores institucionais passaram a construir novos caminhos para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esse processo se intensificou a partir da realização da 1ª Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra, em um contexto particularmente profícuo, orientado à superação do cenário de baixa implementação da Política nos âmbitos nacional e estadual.

Nesse sentido, o Cosems-RJ passou a utilizar um de seus instrumentos de



A iniciativa foi inspirada em uma fala de Emerson Merhy, proferida durante o Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Belo Horizonte, em julho de 2025, na qual o autor resgata a noção das “conversas de corredor” como espaços potentes de produção de sentido, reflexão crítica e qualificação dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa referência, buscou-se criar um espaço de circulação da palavra em torno das práticas de saúde, valorizando as vozes dos sujeitos



diretamente implicados na formulação e execução das ações voltadas à população negra.

Nesse contexto, foram realizadas conversas virtuais com o objetivo de promover a circulação e a reverberação de experiências relacionadas à Saúde da População Negra, de modo a estimular uma agenda mais propositiva e contribuir para sua consolidação gradual nos territórios fluminenses. O projeto implicou, ainda, uma mudança no formato originalmente adotado, transformando o podcast em um videocast, com a incorporação de registros audiovisuais das conversas. Essa alteração ampliou as possibilidades de visibilidade de negritudes potentes no campo da saúde, reforçando a representatividade negra como dimensão central da pauta antirracista.

Cabe destacar, adicionalmente, que a centralidade da oralidade encontra respaldo em estudos sobre as matrizes africanas, nas quais a transmissão de saberes e conhecimentos se



dá para além do registro escrito, configurando-se como marca cultural significativa. Na contemporaneidade, essa tradição dialoga com as possibilidades de circulação de saberes orais, mediados pelas tecnologias digitais, pela internet e pelas redes sociais.

O podcast temático sobre Saúde da População Negra disponibilizou, ao longo de seu percurso, por meio das redes do Cosems-RJ, uma apresentação inicial do projeto realizada pela Secretária Executiva da instituição, Marcela Caldas, e quinze entrevistas conduzidas pela assessora técnica Ana Raquel Octaviano, no período de 26 de agosto a 23 de dezembro de 2025, contando com as seguintes participações:

Episódio 1 – Entrevistada: Dra. Marly Cruz, vice-presidente de Educação, informação e comunicação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Episódio 2 – Entrevistado: Ian Manoel Maria, educador físico, residente do Centro de Saúde



Escola Germano Sinval, da ENSP/Fiocruz, letramento racial e atividades culturais na ESF Manguinhos.

Episódio 3 – Entrevistado: Leônidas Heringer. Vice-presidente do Cosems-RJ e Secretário Municipal de Saúde de Armação dos Búzios.

Episódio 4 – Entrevistada: Isabel Cristina Gama, Coordenadora de Igualdade Racial do município de Magé.

Episódio 5 – Entrevistada: Dra. Marcia Alves, Professora Titular do Dep. De Odontologia da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), coordenadora da Pesquisa Nacional da PNSIPN e Coordenadora da área Técnica de Atenção à Doença Falciforme da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ)

Episódio 6 – Entrevistado: Felipe Anjos, Agente Comunitário de Saúde do município de Armação dos Búzios. Experiência em Atenção à saúde em comunidade quilombola.

Episódio 7 – Entrevistada: Claudia Bonfim – Área Técnica de Saúde da população negra do município de Itaboraí.

Episódio 8 – Entrevistado: Matheus Magalhães, Coordenador de Projetos da BEM-TV, projeto de formação de jovens negros, periféricos e Vigilância Popular em Saúde.



Episódio 9 – Entrevistada: Ana Cássia Cople Ferreira, Analista Técnica de políticas sociais do Ministério da Saúde, lotada no Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa do M.S. no Rio de Janeiro.

Episódio 10 – Entrevistada: Michelly Coutinho, responsável pela área Técnica de Humanização e vice coordenadora do Comitê de Diversidade, Equidade e Inclusão do INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

Episódio 11 – Entrevistado: Richarlls Martins, Pesquisador e Coordenador Executivo do Plano Integrado de Saúde nas Favelas do Rio de Janeiro.

Episódio 12 – Entrevistada: Célide Luna, Enfermeira e Coordenadora do Comitê Municipal de Saúde da População Negra do município de Campos dos Goytacazes.

Episódio 13 – Gabrielle Damasceno da Costa – Assessora Técnica da Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Responsável pela Área Técnica de Saúde da População Negra da SES/RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Episódio 14 – Daniela Bastos Silveira – Gerência de Vigilância em Saúde do município de Macaé.

Episódio 15 – Natália Borges Ferreira da Silveira – Usuária do Sistema Único de Saúde, em acompanhamento para Doença Falciforme. Assistente Social.

Seguem algumas imagens dos episódios do podcast temático: Saúde da População Negra, disponível nas redes Cosems-RJ, no YouTube e Instagram.





COSEMS RJ DEBATE

PodCast

EXPERIÊNCIAS VIVAS NO SUS/RJ

COSEMS RJ

Convidada
Marly Cruz
Vice-presidente da Educação,
Informação e Comunicação da Flocruz

Apresentadora
Ana Raquel
Cosems RJ

COSEMS RJ DEBATE

PodCast

Episódio 3
Saúde da População Negra

COSEMS RJ

Convidado
Leonidas Heringer
Vice-presidente do Cosems RJ e
SMS

Apresentadora
Ana Raquel
C

COSEMS RJ DEBATE

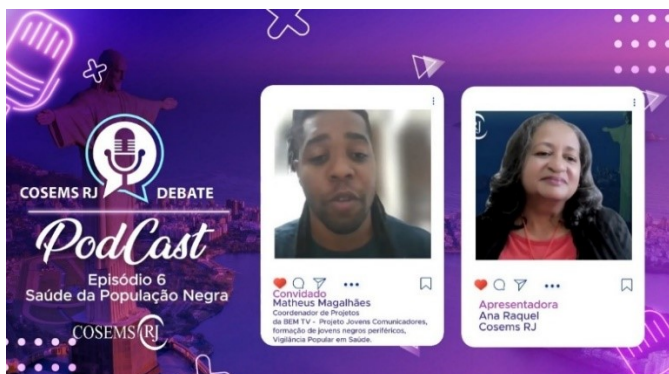
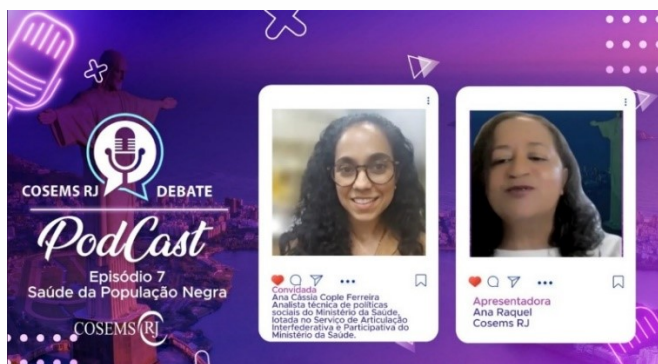
PodCast

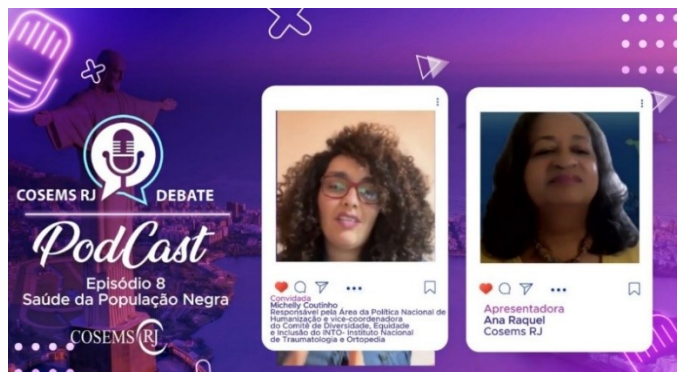
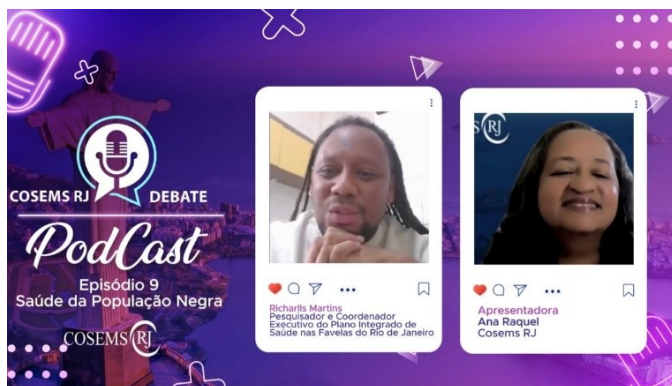
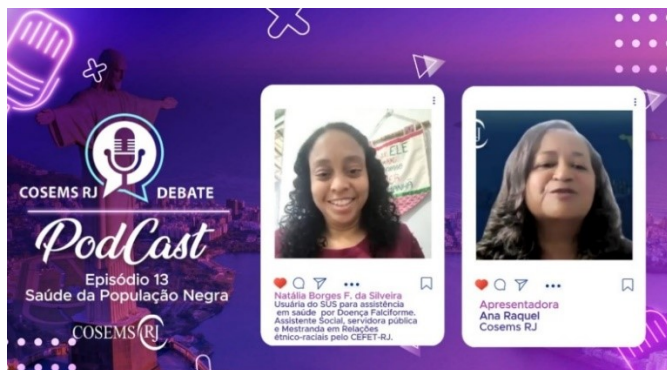
Episódio 5
Saúde da População Negra

COSEMS RJ

Convidada
Marcia Alves
Professora de UFRJ, Coordenadora da
Pesquisa Nacional sobre a Política de
Saúde da População Negra, Coordenadora
do Área Técnica de Doença Crônicas da SES RJ

Apresentadora
Ana Raquel
Cosems RJ







De modo geral, o podcast cumpriu seu objetivo inicial de conferir visibilidade às experiências em curso no estado do Rio de Janeiro, contribuindo para a disseminação da prioridade na implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Ao destacar iniciativas qualificadas e múltiplas frentes de atuação, o projeto reforçou a relevância da política e evidenciou sua capilaridade potencial nos diferentes territórios.

Ao longo dos vários encontros foram abordados temas centrais para o cotidiano do pensar e do fazer da política pública de saúde, a partir de diálogos que envolveram programas e áreas técnicas municipais de Saúde da População Negra; ações voltadas às comunidades quilombolas; a produção e análise de dados epidemiológicos racializados; o financiamento das ações; a implantação de comitês municipais; o letramento racial como estratégia fundamental tanto para usuários

quanto para trabalhadores da saúde; e a assistência à doença falciforme, contemplando perspectivas de técnicos e de uma usuária do sistema de saúde.

Em articulação com essa iniciativa, foi produzido, em 27 de novembro de 2025, material alusivo ao Dia Nacional de Mobilização pela Saúde da População Negra, publicado no site e nas redes sociais do Cosems-RJ, contendo informações e orientações direcionadas a gestores e técnicos municipais acerca da PNSIPN.

Figura 3. Arte Cosems-RJ para divulgação



Fonte: Arquivo Cosems-RJ.



O podcast temático do Cosems-RJ se somou, ainda, a outras iniciativas decorrentes dos encontros e articulações desencadeados pela Mostra de Boas Práticas, destacando-se o lançamento do Observatório Nacional de Saúde da População Negra da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob a liderança da coordenação do Eixo 2 do TED 166/2023, bem como a realização de Oficinas Macrorregionais, conduzidas pelo Eixo 1 do referido TED, em articulação com a atual Coordenação da Área Técnica de Saúde da População Negra da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), Gabrielle Damasceno da Costa.

Figura 4. Oficina Regional de Apoio Estratégico em Saúde da População Negra (03/10/2025), com a participação de Sirlene Silva, Diretora de Regionalização do Cosems-RJ



Fonte: Arquivo Cosems-RJ.

O Cosems-RJ também esteve presente na Edição do Sala de Convidados, do Canal Saúde-Fiocruz, com o tema: Saúde Integral da População Negra nos Territórios, com a participação do Vice-presidente Cosems-RJ, Leônidas Heringer, Dra. Marly Cruz (Ensp/Fiocruz), Ana Cássia Cople (Seinp/RJ) e Ana Raquel Octaviano. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/videos/22>

07-saude-integral-da-populacao-negra-nos-territorios

Figura 5. Sala de Convidados do Canal Saúde (17/09/25)



Fonte: Arquivo Cosems-RJ.

As iniciativas aqui descritas, em especial o podcast temático do Cosems-RJ, evidenciam que a circulação de experiências, saberes e práticas nos territórios constitui estratégia relevante para a ativação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cotidiano da gestão do SUS. Ao dar visibilidade às ações municipais, aos desafios enfrentados e às



soluções construídas localmente, essas experiências permitem compreender como a PNSIPN vem sendo apropriada, tensionada e ressignificada no nível local. Tal acúmulo oferece, portanto, subsídios importantes para uma análise mais aprofundada sobre os limites e as possibilidades de avanço da política, a partir da perspectiva daqueles que a implementam nos territórios. É a partir desse lugar, o da gestão municipal, que o item seguinte se propõe a examinar as perspectivas de fortalecimento e consolidação da PNSIPN.

4 AS PERSPECTIVAS DE AVANÇOS PARA A PNSIPN SOB A ÓTICA DA GESTÃO MUNICIPAL

Apesar de seu caráter normativo e de sua relevância política e sanitária, a trajetória da PNSIPN tem sido marcada por baixos níveis de implementação, especialmente no âmbito local, onde as políticas públicas se materializam no cotidiano dos serviços.



Sob a ótica da gestão municipal, os desafios para a efetivação da PNSIPN estão diretamente relacionados às condições concretas de governança do SUS nos territórios. Os municípios, enquanto entes federativos responsáveis pela execução da maior parte das ações e serviços de saúde, operam em contextos de elevada complexidade, caracterizados por múltiplas demandas assistenciais, restrições financeiras, rotatividade de equipes e assimetrias de capacidade técnica. Nesse cenário, políticas de caráter transversal, como a PNSIPN, tendem a disputar espaço com agendas historicamente mais consolidadas, sendo frequentemente percebidas como adicionais ou secundárias, ainda que tratem de determinantes centrais da produção de saúde e doença.

Ainda assim, observam-se perspectivas concretas de avanço, especialmente quando a política é apropriada como instrumento de qualificação da gestão e da assistência, e não



apenas como diretriz normativa. A incorporação do recorte racial nos instrumentos de planejamento como planos municipais de saúde, programações anuais e relatórios de gestão constitui um passo fundamental para institucionalizar a PNSIPN no ciclo de gestão. Do ponto de vista municipal, a produção, análise e utilização de dados epidemiológicos racializados emerge como estratégia central, ao permitir a identificação de desigualdades ocultas por médias populacionais e orientar intervenções mais adequadas às realidades locais.

Outro eixo estratégico para o avanço da PNSIPN na gestão municipal refere-se ao fortalecimento da capacidade institucional. A existência de áreas técnicas, comitês ou referências formais para a Saúde da População Negra, ainda que em formatos distintos entre os municípios, tem se mostrado um fator indutor para a continuidade das ações, sobretudo em contextos de mudanças de gestão. Essas



instâncias contribuem para a transversalização da pauta racial nas diferentes áreas da secretaria municipal de saúde, articulando a atenção primária, a atenção especializada, a vigilância em saúde e as redes temáticas, como a Rede de Atenção à Doença Falciforme.

A dimensão formativa também se coloca como perspectiva relevante. O letramento racial de gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde constitui condição indispensável para a efetividade da PNSIPN, à medida que o racismo institucional, muitas vezes naturalizado, atravessa práticas, fluxos e decisões cotidianas. A gestão municipal, ao investir em processos de educação permanente que abordem o racismo como fenômeno estrutural, contribui para a construção de uma cultura institucional orientada pela equidade e pela humanização do cuidado.

No plano interfederativo, os recentes movimentos de indução federal e estadual, intensificados a partir de 2023, abrem novas



possibilidades para os municípios. Iniciativas como termos de execução descentralizada, produção de boletins epidemiológicos racializados, observatórios temáticos e mostras de boas práticas têm potencial para reduzir o isolamento das experiências locais, promover trocas horizontais e fortalecer o papel dos municípios como produtores de conhecimento e inovação no SUS. Sob essa perspectiva, espaços de visibilização das práticas municipais, como mostras e estratégias de comunicação institucional, cumprem função política relevante ao reconhecer e legitimar esforços já em curso nos territórios.

Em síntese, as possibilidades de avanço da PNSIPN, sob a ótica da gestão municipal, estão condicionadas à articulação entre compromisso político, indução interfederativa e capacidade técnico-institucional. Mais do que a proposição de ações pontuais, o desafio central reside na incorporação da Saúde da População Negra aos processos ordinários de gestão,



reconhecendo o enfrentamento das iniquidades raciais como dimensão estruturante, e não acessória, da consolidação de um SUS universal, integral e equânime. Nessa direção, o fortalecimento da PNSIPN nos municípios ultrapassa o cumprimento formal de uma política específica, expressando-se como elemento qualificante do próprio projeto público de saúde no Brasil.

À luz dessas considerações, torna-se fundamental analisar de que modo a PNSIPN vem sendo incorporada aos instrumentos formais de planejamento municipal e como os mecanismos de indução interfederativa, exercidos pelas esferas federal e estadual, têm influenciado esse processo. Os textos subsequentes aprofundam essa análise, abordando, inicialmente, a política no âmbito do planejamento municipal e, em seguida, apresentando evidências empíricas dos Planos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de compreender os



limites, potencialidades e silenciamentos presentes nesses instrumentos.

5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO PLANEJAMENTO MUNICIPAL: INDUÇÃO INTERFEDERATIVA E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO NO SUS

Como já dito anteriormente, a PNSIPN configura-se como um marco no reconhecimento das desigualdades raciais como determinantes estruturais das iniquidades em saúde no Brasil e, especialmente a partir de 2023, observa-se o fortalecimento dessa agenda no âmbito federal, com maior centralidade política conferida à implementação da PNSIPN e à incorporação do recorte racial nas políticas do SUS. Esse movimento tem impulsionado estratégias de indução interfederativa voltadas ao apoio a estados e municípios na operacionalização das diretrizes nacionais por meio de instrumentos de gestão,



planejamento, monitoramento e avaliação, essenciais à efetivação das políticas de equidade.

Nesse contexto, o Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP), no âmbito da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SMSA-RJ), insere-se como uma das instâncias responsáveis por operacionalizar essa indução no território. Com interface multitemática junto às diferentes políticas do SUS e às prioridades estratégicas do governo federal, o SEINP atua na articulação entre o Ministério da Saúde, suas áreas técnicas, a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios, exercendo função de apoio técnico e coordenação interfederativa para a incorporação da PNSIPN nos instrumentos de planejamento municipal.

A centralidade do planejamento em saúde nesse processo decorre do papel estruturante que os instrumentos de gestão



exercem no SUS. Em especial, o Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui elemento basilar para a implementação das políticas públicas, uma vez que é por meio dele que as diretrizes nacionais são territorializadas, transformadas em objetivos, metas, indicadores e ações, e articuladas à programação orçamentária dos entes federativos.

A incorporação da PNSIPN nos Planos Municipais de Saúde permite não apenas o rastreamento da política ao longo do ciclo de gestão, mas também cria condições institucionais para a alocação de recursos e para o monitoramento de resultados, independentemente da existência de financiamentos federais específicos. Assim, a presença da política nos instrumentos de planejamento configura-se como condição necessária para sua sustentabilidade e para a produção de efeitos concretos sobre as desigualdades e iniquidades raciais em saúde.



Entretanto, os municípios enfrentam dificuldades recorrentes para traduzir políticas nacionais de caráter transversal, como a PNSIPN, em seus instrumentos de planejamento. Tais dificuldades envolvem limitações técnicas, desafios conceituais e fragilidades na incorporação do racismo estrutural e institucional como determinantes das iniquidades em saúde, impactando diretamente a qualidade das análises situacionais, a formulação de metas e a seleção de indicadores.

No âmbito das estratégias federais de apoio à implementação da PNSIPN no estado do Rio de Janeiro, destaca-se a relevância do Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 166, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. O TED configurou-se como uma importante oferta do governo federal para o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios no que se refere à implementação, ao monitoramento e à avaliação



da política, ampliando as condições técnicas para a qualificação do planejamento e da gestão local.

Essa cooperação institucional contribuiu para o desenvolvimento de ações voltadas à produção de análises, à disseminação de informações qualificadas e ao apoio técnico aos municípios, reforçando a centralidade do planejamento como instrumento de indução da equidade racial no SUS. Paralelamente, ao longo de 2025, foram desenvolvidas diversas iniciativas de apoio ao ciclo de planejamento municipal 2026–2029, incluindo a produção de materiais orientadores, a realização de debates nas regiões de saúde, o diálogo com áreas técnicas municipais e estaduais, bem como a articulação com o controle social e movimentos sociais. Essas ações buscaram fortalecer a capacidade dos municípios de incorporar o recorte racial de forma mais consistente nos seus instrumentos de gestão, reconhecendo a



transversalidade da equidade racial nas diferentes políticas do SUS.

5.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos Planos Municipais de Saúde: evidências empíricas do Estado do Rio de Janeiro

Com o objetivo de analisar como a PNSIPN vem sendo incorporada ao planejamento local, foi realizada uma análise dos 92 Planos Municipais de Saúde vigentes no estado do Rio de Janeiro, referentes ao período de 2021 a 2025. Esses instrumentos constituem a base formal da gestão municipal do SUS e são considerados peças estruturantes para a implementação das políticas de saúde no território.

A análise teve como foco identificar de que maneira a temática da saúde da população negra é considerada nos Planos Municipais de Saúde, tomando como referência a implementação da PNSIPN. Para tanto, foram



adotadas duas interfaces analíticas principais. A primeira concentrou-se na análise situacional de saúde, seção obrigatória dos planos, responsável por subsidiar a definição de prioridades, objetivos e metas. A segunda voltou-se à análise das metas e indicadores, buscando compreender como (e se) a política se desdobra em compromissos mensuráveis e passíveis de monitoramento no âmbito da gestão municipal.

Para a identificação das menções à política, foram utilizadas palavras-chave associadas à implementação da PNSIPN, tais como “negra/o”, “raça/cor”, “racismo”, “doença falciforme” e “quilombo”, com o intuito de localizar referências pertinentes nos diferentes componentes dos planos. A análise combinou procedimentos de análise de conteúdo, voltados à interpretação qualitativa das informações, com a verificação da pertinência conceitual e técnica das menções encontradas. No caso específico da análise situacional, considerou-se de forma



destacada o uso do quesito raça/cor como elemento analítico, reconhecendo sua relevância para a identificação das desigualdades raciais em saúde e para a formulação de respostas adequadas no âmbito do planejamento.

Os resultados indicam que a temática da saúde da população negra passou a figurar de forma mais frequente nos Planos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, evidenciando avanços recentes na visibilidade da pauta no planejamento local. No entanto, essa incorporação ocorre de maneira desigual entre os municípios e apresenta importantes limitações do ponto de vista da qualidade e da profundidade da implementação da política.

De forma mais específica, dos 92 Planos Municipais de Saúde analisados, 43 municípios apresentaram metas e/ou indicadores explicitamente relacionados à saúde da população negra. Entre esses, observou-se que a maioria dos municípios incluiu apenas uma



meta ou indicador, frequentemente restrito ao preenchimento do quesito raça/cor em sistemas de informação em saúde, em especial no que se refere às notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Um grupo menor de municípios apresentou duas ou mais metas e indicadores, incorporando ações mais diversificadas, como iniciativas voltadas à atenção à doença falciforme, capacitações de profissionais e ampliação do acesso a serviços.

No que se refere à análise situacional, apenas 19 dos 92 municípios analisados incorporaram o recorte raça/cor de forma explícita nesse componente do plano. Mesmo entre esses, observaram-se diferentes níveis de aprofundamento analítico: em parte dos casos, o recorte limitou-se à apresentação de dados populacionais descritivos, sem articulação com prioridades ou estratégias de intervenção; em outros, houve análise crítica das desigualdades raciais, porém sem desdobramento em metas e indicadores. Apenas um número bastante



reduzido de municípios apresentou uma cadeia mais consistente entre diagnóstico, definição de prioridades, formulação de metas específicas e previsão de monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Observa-se que parte significativa dos planos contempla a PNSIPN por meio de metas e indicadores genéricos, muitas vezes restritos ao cumprimento de exigências formais, como o preenchimento do quesito raça/cor em determinados sistemas de informação, sem avançar na definição de ações estruturantes ou de indicadores capazes de captar mudanças reais no perfil de saúde da população negra.

No que se refere à análise situacional, identifica-se uma baixa incorporação do recorte raça/cor como elemento analítico consistente. Em muitos casos, quando presente, esse recorte limita-se à apresentação de dados populacionais descritivos, sem articulação com a identificação de prioridades, a definição de metas ou o monitoramento da política. Apenas



uma parcela reduzida dos municípios apresenta uma cadeia completa entre diagnóstico, priorização, definição de metas e acompanhamento dos resultados relacionados à PNSIPN.

Esses achados evidenciam que, embora a pauta da saúde da população negra tenha avançado no plano do reconhecimento e da visibilidade, persistem desafios relevantes para sua consolidação no planejamento municipal. Entre esses desafios, destaca-se a necessidade de ampliar a disponibilidade e a qualidade das informações com recorte raça/cor, o que constitui atribuição estratégica nos âmbitos nacional e estadual, ao mesmo tempo em que demanda estímulo e qualificação do uso dessas informações pelos municípios.

Outro desafio central refere-se à estruturação conceitual e técnica das metas e indicadores. A recorrência de metas genéricas, pouco sensíveis às especificidades das iniquidades raciais em saúde, limita a



capacidade dos municípios de monitorar a implementação da política e de avaliar seus efeitos. Nesse sentido, torna-se fundamental avançar na formulação de indicadores que expressem problemas concretos e prioridades reais dos territórios.

Adicionalmente, observa-se a necessidade de fortalecer a interface da saúde da população negra com as demais políticas do SUS, incorporando de forma sistemática o recorte racial nos principais agravos e problemas de saúde, como mortalidade materna, mortalidade infantil, câncer, saúde mental e doenças crônicas. A transversalização da equidade racial no planejamento constitui, portanto, um passo decisivo para que a PNSIPN deixe de ocupar um lugar periférico e passe a integrar de forma estruturante a agenda da gestão municipal.

Diante dos achados apresentados, o principal desafio para o próximo ciclo de planejamento consiste em promover o



aprimoramento qualitativo da inserção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos instrumentos de gestão do SUS, superando abordagens meramente formais e avançando na consolidação de metas e indicadores conceitualmente adequados, territorialmente sensíveis e orientados à redução efetiva das iniquidades raciais em saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental estreitar e qualificar as ações de apoio técnico aos entes municipais, bem como ampliar a oferta de ferramentas de monitoramento e avaliação que permitam aos municípios acompanharem a implementação da política, avaliar a pertinência das estratégias adotadas e realizar os ajustes necessários ao longo do tempo. Ademais, a valorização e a visibilização das experiências municipais que apresentaram avanços mais consistentes configuram-se como elementos estratégicos de indução no âmbito da articulação interfederativa, contribuindo para a disseminação de referências, o fortalecimento



institucional dos territórios e a consolidação da equidade racial como dimensão estruturante do planejamento e da gestão do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso analítico desenvolvido ao longo deste capítulo evidenciou que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) se insere em um campo histórico, político e institucional marcado por profundas desigualdades raciais, produzidas e reproduzidas pelo racismo estrutural que conforma a sociedade brasileira. Ao retomar a formação histórica do país, os efeitos do colonialismo e da escravização, bem como suas repercussões persistentes nas condições de vida e de saúde da população negra, reafirma-se que as iniquidades raciais não constituem fenômenos residuais ou conjunturais, mas elementos estruturantes da produção social da saúde no Brasil.



Nesse contexto, a instituição da PNSIPN, por meio da Portaria nº 992/2009, representa um marco normativo e político fundamental ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde e ao propor diretrizes orientadas pela equidade, pela humanização do cuidado e pela participação social. No entanto, os achados apresentados ao longo do texto demonstram que, apesar de sua relevância, a política ainda enfrenta importantes obstáculos para sua efetiva implementação, especialmente no âmbito municipal, onde as ações e serviços do SUS se materializam cotidianamente.

A análise dos dados epidemiológicos racializados, bem como das evidências empíricas provenientes dos Planos Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, revelou avanços no reconhecimento da pauta da saúde da população negra, mas também expôs limites significativos quanto à profundidade, à consistência e à qualidade da incorporação da PNSIPN nos instrumentos de planejamento. A



recorrência de metas genéricas, a baixa utilização analítica do quesito raça/cor e a fragilidade na articulação entre diagnóstico, priorização e monitoramento indicam que a política, em muitos contextos, permanece restrita a um cumprimento formal, sem produzir transformações estruturais nos modos de planejar e gerir o cuidado em saúde.

Nesse cenário, destaca-se o papel estratégico da articulação interinstitucional e interfederativa como elemento indutor do avanço da PNSIPN. As iniciativas descritas, como a realização da 1ª Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra do Estado do Rio de Janeiro, o desenvolvimento do Inquérito Nacional da PNSIPN, a criação do Observatório de Saúde da População Negra da Fiocruz e a produção do podcast temático do Cosems-RJ, evidenciam a potência da circulação de saberes, da visibilização de experiências locais e do fortalecimento das redes de cooperação entre municípios, estado,



União, instituições acadêmicas e movimentos sociais.

Em especial, a atuação do Cosems-RJ mostrou-se central na mediação entre as diretrizes nacionais e as realidades concretas dos territórios, contribuindo para reduzir o isolamento das experiências municipais e para tensionar a incorporação da equidade racial como dimensão legítima e necessária da gestão do SUS. Ao utilizar estratégias de comunicação, educação permanente e valorização das práticas locais, o Cosems-RJ reafirma seu papel político-institucional na defesa de um sistema de saúde comprometido com a justiça social e com a redução das desigualdades historicamente produzidas.

Sob a ótica da gestão municipal, as perspectivas de fortalecimento da PNSIPN estão diretamente associadas à sua incorporação nos processos ordinários de gestão e planejamento, à qualificação da capacidade técnico-institucional dos municípios



e ao investimento contínuo em formação e letramento racial de gestores, trabalhadores e conselheiros de saúde. A transversalização do recorte racial nas políticas, programas e redes assistenciais do SUS constitui condição indispensável para que a política deixe de ocupar um lugar periférico e passe a operar como eixo estruturante da produção do cuidado.

Por fim, este estudo reafirma que o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ultrapassa o cumprimento formal de uma diretriz específica, configurando-se como expressão do próprio compromisso civilizatório que orienta o Sistema Único de Saúde. Avançar na consolidação da PNSIPN significa enfrentar o racismo estrutural inscrito nas práticas institucionais, produzir respostas mais sensíveis às desigualdades sociais e raciais e reafirmar o SUS como projeto público orientado pela universalidade, integralidade e, sobretudo, pela equidade. Nesse sentido, as experiências analisadas



oferecem importantes subsídios para a construção de caminhos possíveis, ancorados na articulação política, na indução interfederativa e na valorização das práticas locais como motores de transformação da realidade sanitária brasileira.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Americanah**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019, 264p.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 21 dez. 2025



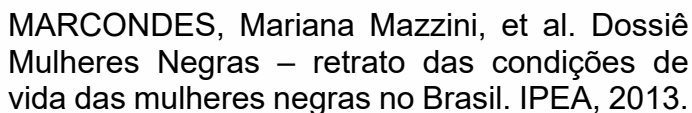
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra**. Vol.1. Out./2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/view>. Acesso em: 21 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra**. Vol.2. Out./2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023/view>. Acesso em: 21 dez. 2025.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FEDERECI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2019.

LEAL, M. DO C. *et al.* **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.



MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015.

RIBEIRO, Darcy. **A formação do povo brasileiro**. São Paulo: Global, 2015.

**CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS
FIOCRUZ: SINGULARIDADES DO SUS NO
TERRITÓRIO FLUMINENSE**

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira

Adriana Moro

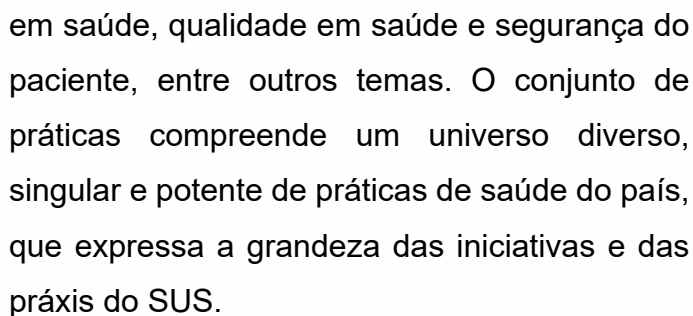
Marta Gama de Magalhães

Simione de Fátima Cesar da Silva



INTRODUÇÃO

A Curadoria em Saúde da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS configura-se como uma estratégia de potencialização das práticas do Sistema Único de Saúde (SUS). E no estado do Rio de Janeiro desenvolve uma forte e consolidada parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems-RJ). A Plataforma registra hoje um portfólio de 3.681 práticas de saúde publicadas a partir de todo o território brasileiro, com 870 práticas específicas do estado do Rio de Janeiro, distribuídas entre as categorias de assistência farmacêutica, atenção primária à saúde, atenção especializada e hospitalar, educação, informação e comunicação em saúde, gestão de serviços e sistemas de saúde, participação e controle social, ciência, tecnologia e inovação em saúde, práticas integrativas e complementares em saúde, promoção da saúde, saúde, ambiente e sustentabilidade, saúde mental e atenção psicossocial, vigilância



A Curadoria em Saúde se desenvolve em consonância com a diretriz da Plataforma IdeiaSUS de compartilhar práticas mapeadas nas dimensões local, regional e nacional, divulgando soluções criativas e inovadoras do SUS, assim como com as diretrizes institucionais da Fiocruz de promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania.

A 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz de 2024 marcou mais uma etapa da parceria entre as instituições, premiando as três melhores experiências do estado desenvolvidas pelos



municípios de Piraí, Resende e Campo dos Goytacazes.

Práticas de saúde premiadas na 4ª Mostra Estadual:

- Piraí/RJ – **“Equipe Multidisciplinar – um olhar psicossocial na atenção à infância e adolescência” – 1º lugar;**
- Resende/RJ – **“Práticas de Atenção à Saúde do trabalhador rural de Resende/RJ” – 2º lugar;**
- Campos dos Goytacazes/RJ: **“Programa SOS Coração” – 3º lugar.**

Destaca-se, que por força de desistência do município e descumprimento do regulamento da Mostra, a prática de saúde de Campo dos Goytacazes não foi acompanhada pela curadoria e, portanto, não contará com registro neste livro.

A 4ª Mostra contou na mesa de abertura com as presenças de Patrícia Canto, Coordenadora de Atenção à Saúde da Vice-



Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde da Fiocruz, Valcler Rangel, Assessor Especial para Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Ministério da Saúde (virtual), João Pedro dos Santos, do Conselho Nacional de Saúde, Maria Augusta Monteiro Ferreira, Presidente do Cosems-RJ e Secretária Municipal de Saúde de Rio Claro, Marcia Pinheiro, Coordenadora da Mostra Nacional “Brasil, aqui tem SUS” do CONASEMS, e Wagner Barbosa Oliveira, Coordenador da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz, com a mediação de Claudia Beatriz Le Cocq D’Oliveira, Analista Sênior e gestão da Curadoria IdeiaSUS Fiocruz. A edição contou com 23 apresentações orais de experiências do SUS no estado do Rio de Janeiro, previamente selecionadas, e realizadas nas dependências da tenda e auditório da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV – Fiocruz/RJ).

Figura 1 – Premiados na 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz, com acompanhamento da Curadoria em Saúde IdeiaSUS





Fonte: Acervo Cosems-RJ

A Mostra Estadual de 2024 recebeu um total de 106 inscrições, orquestrada por uma intensa mobilização de gestores, trabalhadoras, trabalhadores e especial atuação dos

apoiadores regionais do Cosems-RJ na motivação para participação. A organização pressupõe o estabelecimento de Comissão Organizadora e de avaliação prévia online, além de aprovação e divulgação do seu regulamento pelas instituições parceiras. A Mostra se consolida como um espaço rico e criativo do leque de iniciativas de gestão e atenção à saúde, protagonizadas pelas trabalhadoras e trabalhadores do SUS fluminense.

Figura 2 – 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz - Tenda da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz/RJ



Fonte: Acervo IdeiaSUS Fiocruz.



O evento possibilitou debater sobre o tema da mudança climática, com uma mesa intitulada “Mudanças climáticas, ambientais e seus efeitos na saúde: correlação com a Agenda 2030”, proferida pela pesquisadora e docente Renata Gracie, Coordenadora do Laboratório de Informação em Saúde do ICICT Fiocruz. A apresentação trouxe informações e dados de pesquisa sobre o tema, que apesar de sua urgência e relevância, apresenta-se ainda muito incipiente na agenda da gestão do SUS.

Além das apresentações orais, mesa temática e premiação de novas experiências do SUS fluminense, a 4^a Mostra marcou o lançamento do e-book *Saberes e Práticas de Saúde no Território: a parceria do Cosems-RJ e a IdeiaSUS Fiocruz no Rio de Janeiro*, lançado posteriormente em edição física, que registrou, em capítulos, as práticas premiadas na 3^a Mostra de 2023 acompanhadas pela Curadoria IdeiaSUS, dos municípios de

Armação dos Búzios, Mangaratiba de Volta Redonda.

Figura 3 – Lançamento do e-book Saberes e práticas de saúde no território: a parceria do Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz no Rio de Janeiro



Fonte: Acervo IdeiaSUS Fiocruz.

A Mostra de práticas de saúde é um momento de encontro, de troca e soma, de aposta na inovação e na força da trabalhadora e trabalhador da saúde como protagonistas do cuidado em saúde. Apostando na ética e no compromisso com a vida, elementos motrizes da implicação do “fazer saúde”. Fazer saúde que tem voz e vez nas singularidades e no que se propõe ser coletivo e participativo. Fazer saúde



que se consolida no olhar da equipe, que cuida e se cuida. E na gestão garantidora de direitos, que apoia, cria condições e fortalece as ações e serviços.

Neste contexto, a curadoria propõe-se a construir processos participativos de reflexão, ativadores de possibilidades para a gestão e cuidado em saúde, a partir da ação já desenvolvida pelas trabalhadoras e trabalhadores do SUS das práticas premiadas. Trata-se de uma intensa agenda de atividades presenciais e virtuais, conduzidas pelas curadoras e equipe de gestão da Plataforma IdeiaSUS e que se desenvolve também no ano subsequente à premiação.

Carvalho e Luz (2009) demonstram que as práticas de saúde compõem uma dimensão estruturante do SUS, expressão de intervenções capazes de alterar dinâmicas sociais e culturais, especialmente na atenção primária e promoção da saúde, que atuam sobre os

determinantes sociais da saúde. Neste contexto, gestão, trabalhadoras e trabalhadores do SUS atuam para criar “respiradouros” que iluminam e possibilitam estratégias organizadas de enfrentamento de cenários complexos, de iniquidades e desafios sanitários. Práticas de saúde, que registradas na Plataforma IdeiaSUS, tornam-se partícipes de uma rede de soma e produção de conhecimento, que se expressam nos percursos e histórias dos capítulos deste livro.

Figura 4 – Oficina da Curadoria em Saúde IdeiaSUS, 2025



Fonte: Acervo IdeiaSUS.



O desenvolvimento da Curadoria trabalha com a consolidação de metodologias ativas, disponibilizadas no “Guia da Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz”, do Projeto Curadoria em Saúde, o desafio de apoiar, qualificar e multiplicar práticas e soluções do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação – Programa Inova Gestão/2020, disponível em publicação na Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz (www.ideiasus.fiocruz.br).

Considerando o fenômeno mundial da crescente patologização da vida e dos diagnósticos dos transtornos psíquicos, o município de Pirai busca uma permanente qualificação da sua rede de atenção psicossocial, criando alternativas singulares para atendimento à população infanto-juvenil. Ao longo dos anos desenvolveu ações e criou os serviços de saúde com o Serviço Multidisciplinar de Atenção à Infância e Adolescência (SEMAIA) e posteriormente Centro Especializado Multiprofissional de Atenção à Infância e



Adolescência (CEMAIA), em um cenário complexo e crescente de diagnósticos de autismo, muitas vezes em uma escala sem precedentes na experiência brasileira (Fernandes *et al.*, 2024).

No campo da atenção e segundo o Ministério da Saúde (2025), as **Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)** e a de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) estão constituídas e apontam para sua necessária integração, na perspectiva de garantir atenção integral para pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme segue:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente, incluindo aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O CAPSi é fundamental para acompanhar crianças e adolescentes com TEA, inclusive nos casos graves, e apoiar a organização do cuidado para casos de menor



gravidade. Nos municípios menores, sem CAPSi, o cuidado das crianças deve ser organizado em outro serviço de saúde que siga os princípios do SUS e da RAPS. Já nas cidades maiores, CAPSi e CER devem atuar de forma integrada, evitando exclusões e garantindo atenção compartilhada às pessoas com TEA, independentemente de comorbidades ou risco psiquiátrico.

O cuidado às pessoas com deficiência é garantido pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e organizado pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). O objetivo é promover autonomia, qualidade de vida e inclusão social, considerando as necessidades de cada pessoa, inclusive aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para pessoas com TEA, o cuidado deve considerar as suas necessidades e expectativas e isso inclui atenção às dificuldades de comunicação, socialização, comportamento e sensorialidade, com terapias como fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física e serviço social. A Rede também oferta dispositivos



assistivos que auxiliam a autonomia das pessoas com TEA e sua inclusão. (Brasil, 2026)

No contexto das políticas públicas para o TEA, e apesar de todo o esforço e normativas do SUS, o debate atual aponta para incongruências entre as Redes, com tensionamentos na sua operacionalização, conforme descrito:

[...] trata-se do debate entre o campo da reabilitação e o da saúde mental acerca do dispositivo prioritário para cuidado de pessoas autistas, se o CAPSij (saúde mental), se o CER (reabilitação). Diferentes aspectos estão envolvidos nesse tensionamento que se dá entre setores internos ao SUS e envolve concepções diversas sobre o autismo e a deficiência e sobre modelos de intervenção, sendo acirrado por disputas relacionadas ao financiamento dos serviços, dentre outros aspectos. (Fernandes *et al.*, 2024)

Com especial atenção para a o atendimento terapêutico à criança diagnosticada com TEA em um cenário complexo, Piraí



desenvolveu a prática de saúde premiada, na busca crescente de construção de alternativas com e para além das normativas do SUS, buscando dispositivos próprios e adequados ao seu território. E construindo um percurso assistencial baseado na multidisciplinaridade e no compromisso com uma infância e juventude como sujeito de direito.

Em tempos de COP 30 realizada em Belém, capital do Pará, em novembro de 2025, o território rural se apresentou como protagonista na prática de saúde do município de Resende. Olhar o mundo do trabalho sob a ótica do campo e suas singularidades possibilitou a construção de um movimento de resgate e foco para as necessidades e agravos em saúde do trabalhador rural.

A Lei nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde, cita a saúde do trabalhador em seu artigo 6º, inciso V estabelecendo que:



[...] Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador.
- (Brasil, 1990)

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), por meio da Portaria nº 2.866, que com forte dimensão equitativa e transversal, lança luz para o universo das populações rurais e suas singularidades, conforme segue:

[...] com o objetivo de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Brasil, 2011)



Em continuidade a normatização do SUS, o Ministério da Saúde instituiu em 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria nº 1.823/2012, consolidada posteriormente no Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, com o objetivo de “desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (Brasil, 2012/2017).

Em 2026, o Ministério da Saúde define a saúde do trabalhador como:

Uma área estratégica da saúde pública e parte integrante do campo da Saúde Coletiva, com foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos relacionados às condições de trabalho. Reconhecendo o trabalho como determinante social da saúde, essa área busca assegurar a atenção integral à saúde da população



trabalhadora em seus diversos contextos. Por meio de ações integradas de Vigilância em Saúde, com destaque para a Vigilância Epidemiológica, o Sistema Único de Saúde (SUS) atua na identificação, monitoramento e enfrentamento de riscos e agravos à saúde, decorrentes dos ambientes, processos e relações de trabalho, em todo o território nacional. (Brasil, 2026)

Neste contexto, o sistema de saúde reconhece, ao longo dos anos, a vivência dos trabalhadores em eventos adversos que apontam para riscos iminentes para sua saúde, que necessitam de monitoramento e atenção.

No campo das especificidades da saúde do trabalhador rural, Glaudio (2018) refere-se em estudo de revisão bibliográfica, sobre a prevalência de acidentes com ferramentas manuais e com máquinas, acidentes com animais peçonhentos, exposição a agentes infecciosos e parasitários endêmicos, o ritmo intenso de trabalho que causa danos como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), a



exposição a agrotóxicos, as desordens mentais e o distanciamento dos serviços de saúde (Silva, 2005). Trata-se de um campo da saúde pública com fragilidades de produção de estudos e análises muitas vezes negligenciados, mas de relevância estruturante para o SUS.

Com no foco no trabalho como dimensão de impacto na qualidade de vida e no processo saúde-doença da população, Resende debruçou-se na análise das singularidades e vivências do trabalho rural, possibilitando um olhar cuidadoso e integrador para as demandas do seu território.

2 RELATO DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ JUNTO À PRÁTICA DE SAÚDE: “EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – UM OLHAR PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”

A curadoria abordou as práticas de cuidado em saúde desenvolvidas pelas equipes do Centro Especializado Multidisciplinar de Atendimento à Infância e Adolescência



(CEMAIA), experiência que vem de encontro a uma demanda urgente e crescente no país: o atendimento da população atípica infanto-juvenil.

A abordagem apresentada pela prática a faz um exemplo interessante e expressivo de modelo de trabalho, pois busca utilizar a abordagem psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes, mesmo estando em um município de pequeno porte, com 29.054 habitantes (IBGE 2024). Cenário que confere ao município a possibilidade de ter apenas um CAPS na modalidade I e não um CAPS infantil, mas que se organizou para atender as infâncias neste modelo. Também porque, além dos atendimentos individuais, promovem atendimentos em grupo entre as crianças e seus pares e seus pais, reafirmando a importância do exercício do inegociável e incondicional direito à convivência familiar e comunitária. Nos Projetos Terapêuticos Singulares, podem ser observadas variadas atividades extras e fora do serviço,



como por exemplo, a equoterapia, proporcionando também a vivência em espaços diversos.

É Importante evidenciar que, segundo as premissas de excepcionalidade e brevidade, conforme se destaca em Brasil (2014), esta prática busca reverter uma tendência crescente de internações, que tem sido avaliada como geradora de uma “eficácia invertida”, pois o maior rigor das medidas não tem propiciado maior inclusão social dos egressos, mas sim traumas e isolamento.

É importante pensarmos que a mobilização dos municípios pequenos para proporcionar um cuidado mais integral, psicossocial e de maneira singular para suas crianças e adolescentes vem em resposta a uma grande dificuldade em prestar cuidado a este público em espaços dedicados a adultos, como é o CAPS I, que lidam com problemas complexos como álcool e outras drogas, entre



outros. Os CAPS, como um serviço de porta aberta, mesmo separando em sua rotina um dia para o atendimento às crianças, vivencia um fluxo que pode trazer riscos psíquicos para as mesmas, que já possuem demandas complexas.

Neste contexto destacam-se algumas dificuldades, como por exemplo, a rotatividade de profissionais, o que interfere no vínculo, assim como o aumento da demanda de pacientes para a mesma quantidade de profissionais, sendo necessário uma revisão dos recursos humanos. Outro ponto destacado é o transporte dos pacientes e seus familiares, com uma lacuna para viabilização deste direito, o que exige, muitas vezes, que os atores sociais envolvidos se posicionem e se mobilizem.

A prática de Pirai/RJ atua para resguardar os espaços de desenvolvimento individual e social das crianças e adolescentes no campo da saúde mental. Com atores



envolvidos e que priorizam, tanto quanto possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia que os sistemas possuem para assim cuidar melhor na modalidade multidisciplinar.

3 RELATO DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ JUNTO À PRÁTICA DE SAÚDE: “PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL DE RESENDE/RJ”

A curadoria da prática de saúde implementada no município de Resende/RJ, tratou de um tema de extrema relevância para a organização dos serviços de saúde com foco nas reais demandas e necessidades do usuário, mas sobretudo de fundamental importância para os indivíduos e comunidades rurais. Diante desta inequívoca pertinência, as práticas de atenção à Saúde do Trabalhador Rural, proposto e implantado pela equipe de Saúde do Trabalhador (ST) da gestão municipal, em



conjunto com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Médio Paraíba II, teve a capacidade de agregar as áreas de Atenção Primária em Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde municipal, além de mobilizar outros setores da administração local, o Sindicato Rural e a Emater Resende. O processo de curadoria demandou um primeiro momento de compreensão da organização do CEREST Médio Paraíba II, com sede em Resende, e sua relação com a administração municipal. Assim, foi possível entender a extensão regional do Centro, unidade especializada, responsável pela vigilância em saúde do trabalhador dos municípios de Resende, Itatiaia, Porto Real, Quatis, Barra Mansa e Rio Claro, na região do Médio Paraíba, no estado do Rio de Janeiro. Superada essa fase, que ainda que pareça externa à prática em si, foi de extrema importância para ampliar o olhar sobre as potencialidades e gargalos do trabalho empreendido pela equipe responsável, a



especificidade da experiência passou a ser o objeto do trabalho desenvolvido por meio de web reuniões periódicas. Os primeiros pontos de reflexão, que mereceram especial atenção e adequado tempo de discussão entre a equipe local e a curadoria, foram:

- Dificuldade de avançar na melhoria das notificações de agravos e acidentes de trabalho por parte das equipes da APS de todos os territórios rurais do município, com especial recorte para aqueles já capacitados;

- Necessidade de avançar institucionalmente na implantação de inovações que permitam refletir nas notificações formais, a realidade constatada pela equipe do CEREST Médio Paraíba II, qual seja, agravos e acidentes relacionados à prática profissional dos trabalhadores rurais.

Com o objetivo de subsidiar de conhecimento e iluminar a equipe local em relação a realidades similares em outras



experiências divulgadas, a curadoria apresentou como material educativo e visando processos reflexivos, uma série de trabalhos que constam da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, entre eles:

→ “A importância do matriciamento realizado pela equipe do Centro de Referência Médio Paraíba nas emergências para o aumento das notificações de acidente de trabalho”. Volta Redonda/RJ - Natália Braga Nunes;

→ “A evolução na vigilância das doenças diarreicas agudas por meio da notificação online”. Manacapuru/AM - Kamila Alves Alencar;

→ “Coleta e processamento de dados de notificações compulsórias de acidentes com animais peçonhentos”. Barreirinha/AM - Lucas da Silva de Almeida;

→ “Educação Continuada da Saúde do Trabalhador: Capacitação para uma notificação



precisa e eficiente”. Queimadas/PB - Larissa Vitória Albuquerque Carlos;

→ “J154: Ferramenta facilitadora do processo de trabalho da rede protetiva. Ribeirão Preto/SP”. - Ananda Leticia Fuzo Ferreira e Márcia Soares Freitas da Motta.

Com base nos resultados e recomendações dos trabalhos investigados, a equipe da prática de saúde se propôs a realizar análise de possibilidades de inovações, assim como buscar maiores e melhores referenciais que possam subsidiar a qualificação e o aperfeiçoamento com base nas experiências exitosas compartilhadas, além de outros materiais, artigos e estudos, que foram compartilhados entre o grupo. O conjunto de subsídios técnicos encontrados corroboram os achados da equipe do CEREST e ST municipal, especialmente no que se refere às dificuldades na sensibilização dos profissionais da APS em identificar e proceder à correta notificação de



casos evidentes de agravos relacionados à prática profissional, assim como de acidentes de trabalho rural. Também ficou evidente que a própria população tem dificuldades em identificar situações relacionadas à sua prática profissional com possíveis adoecimentos ou acidentes, o que demanda processos educativos e de sensibilização. Durante o processo de curadoria foi elencada a necessidade de que a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde avance em inovações técnicas e de sistema, no sentido de facilitar o manejo, o preenchimento, o compartilhamento, a análise e o uso das informações para a tomada de decisões institucionais e políticas no que trata do tema em tela. Todas as questões levantadas e discutidas ao longo do processo de curadoria foram aprofundadas durante a visita técnica, onde foi possível acompanhar o início do processo de capacitação da APS da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Visconde de Mauá, distrito rural



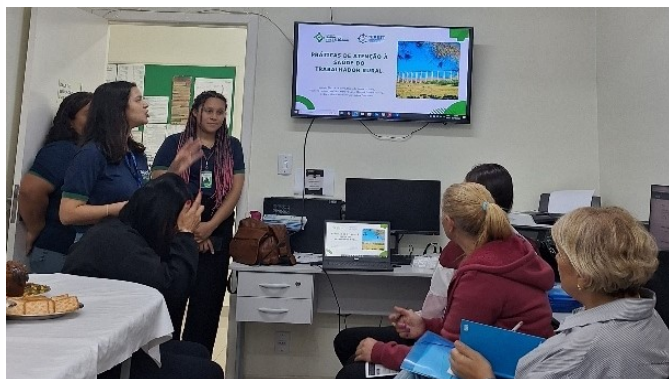
e turístico de Resende, que se juntará aos outros territórios rurais que compuseram o relato da prática. No mesmo local aconteceu encontro com a equipe da ST e do CEREST com a equipe de saúde local, contando com a presença da coordenadora das Unidades Rurais da APS municipal.

Ainda durante a visita, as gestoras da Curadoria IdeiaSUS da Fiocruz, Claudia Le Cocq e Marta Gama de Magalhães, e a Curadora da prática, Simione de Fátima Cesar da Silva, participaram de reunião com o Secretário Municipal de Saúde Ricardo Graciosa e toda a sua equipe de Diretores e Diretoras, durante a qual foi apresentada a prática, com suas potencialidades e desafios.

A visita foi avaliada positivamente pela equipe responsável pela prática, possibilitando renovação do interesse das equipes de APS em relação à proposta técnica; participação da gestão fortalecendo o compromisso com a

institucionalidade do trabalho em curso; e a motivação para realização de seminário com a APS para reforçar as diretrizes da ST. Assim, é possível afirmar que a presente prática, que se inicia com base na competência e comprometimento da equipe municipal de Saúde do Trabalhador e do CEREST, encontrou ressonância nas equipes de APS rurais do município e tem grande potencial de seguir em aperfeiçoamento, ao conseguir mobilizar a alta gestão municipal.

Figura 5 – Visita técnica à Unidade de Saúde de Visconde de Mauá, área rural de Resende/RJ – atividade de integração Saúde do Trabalhador e APS



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 6 – Visita técnica ao município de Resende/RJ – reunião com Secretário Municipal de Saúde, equipe dirigente, equipe da prática de saúde e equipe da Curadoria IdeiaSUS



Fonte: Acervo SMS/Prefeitura de Resende – Carina Rocha



REFERÊNCIAS

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos /** Ministério da Saúde, Conselho Nac. do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/autismo/redes-de-atuacao>. Acesso em: 25 de jan. de 2026.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador>; Acesso em: 25 de jan. de 2026.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília, DF, 2012.

Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

FERNANDES, A.D.S.A.; COUTO, M.C.V.; ANDRADA, B.C.; DELGADO, P.G.G. “A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate”. **Material Técnico**, 2024. ISBN: 978-65-00-99824-5.



GLAUDIO SO, C. E. V., SOUZA C. J., MAGNA L. A., CRIADO F. S., MONTEIRO, B. H., BARBOSA, D. **A. Saúde do trabalhador rural: uma revisão bibliográfica.** Revista Ciências do Trabalho n. 11, 2018, DIEESE, SP.

SILVA, Jandira Maciel da *et al.* Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 891-903, 2005.

**EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – UM OLHAR
PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO À INFÂNCIA
E ADOLESCÊNCIA: Olhando a saúde mental
das crianças e adolescentes de forma
multidisciplinar: o retrato de Pirai/RJ
através do cuidado**

Fátima Regina da Silva Souza

Adriana Moro

Beatriz da Silva Moura Maciel

Camila Troccoli Ramos

Cláudia Pereira de Abreu

Julliana de Souza Leandro

Karollayne Miranda Barreiro

Letícia Neves Barbosa

Mariana Portugal de Andrade

Mayara da Silva Sá Firmino

Renata Cardoso da Silva

Viviane Frisch Batista

*“É necessário se espantar,
se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a
realidade” (Nise da Silveira)*



1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximando-se do território da prática de saúde

O município de Pirai, com população de 29.054 habitantes (IBGE 2024), está localizado na Região do Médio-Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. Faz divisa com Barra do Pirai, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. É composto por quatro distritos: Pirai, Arrozal, Monumento e Santanésia, e apresenta uma extensão territorial de 505,5km², com uma grande extensão rural e maior concentração populacional na área central urbana (Distrito Pirai), sendo que os demais apresentam uma dispersão populacional e são constituídos de pequenas e médias propriedades rurais e duas áreas de assentamento rural: Terra da Paz e Roseli Nunes, situados na Fazendinha (INCRA, 2024).



A história de Pirai está intimamente ligada ao Rio Pirai, quando colonizadores portugueses e população indígena deram ao rio o nome de "Rio dos Peixes" devido à abundância desses recursos. Quando os primeiros colonos portugueses chegaram à região, por volta de 1770, escolheram as margens do Rio Pirai para se estabelecer. No início do século XIX, o cultivo do café no Vale do Paraíba marca a história do município, transformando a economia local e impulsionando o crescimento demográfico, surgindo uma elite agrária composta por fazendeiros, e a cafeicultura tornou-se a principal atividade econômica, desenhando as paisagens e a organização social do município (Incra, 2024).

Roteiros culturais marcam as atividades turísticas do município e, atualmente, o cultivo da macadâmia se traduz na culinária local. Dentre os festivais da cidade destacam-se o Café, Cachaça e Chorinho, e o já tradicional e



famoso “Piraí Fest”, importante festival gastronômico em outubro, que celebra o aniversário da cidade.

Destaca-se ainda o município como sede do importante Complexo Hidrelétrico de Lajes, operado pela Light, pioneiro na geração de energia no Brasil que, desde o início do século XX, visou resolver o suprimento elétrico e hídrico para a capital federal, à época e que ainda hoje garante 95% da água consumida na Região Metropolitana. O Complexo é formado pelas Usinas de Fontes, Fontes Nova, Nilo Peçanha e Pereira Passos, além da Usina Elevatória de Vigário, essencial para a transposição de águas.

Figura 1: Igreja de Santana no município de Pirai



Fonte: Mapa da Cultura – Foto: Isabela Kassow/Diadorim Ideias Disponível em:

<https://www.ipatrimonio.org/pirai-igreja-santana-e-casa-paroquial/#!/map=38329&loc>. Acesso em: 18/02/26.

1.2 Aproximando-se da prática de saúde

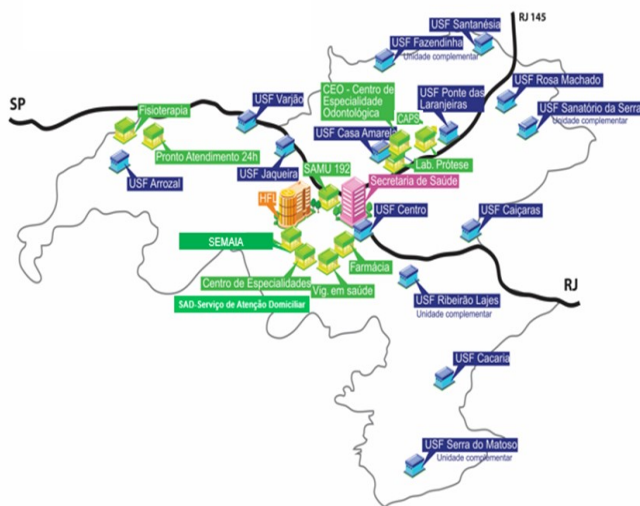
A Rede de Atenção à Saúde do Município, no que se refere à Atenção Primária, conta com 13 Unidades de Saúde da Família em atuação articulada a uma Equipe e-Multi; um Centro de Especialidades Médicas, com serviços de saúde de diversas especialidades. O Hospital Flávio Leal, único do município, é um



hospital filantrópico subvencionado pelo município. Piraí é referência regional nas áreas de média e alta complexidade ambulatorial para: oftalmologia, postectomia, vasectomia, tomografia computadorizada, hemoterapia pré-transfusional. Quanto à especialidade hospitalar é referência em leito de UTI cirúrgico e leito de UTI clínico.

A Rede de Atenção Psicossocial do município está organizada, no que tange ao componente Atenção Psicossocial Estratégica, a partir de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Tipo I). Um Serviço Residencial Terapêutico, ponto de atenção fundamental como estratégia de desinstitucionalização e dois Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral municipal, para garantir atenção às crises em saúde mental de forma territorial e de curta permanência.

A especificidade territorial de Piraí, além de sua dispersão populacional, aponta o papel estratégico da Atenção Primária em Saúde na





Em 2024, a experiência de cuidado a crianças e adolescentes de forma multidisciplinar em Pirai foi premiada como a melhor prática da 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ e IdeiaSUS Fiocruz. Essa premiação oportunizou o acompanhamento pela Curadoria em Saúde da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS da Fundação Oswaldo Cruz, tendo como resultado a escrita deste capítulo.

O objetivo de compartilhar nossa prática de saúde é revisitar a construção de um serviço que nasceu a partir de demanda do território, resultado da inquietação vivenciada por profissionais da Equipe de Saúde Mental, diante dos desafios de cuidar de crianças e adolescentes em um CAPS Tipo I. E, revisitando nossa trajetória, produzir afetos e sermos novamente afetados pelo desejo e a certeza de que é possível realizar um cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico de forma territorializada.



Assim como em rede, intersetorial e acima de tudo “inclusivo”, que acolha todas as “infâncias e adolescências”, independente dos diagnósticos, mas sobretudo que estejam em situação de sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

Neste capítulo, buscamos também refletir sobre os desafios de se sustentar a lógica da atenção psicossocial, num cenário de disputa de saberes e práticas, que acirradamente tentam se apresentar como as “únicas detentoras de todo saber e fazer” no cuidado a crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Assim como, promover saúde e cuidado na contramão de condutas patologizantes e medicamentosas, produzindo cuidado fora dos limites do consultório, extrapolando muros e rompendo com lógicas de formatos ambulatoriais.



2 NOSSA TRAJETÓRIA: QUANDO CUIDAR SE TORNA CAMINHO

2.1 Atenção à infância e adolescência no SUS

Visitando o percurso das transformações e da assistência na saúde mental infanto-juvenil no Brasil, é possível afirmar que existe um hiato entre os percursos de constituição da assistência no campo da saúde mental para o adulto e o de constituição para a infância e adolescência, uma vez que esta entra tardiamente na agenda política. A compreensão do adoecimento psíquico neste campo, por décadas, seguiu a mesma do entendimento da psicopatologia do adulto, e categorizou as crianças em sofrimento psíquico como “deficientes intelectuais” e os adolescentes como “delinquentes”, com o cuidado ancorado pela lógica de tratamento asilar em instituições filantrópicas fechadas. Esta lógica manteve-se persistente por décadas, com mudanças neste



modelo assistencial iniciando-se somente a partir da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em julho de 1990. O Estatuto estabeleceu princípios, normas e diretrizes voltadas à garantia dos direitos da população infanto-juvenil, afirmando-as como sujeitos de direitos que precisam de proteção total para seu pleno desenvolvimento. Com o advento do ECA, fica atribuída ao SUS a incumbência de promover direito à vida, acesso universal e equânime à serviços que promovam e a ações de proteção (Brasil, 2014).

No que tange aos dispositivos substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, no campo da infância e adolescência, somente no ano 2000 surgem os primeiros CAPS Infanto-juvenis (CAPSij), como resposta das políticas públicas no âmbito do SUS à necessidade de cuidado a esta população em consonância com a lógica da atenção psicossocial. Todavia, o desafio



permanece para os municípios menores, que não têm população para requerer um CAPSij, mesmo com grandes demandas de atendimentos à infância.

O atendimento terapêutico à criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no serviço público brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido fortemente atravessado por modelos de intervenções e diagnóstico biomédicos, que passam a reger, de forma quase exclusiva, a conduta clínica e terapêutica. Esse mecanismo acaba por reduzir a singularidade do sujeito à condição clínica, desconsiderando aspectos subjetivos, familiares, sociais e culturais que atravessam sua existência (Campos, 2000; Amarante, 2007).

Em serviços públicos de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij), ambulatórios especializados e espaços regionais criados para atendimento a esse público, observa-se frequentemente uma



padronização das intervenções terapêuticas, em que os protocolos são baseados em diagnóstico regrado e generalizado, empobrecendo a singularidades de cada criança (Brasil, 2015). Tal estrutura reflete uma lógica de cuidado centrada na doença e na normalização de comportamentos, mais do que na promoção da autonomia e da inclusão social do sujeito (Yasui, 2010; Costa-Rosa, 2013).

A contrapartida a esse fluxo é a abordagem psicossocial, que traz o olhar clínico do diagnóstico em sintonia com o sujeito na sua integralidade. A linha de cuidado, nessa perspectiva, abrange fatores que podem considerar determinantes para as propostas terapêuticas, como: história de vida da criança, questões sociais de saúde e vulnerabilidade, suas formas de comunicação, relações familiares e comunitárias, e culturais (Campos, 2007; Leonardi, 2021). O cuidado deve estar muito além do que tratar os sintomas, mas ampliar e viabilizar subsídios de



condicionamento para que as crianças com TEA se expressem, participem, se relacionem e desenvolvam manejos e formas de autenticidade de estar no mundo.

2.2 A saúde mental de Pirai pensando “fora da caixa”

Em 2015, nossas inquietações focaram na forma de construção do cuidado em saúde mental oferecido às nossas crianças e adolescentes. Nossa certeza era o desejo de um compromisso técnico e ético, enquanto profissionais do SUS, com a produção de cuidado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A partir daí nos perguntamos: ***onde e como estão nossas crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental?***

Neste contexto, a necessidade de um diagnóstico situacional levou à realização de levantamento de informações junto aos serviços da rede: Unidades de Saúde da Família, CAPS



Reviver, APAE e Serviço da Educação Inclusiva da Secretária Municipal de Educação e Tratamentos Fora do Município (TFD), a partir da instituição de GT-Grupo de Trabalho para organizar a assistência ao público referido. A análise do diagnóstico da situação de saúde revelou cuidado fragmentado, baixa resolutividade, fragilidade no monitoramento, dificuldade de acesso a serviço territorial, ausência de fluxos e protocolos. O diagnóstico apontou a urgência em instituímos uma equipe específica para construção de fluxos, planejar processos de avaliação diagnóstica e produzir protocolos de acesso e assistenciais e, dessa forma, nasceu a Equipe SEMAIA - Serviço Multidisciplinar de Atenção à Infância e Adolescência.

A equipe assume então o compromisso de se tornar referência para o cuidado ao público infanto-juvenil. Todos os integrantes atuavam na área há algum tempo, e a experiência no trabalho no CAPS, dispositivo pautado na lógica



da atenção psicossocial, já aquecia a maneira de pensar os critérios de encaminhamento e protocolos de assistência. Não éramos um CAPSi, no sentido *stricto sensu*, a lógica ambulatorial não fazia sentido para o que estávamos desenhando e para o que acreditávamos enquanto forma de cuidado e promoção de saúde mental. Sabíamos desde o início o que não seríamos enquanto equipe, e assim seguíamos na busca de nossa identidade e ocupando espaço na rede municipal.

Seguimos em reuniões de equipe intra e intersectorial com a Atenção Primária em Saúde — APS, Secretaria Municipal de Educação, APAE, visitas de intercâmbio a serviços de referência da região, ações de matriciamento junto às equipes da APS. Trabalhávamos atentamente na construção dos critérios de elegibilidade para o serviço e fluxos de encaminhamentos a partir dos pontos de atenção da rede. A RAPS do município já realizava regularmente fóruns intersectoriais para



discussão de questões relevantes do cuidado em saúde mental na rede.

Em outubro de 2016 realizamos um Fórum com o tema: ***Onde e como estão nossas crianças que precisam de cuidado em Saúde Mental?*** Neste evento, cada serviço apresentou seus dados e desafios quanto ao cuidado do público infanto-juvenil, um encontro potente, onde identificando os desafios também encontramos nossas potências, com discussões e propostas que corroboraram o diagnóstico situacional realizado pelo Grupo de Trabalho. As reflexões confirmaram a demanda que emergia do território e da percepção dos profissionais, quanto à urgência de uma equipe de referência ordenadora do cuidado em saúde mental, para o público infanto-juvenil no município.

Em janeiro de 2017, a equipe de referência iniciou os atendimentos, atuando no espaço cedido pela instituição APAE. No primeiro momento atendemos as crianças que estavam em acompanhamento no CAPS



Reviver, e algumas anteriormente atendidas pela Equipe Técnica da APAE, e, a partir daí novos casos passaram a ser encaminhados pelos dispositivos da rede.

Ao final do primeiro ano de atuação, 40 crianças estavam inseridas nas propostas terapêuticas individuais. Resistimos, por dois anos, atuando e nos reinventando, mesmo em um espaço com poucos recursos materiais, humanos, e em condições arquitetônicas precárias, em alguns momentos insalubres. Resistindo, persistindo, seguíamos em busca da nossa identidade, embrionariamente começamos os atendimentos multidisciplinares de fonoaudiologia e psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia, e, apesar das dificuldades, fomos desenhando a nossa lógica de cuidado enquanto equipe.

Em 04 de abril de 2019, o serviço mudou para um espaço mais adequado, alugado pela Prefeitura através da Secretaria Municipal de Saúde e adquirimos recursos materiais.

Figura 3: Inauguração do primeiro espaço do SEMAIA,
2019



Fonte: Prefeitura Municipal de Pirai. Disponível em:
<https://pirai.rj.gov.br/component/k2/prefeitura-apresenta-novas-instalacoes-para-atendimento-integrado-a-crianca-e-adolescente>>. Acesso em: 18/02/26.

Iniciamos as atividades, compartilhando espaço e principalmente saberes com a equipe do Serviço de Atendimento Educacional Especializado (SAEE) da Secretaria Municipal de Educação, equipe de referência da educação Inclusiva do município. A intersetorialidade é imprescindível no cuidado ao nosso público-alvo



e a parceria com a educação é inevitável. Nossa primeira unidade em um prédio independente também teve algumas dificuldades estruturais e de acessibilidade. Mesmo neste ambiente com desafios, seguimos o caminho na direção de fomentar, implantar e instituir um serviço de cuidado em saúde mental sustentado na lógica da atenção psicossocial. Um serviço inclusivo que acolhesse todas as crianças e suas famílias. Abaixo, segue depoimento que relata o momento deste serviço em seu momento inicial:

“Em 2019 retorno de licença e sou convidada a trabalhar nessa nova unidade, esse novo serviço, que tem como público crianças e adolescentes. Éramos uma equipe relativamente pequena e eu chego para a gerência administrativa da unidade, atendo também na recepção (estávamos sem profissional para a função) e na assistência como psicóloga; nesse momento a equipe é composta de psicólogos e fisioterapeutas.

Para mim foi um grande desafio, mas também muito prazeroso estar naquele serviço. Fazer parte da construção da identidade de um serviço e manter-se firme acreditando e defendendo a importância desse trabalho, junto à equipe, usuários e gestores; me fez crescer

muito como pessoa e profissional”. (Cláudia Pereira de Abreu - psicóloga que atuou na equipe até 2023).

Figura 4: Festa de Natal. Dezembro de 2019, na unidade SEMAIA



Fonte: Arquivos da prática. SEMAIA.

E veio a Pandemia da COVID-19, isolamento social, medos, inseguranças, seguir cuidando dos outros e cuidando também de si. Nos anos de 2020 a 2021, aproximadamente, tivemos que nos reinventar para oferecer



cuidado de forma que não colocasse em risco os atendidos, tampouco os trabalhadores. Mesmo nos períodos mais críticos, de isolamento total, não deixamos de cuidar. Conforme descrito no depoimento da psicóloga da equipe, Letícia Neves Barbosa:

“A equipe se revezava para não haver aglomeração de pessoas e, dessa forma, quem estava no “plantão” monitorava todos os pacientes que já estavam em tratamento através de mensagens ou chamadas de vídeo. Quando se tratava de casos em que os conselhos de classe preconizam atendimento presencial, realizávamos com todo o equipamento de segurança. Elaboramos alguns materiais para que as famílias utilizassem em casa com as crianças, com sugestões de atividades, brincadeiras e recursos para reduzir a ansiedade, muito presente neste período, em especial entre os adolescentes”. (Letícia Neves Barbosa - psicóloga da Equipe SEMAIA).

Em 2021 ocorre mudança na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e, como toda fase de mudança gera angústia, não foi diferente



com a equipe do SEMAIA. Surgem indagações sobre “o que seria pensado pela gestão municipal para o cuidado à infância e adolescência?” O estabelecimento da equipe e o trabalho reconhecido pela rede de saúde e pelos familiares possibilitou todo apoio da nova gestão e a continuidade das ações desenvolvidas.

Seguimos construindo pontes, fazendo parcerias e tecendo redes de cuidado. Identificamos onde e como estavam nossas crianças e adolescentes e aprofundamos a necessidade de organizarmos a assistência, validando a demanda que emergia do território, a partir da lógica da atenção psicossocial, referência escolhida pela equipe como a norteadora de todo o trabalho. E, nesta direção, na construção do fluxo de encaminhamentos, priorizamos a Atenção Primária à Saúde (APS) como referência para porta de entrada ao serviço. Entretanto, sendo um serviço comunitário e de portas abertas, demandas



espontâneas também são acolhidas. Destaca-se que o Serviço de Referência para o público infanto-juvenil no município se insere e se articula com outras políticas públicas de proteção e assistência social, bem como com o Ministério Público e Judiciário.

As demandas do território foram definindo o nosso público: hipóteses diagnósticas de depressão e ansiedade; transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); suspeita de TEA; sinais de alerta para transtornos do neurodesenvolvimento; sofrimentos decorrentes de violências e abusos e hipótese diagnóstica de transtornos de aprendizagem, sendo estes casos compartilhados com a equipe da Educação, entendendo a necessidade de intervenções no campo pedagógico escolar para estes quadros. Como descreve o depoimento a seguir:



“Foi um período para estabelecer quem somos, ou não somos, de construções, reconstruções, afirmações internas e externas. Esse processo acontecia sempre de forma conjunta, com toda a equipe. Foram muitos os encontros para este fim, chegamos a nos reunirmos, uma semana inteira para criar estes protocolos, instrutivos, instrumentos e afins”. (Letícia Neves Barbosa - psicóloga da Equipe Técnica do SEMAIA).

Definimos nosso protocolo de acesso, sendo a APS a principal porta de entrada, com encaminhamentos realizados através do SISREG - Sistema Nacional de Regulação, possibilitando um gerenciamento do acesso dos casos oriundos das Unidades de Saúde. A utilização do sistema também oportunizou e ainda possibilita um processo de qualificação dos encaminhamentos. Os demais serviços da rede encaminham diretamente para o serviço, enfatizando o nosso imediato contato com a APS, para que o cuidado se estenda e se mantenha ao território de forma integral e longitudinal.



No processo instituído de avaliação, o primeiro atendimento é multidisciplinar (psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta), visando sua otimização. Realizamos entrevistas com os responsáveis e, para avaliação diagnóstica, utilizamos instrumentos e escalas validadas. O envolvimento dos responsáveis desde o início da avaliação visa à corresponsabilização dos familiares em todo o processo, implicando-os como parceiros do cuidado. A construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) acontece prioritariamente nas reuniões de equipe, após a discussão do caso quando diferentes saberes e olhares se voltam para a criança ou adolescente na elaboração do plano de cuidado.

A grande demanda de atendimento a crianças e adolescentes com autismo e a insuficiência de capacitação específica da equipe sobre este público, levaram a participação em alguns cursos em 2022, o que qualificou o atendimento dos profissionais.



Assim como, em 2023, o serviço contou com o apoio de uma assessoria para aprofundamento nos processos de avaliação e intervenções no campo do cuidado ao TEA, por aproximadamente 12 meses. A equipe teve a possibilidade de participar do Congresso Rio TEAma, entre outras palestras e capacitações online.

Nossa equipe é composta por profissionais concursados e efetivos, todos “servidores públicos” e isto garante a continuidade do trabalho, uma vez que não há rotatividade, comum em serviços que trabalham com outra forma de vínculo profissional. Dentre os 14 profissionais que compõem atualmente a equipe técnica, seis estão atuando desde o início da prática, característica marcante no município, que tem garantido a sustentação da mesma, o planejamento de longo prazo e a execução de projetos, destacando, ainda, o acúmulo de experiência reverberando em qualificação da assistência prestada.



Em dezembro de 2023 nos mudamos para um novo espaço, com mais salas, melhor acessibilidade, maior conforto, com mobiliários novos e ergonômicos, ambiente climatizado e informatizado. Além de estar equipado com materiais específicos para fisioterapia e terapia ocupacional, com aparelhos de integração sensorial e três salas amplas para atividades em grupo, espaço para reuniões e cursos. Tudo planejado para oferecer o melhor cuidado para os pacientes e suas famílias.

O que era um serviço da saúde — SEMAIA — passou a funcionar dentro do CEMAIA, que é um Centro Especializado municipal. Fortalecendo a parceria entre Saúde e Educação, esse novo espaço, CEMAIA - Centro Especializado Multiprofissional de Atenção à Infância e Adolescência, passa a ser o local onde duas equipes SEMAIA - Saúde e o Serviço Atendimento Educacional Especializado (SAEE) Educação, agora juntas, seguem tecendo uma rede de cuidado interdisciplinar,



assim como ampliando as ofertas terapêuticas. Segue depoimento acerca deste novo momento do serviço:

“SEMAIA/CEMAIA cresceu... em equipe e espaço, ganhou uma nova unidade muito bem montada muito especial, uma equipe quase que completa, uma forte parceria com a educação/equipe de inclusão e ampliação do cuidado. Eu me sinto muito honrada e lisonjeada por ter feito parte dessa história. Aprendi muito, com todos e cada um, cresci como pessoa e profissional, o SEMAIA/CEMAIA tem um lugar no meu coração. É um serviço extremamente necessário no cuidado de crianças e adolescentes. Não poderia deixar de agradecer a toda a equipe, e a Coordenação Técnica, sempre apaixonada por esse serviço, a oportunidade de ter vivenciado essa experiência tão rica”. (Cláudia Pereira de Abreu - psicóloga que atuou na equipe até 2023).



Em 2024 criamos propostas de atuação terapêuticas coletivas: Grupo de Estimulação Precoce, Brincar Terapêutico, Grupo (Re) Constrói, Grupo Adoles-SER; Grupos de Familiares, Oficina de Musicalização, Grupo de Expressão e Rodas de Conversa com familiares, realizadas por profissionais da equipe e outros da rede de saúde municipal.

As propostas terapêuticas grupais iniciadas foram se revelando como uma potente estratégia, que para além de ampliar acesso, valoriza o “encontro afetivo” como ferramenta terapêutica. O fluxo assistencial das propostas terapêuticas coletivas estrutura-se pela triagem multiprofissional, conduzida pela fisioterapeuta, psicóloga e fonoaudióloga. Após essa etapa, os casos são discutidos em reunião de equipe, conforme as diretrizes de cuidado compartilhado preconizadas pela atenção psicossocial (Brasil, 2014). A partir dessas deliberações, os profissionais responsáveis pelos grupos organizavam a composição dos encontros,



respeitando características individuais, demandas específicas e a faixa etária das crianças e assim construímos os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O PTS, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização, constitui-se como um processo coletivo de elaboração de diretrizes terapêuticas que considera singularidades e necessidades específicas do sujeito, articulando ações interdisciplinares e corresponsabilizadas (Brasil, 2004). A estratégia de construção dos PTS permitiu à equipe reorganizar estratégias de cuidado a partir das necessidades de cada criança ou adolescente, que estão inseridos para acompanhamento pela equipe.

Entre as propostas terapêuticas em grupo destacamos o Grupo “Brincar terapêutico”, concebido enquanto dispositivo clínico-coletivo de promoção de comunicação, interação social e desenvolvimento global, voltado ao público infantil, com diagnóstico dentro dos Transtornos do Espectro Autista



(TEA) ou que apresentavam dificuldades significativas de socialização e interação social. Assim, a criação do Grupo “Brincar Terapêutico” emergiu como alternativa para qualificar a escuta clínica e oferecer um espaço de observação ampliada das habilidades das crianças em situações naturais de interação, como defendem Winnicott (1975) e Kishimoto (2011) ao destacarem que a brincadeira é recurso privilegiado para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social.

Os encontros do Brincar Terapêutico acontecem semanalmente, com duração aproximada de 40 minutos, conduzidos pela fonoaudióloga, psicóloga e com o apoio de uma estagiária de psicologia. Ao final de cada sessão, é preenchido um checklist estruturado, constituído de anotações e observações clínicas relativas à comunicação, interação social, iniciativa de brincadeira, responsividade e repertório comportamental. Esse instrumento funciona como suporte ao diagnóstico



diferencial e ao acompanhamento evolutivo, reforçando o caráter avaliativo do brincar como preconizam Bosa (2006) e Fernandes & Amato (2019).

A proposta do brincar terapêutico buscou se distanciar de modelos centrados exclusivamente em intervenções individualizadas e frequentemente associados à noção de progresso linear. Ao contrário, compreendeu-se o brincar como campo relacional e dialógico capaz de favorecer a percepção do outro, a flexibilidade cognitiva, a comunicação funcional e a experiência de trocas sociais (Winnicott, 1975; Kishimoto, 2011). As atividades planejadas integram momentos individuais e coletivos, permitindo ampliar a observação das habilidades sociais presentes no TEA e em crianças com dificuldades de comunicação, em consonância com estudos contemporâneos sobre desenvolvimento infantil e interação simbólica (Apa, 2014; Schmidt *et al.*, 2016).



O grupo adota o formato aberto, mantendo entre quatro e cinco crianças por encontro, número estabelecido conforme a complexidade dos casos e o suporte necessário às intervenções. As observações longitudinais indicam que crianças com atraso na comunicação, porém sem comorbidades associadas, ou classificadas com nível de suporte 1 segundo o DSM-5, obtém progressos satisfatórios, possibilitando a alta do grupo e pausa terapêutica naquele momento. Por outro lado, crianças com maior complexidade clínica permanecem mais tempo no grupo ou são encaminhadas paralelamente para outras modalidades de cuidado especializado, como orienta o manejo em rede previsto pelas políticas de atenção à infância (Brasil, 2017).

Dessa forma, o Brincar Terapêutico consolidou-se como prática inovadora no território, fortalecendo a integralidade do cuidado e ampliando as possibilidades de intervenção precoce, articulação

multiprofissional e construção de vínculos terapêuticos significativos, aspectos centrais para a promoção da saúde mental na infância e adolescência.

Figura 5: Experiência do brincar no território, 2025



Fonte: Arquivos da prática. SEMAIA.

A partir das observações e das discussões realizadas em equipe, emergiu a necessidade de acolher os responsáveis de maneira singular, reconhecendo que o brincar para produzir efeitos terapêuticos mais robustos precisava ultrapassar o espaço institucional e ser incorporado ao cotidiano familiar. A literatura aponta que a participação ativa dos pais nas práticas lúdicas fortalece vínculos, amplia



repertórios comunicativos e promove maior engajamento no desenvolvimento infantil (Vygotsky, 1998; Kishimoto, 2011). Brincar em família, portanto, não é apenas uma atividade recreativa, mas um potente instrumento de mediação afetiva, cognitiva e social, e com esse entendimento, foi criado o “Grupo (Re) Constrói”, um dispositivo que visava entrelaçar os laços entre pais e filhos por meio do uso de materiais recicláveis, permitindo que as famílias pudessem brincar, construir brinquedos, ampliar vocabulário e fortalecer vínculos no ambiente doméstico. Essa proposta dialoga com as concepções de Winnicott (1975), para quem o brincar compartilhado é espaço privilegiado de encontro, criatividade e constituição subjetiva.

O grupo “(Re) Constrói” funciona em formato aberto e a equipe identifica as crianças e responsáveis elegíveis para a proposta. Os encontros acontecem de forma bimensal, e cada família trazia os materiais previamente combinados. Essa estrutura busca incentivar a



criação conjunta e a continuidade do brincar em casa, reforçando o papel dos pais como parceiros terapêuticos, conforme defendem Fernandes e Amato (2019) sobre a importância da participação familiar em intervenções comunicativas. Durante as oficinas, observa-se que muitos pais apresentam dificuldades iniciais no manejo das atividades, tanto na construção dos brinquedos quanto na interação lúdica com seus filhos. Situações como birras, crises, choros ou desafios de coordenação motora frequentemente surgem, levando alguns responsáveis a realizarem as tarefas no lugar das crianças. Esse movimento, apesar de compreensível no contexto de cuidado, gera frustração e impaciência, evidenciando a necessidade de trabalhar também aspectos relacionados às expectativas parentais, ao tempo da criança e ao significado da brincadeira no processo de desenvolvimento.

A literatura reforça que o brincar compartilhado exige do adulto a capacidade de



sustentar a frustração, mediar conflitos, apoiar emocionalmente e permitir que a criança explore o ambiente de forma autônoma (Brougère, 2010; Maranhã, 2017). Dessa forma, o grupo “(Re) Constrói” tornou-se não apenas um espaço de confecção de brinquedos, mas um ambiente de aprendizagem parental, promovendo reflexões sobre vínculo, presença, comunicação e responsividade. Assim, ao complementar o Brincar Terapêutico, o “(Re) Constrói” ampliou a rede de suporte às famílias, reforçando que o brincar é uma prática de saúde, de cuidado e de fortalecimento das relações familiares, constituindo-se como estratégia essencial para o desenvolvimento infantil integral.

Seguimos sedimentando nossa trajetória a partir da interlocução com a rede intersetorial, reuniões de equipe, revisão sistemática dos fluxos e protocolos na direção de qualificá-los, discussões de casos clínicos, capacitações, participação em Fóruns Municipais, mas,

sobretudo, sustentando a lógica da atenção psicossocial no cuidado individual e coletivo a todo público infanto-juvenil.

Em 2024, nossa experiência foi selecionada e premiada em 1º Lugar na 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ/IdeiaSUS Fiocruz, o que nos oportunizou o acompanhamento da Curadoria em Saúde da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Figura 6: Premiação na 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems-RJ/IdeiaSUS Fiocruz



Fonte: Arquivos da prática. SEMAIA.



2.3 O processo de curadoria: entre histórias, afetos e saberes

A Curadoria nos convida a revisitar nossa prática premiada, a partir de um olhar cuidadoso e técnico de toda a equipe integrante. A possibilidade de “escrever sobre” resgata nossa potência, nosso desejo, nossa força. Conhecer de perto outras práticas, compartilhar conhecimento e, acima de tudo, conhecer novas tecnologias de cuidado, que se multiplicam no cotidiano dos serviços, mostrou-se uma experiência enriquecedora. É ver o SUS vivo, acontecendo em todo território nacional. Participar da curadoria é um processo ativo de Educação Permanente em Saúde, porque mergulhando no “nosso fazer”, de cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na lógica da atenção psicossocial, seguimos num movimento de novas transformações da nossa realidade e ativando essa prática em curso.



Durante as oficinas presenciais ocorridas no Campus Fiocruz – Rio de Janeiro, vivenciamos a possibilidade de conhecer outras práticas, como um processo de intercâmbio de experiências, produção de conhecimento e multiplicação de saberes. Foram realizados também encontros virtuais, com o objetivo de nos orientar quanto à sistematização da prática para a escrita deste capítulo, e em cada encontro éramos afetados pelo reconhecimento e valorização do que foi construído pelos profissionais envolvidos. E assim ativados na motivação para seguirmos, e nos reconhecendo como agentes propulsores de atenção à saúde de crianças e adolescentes no SUS.

Figura 7: Participação dos profissionais envolvidos com a prática premiada de Pirai na OFICINA DE CURADORIA IdeiaSUS/Cosems-RJ, em 24/03/2025



Fonte: Arquivo da prática. SEMAIA.

3 IMPACTOS E DESDOBRAMENTOS DA PRÁTICA: PIRAI EM MOVIMENTO

Com o aumento do número de crianças inseridas no serviço e a consolidação de fluxos e protocolos, assumimos nosso lugar na rede, sendo reconhecidos pela população, por outros pontos de atenção da rede e pela gestão municipal. Identificamos a necessidade de ampliar as categorias profissionais para compor a equipe. Solicitamos a criação do cargo de terapeuta ocupacional, uma vez que esta



categoria não compunha o quadro de servidores do município. Em 2023, a Câmara Municipal aprovou tal solicitação e, em 2024, no concurso público realizado, foram ofertadas vagas para esses profissionais, validando assim a relevância da prática na rede de saúde municipal.

Até a implantação desta prática, crianças com demandas de atendimento multidisciplinar eram encaminhadas para os CER – Centro Especializado de Referência Regional. A instituição da equipe oportunizou que crianças e adolescentes, antes em tratamento fora do município, sejam acompanhados no território com redução de custo de transporte e evitando desgaste físico e emocional para familiares e pacientes com as viagens. O trabalho articulado com APS e SME possibilita ações de monitoramento dos casos, a partir destes pontos da rede que estão em todos os territórios, uma vez que o município conta com 100% de cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) e



22 Unidades Escolares, também presentes em todo território.

Em 2024, com a realização do concurso público para diversas categorias profissionais e o entendimento da gestão municipal em fortalecer essa prática, a equipe multidisciplinar do Serviço de Atendimento Educacional Especializado – SAAE ganhou reforços com profissionais de diversas especialidades. Eles passam a realizar avaliações e atendimentos em campos pedagógicos e outros, como psicomotricidade, comunicação alternativa e aumentativa, o que potencializa o cuidado, uma vez que a interdisciplinaridade favorece uma visão holística das questões que envolvem o campo da atenção à infância e adolescência, superando a lógica fragmentada. A possibilidade de olhar a criança a partir de diferentes pontos de vista teóricos e técnicos fortaleceu os processos assistenciais para um cuidado integral.



Com o concurso público, embora tenha tido oferta para candidatos nas áreas de neuropediatria e psiquiatria infantil, não conseguimos preencher as vagas disponibilizadas para compor a equipe técnica do CEMAIA. Diante dessa realidade, a Secretaria Municipal de Saúde identificou a Telemedicina como uma estratégia para disponibilizar às crianças e adolescentes acompanhados no CEMAIA o atendimento nessas especialidades e em outras. Optou-se para não causar desassistência, sobre a contratação de empresa terceirizada prestadora de serviços em telemedicina para as áreas de pediatria, psicologia, neuropediatria e psiquiatria infantil, o que revela o reconhecimento da relevância em sustentar e fortalecer essa prática em curso.

Ainda em 2025, a integração à equipe de duas especialidades, nutrição e odontopediatria, efetiva a busca constante de olhar cada criança e adolescente em todas as suas necessidades



de saúde, construindo ações de promoção e prevenção e ofertando orientações às famílias.

Diversificando nosso “cardápio de ofertas terapêuticas” foi possível ampliar acesso, e os projetos de cuidado voltados para as famílias vem fortalecendo o vínculo com a equipe, uma vez que se sentem cuidados e, sobretudo, reconhecidos e valorizados enquanto parceiros do cuidado. Essa aproximação e vinculação impactou diretamente na luta pelos direitos das crianças e adolescentes, possibilitando o empoderamento da organização de grupos e associações que reivindicam melhores recursos para todas as crianças e adolescentes junto à gestão municipal. Reconhecendo que este movimento precisa ser incentivado e fortalecido, foi criado em julho de 2025 o Conselho Gestor da Unidade CEMAIA. O Conselho Gestor do CEMAIA garante a participação das famílias nas discussões e acompanhamento das ações e propostas do serviço. Os Conselhos são a efetivação da participação popular, ou seja, do



controle social na gestão pública, seja na formulação e/ou fiscalização das políticas públicas de saúde, garantida a partir da Lei N° 8.142, de 28/12/1990, que instituiu os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS, tanto a nível federal, estadual e municipal, sendo um direito garantido na Constituição Federal.

Uma das reivindicações das famílias e da equipe técnica foi a criação de um Centro de Equoterapia no município, pois algumas crianças são acompanhadas nesta proposta terapêutica em outra localidade. E, em 2025, esta proposta ganha corpo e começa a se concretizar com a contratação de um serviço municipal.

Dados do SISREG e SIA-SUS revelam que gradativamente há um aumento marcante e significativo no número de atendimentos realizados pela equipe desde sua implantação, conforme Quadro 01:



Quadro 01: Nº de atendimentos realizados de 2020 a novembro de 2025

ANO BASE	Nº de atendimentos realizados
2020	2.053
2021	2.435
2022	2.588
2023	2.180
2024	3.479
2025 (jan. a nov.)	3.582

Fonte: Arquivo do SEMAIA com dados do SIA-SUS e SISREG.

Mais do que atendimentos, a equipe vem produzindo cuidado e promoção de saúde mental e, para tanto, são desenvolvidas atividades temáticas como: Festa Junina, Dia das Crianças, Semana Municipal de Conscientização do Autismo, entre outras. Essas atividades têm se consolidado como momentos de encontros afetivos entre profissionais e familiares, entre pais e filhos, espaços de socialização entre as crianças e adolescentes, momentos ricos em afetos e “afetamentos” de todos os envolvidos.

Figura 8: Festa Dia das Crianças no novo espaço do
CEMAIA, outubro 2024



Fonte: Arquivos da prática. SEMAIA.

4 DESAFIOS ATUAIS: RAÍZES NO TERRITÓRIO E OLHARES PARA O FUTURO

A característica geográfica de Piraí, com sua dispersão territorial, coloca para familiares e equipe o desafio com transporte para o deslocamento ao serviço e necessidade de



articulação com a Secretaria de Transporte e mobilidade urbana. Este desafio se tornará mais presente a partir de 2026, quando a unidade ganhará um novo espaço para o CEMAIA, que embora mais amplo e com novas possibilidades terapêuticas (piscina e equoterapia), localiza-se em um bairro mais afastado do centro da cidade, onde atualmente funciona a unidade. Entretanto, a gestão municipal vem, em conjunto com a equipe CEMAIA, delineando ações estratégicas junto a outras secretarias, como a Secretaria de Ordem Pública e Mobilidade Urbana, para adoção de medidas que garantam o deslocamento dos usuários até o serviço. O depoimento seguinte ilustra esta situação:

“Esta questão do transporte acaba sendo um entrave também, pois como Pirai é um município com bairros muito afastados do centro e poucos horários de transporte público a esses bairros, a ausência de um veículo próprio dificulta a possibilidade de facilitar o acesso”. “As famílias, muitas vezes, recorrem aos veículos das Unidades de Saúde da Família. dos bairros, mas nem sempre é possível”. (Letícia



Neves Barbosa, psicóloga da equipe CEMAIA – Saúde).

No campo da parceria com a Educação ainda precisamos avançar na organização dos processos de trabalho interdisciplinares, visto que as demandas do cotidiano fragilizam a sustentação de agendas sistemáticas, onde os diferentes horários de trabalho de cada profissional geram, em alguns momentos, conflitos de agenda para as reuniões.

A ausência de uma “Porta de Saída” estruturada para casos mais graves, com prognósticos reservados, como TEA suporte 3 e 4 também é um desafio constante, o que reforça a necessidade de pensarmos em estratégias de cuidado que ultrapassem os limites do consultório, alcançando o território e a rede intersetorial como Cultura e Esporte. Neste contexto, a equipe e-Multi, instituída este ano no município, tem se apresentado como possibilidade de construção compartilhada de



dispositivos no território. Articulações iniciais entre a equipe CEMAIA e equipe e-Multi vem se desenhando para concretização de novas estratégias de cuidado territoriais. A articulação com a equipe e-Multi tem sido identificada também como resposta ao desafio de busca ativa nos territórios dos casos de abandono ao acompanhamento, ou daqueles que não conseguem acessar o serviço e potencializar a articulação com as equipes da APS, através das ações de apoio matricial.

A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes requer, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), uma abordagem integral, intersetorial e territorializada, convocando-nos a uma articulação efetiva entre saúde, educação, assistência social, justiça e cultura. No Plano Anual do CEMAIA para 2026 a equipe instituiu o “Fórum Intersetorial das Infâncias e Adolescências” com periodicidade quadrimestral e como meta para discutirmos e



pactuarmos ações intersetoriais voltadas ao desenvolvimento infantil que não se restrinjam ao tratamento clínico, mas contemplem também as dimensões sociais, culturais, afetivas e pedagógicas da vida dos sujeitos.

Seguimos com a prática, sustentados em nossa história e nas nossas raízes. Nutrimos a certeza de que é possível, ancorados nos princípios do SUS e da Atenção Psicossocial, tornar presente o que vislumbramos para o futuro o fortalecimento do cuidado universal, integral e equânime a todas as “infâncias e adolescências” do município. Segue depoimento de familiares, cuja filha, com Síndrome de Smith-Magenis, é acompanhada no CEMAIA:

“É muito bom ver a evolução que a Eloah está tendo no tratamento de Apraxia da Fala com a fonoaudióloga Viviane. Como essa condição exige uma intervenção intensiva e específica, o suporte multidisciplinar é fundamental. Na vida da Eloah, o CEMAIA é a



ponte entre o silêncio e a fala, unindo o esforço dela e da família ao conhecimento técnico, para que ela possa se comunicar plenamente com o mundo ao seu redor”. (Leonardo Rosa Vieira e Carina Amorim Coelho Vieira).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pirai como território de cuidado, escuta e construção de vínculos

Mais do que um espaço de atendimento, o CEMAIA se configura como um lugar de escuta, acolhimento, um “Lugar de Resistência”. Resistência à precarização das políticas públicas, à lógica medicalizante e à fragmentação do cuidado. O trabalho desenvolvido pela equipe demonstra que, mesmo em contextos de escassez, é possível construir práticas significativas e transformadoras, desde que pautadas no compromisso com o desenvolvimento integral e



na defesa dos direitos de todas as crianças e adolescentes.

Alguns profissionais chegando, outros saindo, muitos desafios pela frente! Mas o CEMAIA continua e continuará firme no objetivo de oferecer a melhor atenção e o melhor cuidado às crianças e adolescentes, assim como acolher e aproximar as famílias deste cuidado.

Pensar uma linha de cuidado que contraponha modelos tradicionais e responda às constantes reformulações do cuidado em saúde voltadas à infância e à adolescência tem sido um desafio permanente. No entanto, a equipe do CEMAIA da Prefeitura Municipal de Piraí, desenvolvido pelas Secretarias da Saúde e da Educação, conseguiu construir de forma multidisciplinar, um percurso assistencial que atravessa o diagnóstico sem se reduzir a ele, reconhecendo a criança e o adolescente como sujeitos pensantes, integrantes de um contexto relacional mais amplo.



Mesmo diante das limitações e dificuldades, o trabalho em equipe tem se mostrado um ponto de força. As trocas interdisciplinares, o diálogo constante e a construção de estratégias adaptadas à realidade local são aspectos que sustentam o cuidado ofertado. O compromisso ético, técnico e afetivo dos profissionais do CEMAIA tem sido determinante para que o serviço se mantenha como referência no município, acolhendo com sensibilidade e responsabilidade as demandas complexas que atravessam as infâncias e as adolescências contemporâneas.

Muitas vezes se questiona como o serviço se mantém ativo diante dos inúmeros obstáculos característicos da saúde pública. A resposta reside no entendimento de que a linha de cuidado se sustenta nos múltiplos olhares e na qualidade das relações estabelecidas entre profissionais, usuários, famílias e gestão municipal. Nada se faz de modo isolado: o



cuidado se constrói coletivamente, no encontro, na escuta e na corresponsabilização.

REFERÊNCIAS

AMATO, C. A. H.; FERNANDES, F. D. M. Avaliação da comunicação e da interação social no transtorno do espectro autista. In: **FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H.** (org.). Fonoaudiologia e transtornos do espectro do autismo. Barueri: Manole, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.** 5. ed. Washington, DC: APA, 2014.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 1, p. S47–S53, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Projeto Terapêutico Singular e Matrizes de Gestão.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.** Brasília, 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Comunicação e linguagem no autismo: avanços e desafios. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 5, p. 1–12, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A. MATSUKURA, T. S., LUSSI, I., I. A. O., FERIGATO, S. H. MORATO, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. 28(2), 725-740.

<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>

FERNANDES, A.D.S.A.; COUTO, M.C.V.; ANDRADA, B.C.; DELGADO, P.G.G. A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate. **Material Técnico**, 2024. ISBN: 978-65- 00-99824-5.



KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KISHIMOTO, T. M. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

MARANHÃO, D. G. Brincar e laços familiares: mediações no desenvolvimento infantil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, p. 1062–1084, 2017.

RIBEIRO, Diana Pancini de Sá; ABRÃO, Jorge Luis Ferreira. **Práticas grupais na infância: perspectiva psicanalítica**. São Paulo: Zagodoni, 2016. Disponível em:

<https://zagodoni.com.br/produto/praticas-grupais-na-infancia-perspectiva-psicanalitica/>.

SCHMIDT, C. *et al.* Intervenções no Transtorno do Espectro Autista: perspectivas baseadas em evidências. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. especial, p. 1–9, 2016.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL DE RESENDE/RJ

Isabela Mazza de Lima

Emiliana Serpa de Azevedo Farias de Carvalho

Izaura Stuart de Almeida Escobar

Juliana Oliveira

Ludmila Flecher Beringui

Maria Cláudia da Silva Freire

Pâmella Helena da C. P. Leite

Pedro Coscarelli

Ranyeli Batista Pereira

Simione de Fátima Cesar da Silva

Thaís de Jesus da Silva

*A articulação da Saúde do
Trabalhador com a Atenção
Primária à Saúde, garantindo
qualidade na atenção à saúde
dos trabalhadores e
trabalhadoras rurais.*



1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) é o conjunto de atividades do campo da Saúde Coletiva que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Considerando que as ações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a nível municipal impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas, a ST é uma temática essencial em pesquisas de saúde pública, à vista disso, deve ser considerada a singularidade das atividades exercidas nos territórios de saúde, sobretudo na área rural.

O trabalho exerce grande impacto na qualidade de vida e no processo saúde-doença. As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social, relacionados predominantemente com a terra. As políticas de interesse agrário extrativista, da concentração de terras, do monocultivo e da pouca industrialização



marcam historicamente a população do campo (Batista *et al.*, 2014). No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta foi elaborada para atender às necessidades de atenção à saúde destas populações (Brasil, 2013).

Nas relações entre capital, ambiente, trabalho e saúde, “[...] a dimensão rural é interdependente da questão urbana [pois] tanto a questão rural como a urbana estão submetidas a uma mesma lógica de produção e de reprodução social, ainda que com características desiguais e heterogêneas [...]” (Magalhães *et al.*, 2009). E, nas últimas décadas, a reprimarização da economia gerou grandes mudanças na zona rural brasileira (Pessoa *et al.*, 2018).

Conforme a revisão bibliográfica de Glaudio e col. (2018), a maior parte dos estudos que discute a Saúde de Trabalhadores Rurais aborda o risco de adoecimento



ocasionado pela manipulação e contato direto ou indireto com agrotóxicos — produtos utilizados por uma grande parcela desses trabalhadores, no entanto, pouco se discute sobre outros riscos aos quais esses trabalhadores estão submetidos em suas atividades laborais. Por exemplo, entre 2009-2011, a taxa de incidência de tétano acidental na área rural foi o dobro da taxa da área urbana (Sartmento *et al.*, 2015).

Na avaliação dos determinantes da saúde e adoecimento dos trabalhadores rurais, é necessário considerar as persistentes condições de desigualdade socioeconômica como saneamento básico inadequado, transporte insuficiente, e violência — incluindo trabalho escravo e trabalho de crianças e adolescentes, além de conflitos fundiários. A maior precariedade das áreas rurais reflete-se no menor Índice de Desenvolvimento Humano e todas as suas subdimensões quando comparado com áreas urbanas (Sartmento *et*



al., 2015). Além disso, a falta de uma fiscalização efetiva dos meios de transporte nas áreas rurais, torna os trabalhadores mais vulneráveis aos acidentes de trajeto (Dias, 2006).

Neste contexto, embora haja inúmeras políticas de atenção econômica e social a essa classe trabalhista no Brasil, políticas de atenção voltadas à saúde fazem-se necessárias (Glaudioso *et al.*, 2018).

Assim, partindo do princípio de que as ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde devem ser analisadas segundo o contexto social de onde são demandadas (Severo *et al.*, 2012), e considerando que o estudo dos agravos que acometem a saúde do trabalhador rural identifica determinantes e condicionantes de saúde particulares do ambiente rural, estudos que identifiquem os riscos aos quais os trabalhadores estão submetidos em cada



território de saúde são necessários para que os serviços do SUS atuem de forma integrada e coerente para prevenção de acidentes de trabalho e de doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho, além de promoção à saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Localizado no sudoeste do Estado do Rio de Janeiro, na região denominada Médio Paraíba, o município de Resende possui uma população estimada de 137,7 mil habitantes para o ano de 2025 (IBGE, 2025).

Situado às margens do Rio Paraíba do Sul e caracterizado por um extenso território rural, Resende destaca-se por possuir uma das maiores extensões territoriais do estado. A população é predominantemente urbana (97,2%), com 3,6 mil habitantes na área rural no censo demográfico de 2022 (correspondente a 2,8% da população contabilizada; não há



estimativa para população residente especificamente na área rural entre os anos de censo demográfico). No Censo Agropecuário de 2017, havia 1,4 mil trabalhadores rurais ocupados no município de Resende, com recortes de 89% de homens e 40,5% trabalhando na agricultura familiar.

O município faz divisa, ao norte, com Itatiaia e o Estado de Minas Gerais; ao sul e oeste, com o Estado de São Paulo; e, ao leste, com os municípios de Quatis, Porto Real e Barra Mansa, todos do Rio de Janeiro. Essa localização estratégica confere a Resende importância tanto industrial quanto turística. Além de abrigar indústrias dos setores automotivo, metalmecânico e químico, o município sedia a Indústrias Nucleares do Brasil (INB), instituição de relevância internacional por possuir a única Fábrica de Combustível Nuclear do país com capacidade para realizar o enriquecimento de urânio.

Destaca-se, ainda, a presença da Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN), reconhecida como o segundo maior complexo militar do mundo e o maior da América Latina, consolidando Resende como um centro de referência nacional em defesa, tecnologia e formação militar.

Figura 1 – Vista da cidade de Resende/RJ



Fonte: Prefeitura Municipal de Resende. Disponível em: <https://resende.rj.gov.br/noticias/resende-e-eleita-melhor-cidade-do-interior-do-rj-para-morar>. Acesso em: 18/02/26.

Historicamente, Resende teve grande relevância econômica desde o século XIX. Em 1840, destacou-se como importante produtor de café, atividade que foi substituída pela pecuária a partir de 1870. Já no início do século XX, o município era responsável por um terço da



produção leiteira do Estado, ocupando o segundo lugar na produção de manteiga e queijo. Atualmente, a área rural de Resende caracteriza-se pela agropecuária, com destaque para a produção de hortaliças, leite e gado de corte, além do turismo rural e ecológico. Distritos como Vargem Grande e Fumaça são reconhecidos por suas cachoeiras e praias fluviais, que atraem visitantes de diversas regiões (Resende, 2025).

2.1 Organização do SUS em Resende

No campo da saúde, os territórios da zona rural — conforme as divisões da Atenção Primária à Saúde (APS) — compreendem as localidades de Engenheiro Passos, Serrinha, Capelinha, Visconde de Mauá, Bagagem, Jacuba, Fumaça, Pedra Selada (Vargem Grande) e Rio Preto. Todas essas regiões contam com cobertura de APS, por meio de

postos de atendimento que oferecem serviços diretamente à população local.

Além desses territórios, há micro áreas como Terra Livre, Boca do Leão e Sertãozinho, cujos moradores são atendidos em unidades de saúde das áreas próximas, garantindo a ampliação do acesso e a integração dos serviços de atenção à saúde no meio rural.

Figura 2 – Representação gráfica das regiões do município de Resende



Fonte: Figura cedida pela Agência Municipal de Defesa Civil de Resende.



3 MOTIVAÇÃO PARA O ESTABELECIMENTO DA PRÁTICA EM SAÚDE

No ano de 2019, foi iniciada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CEREST Médio Paraíba II, uma investigação relacionada a rumores e casos de adoecimento de ordenhadores de origem ocupacional, atualmente denominada Varíola Bovina, mas historicamente chamada de Doença do Retireiro.

Inicialmente, não existiam casos notificados de Varíola Bovina na região; entretanto, tal doença não era de notificação compulsória no início da investigação. A confirmação de casos de Varíola Bovina trouxe à luz outras questões que envolvem a rotina laboral no campo e impactam a saúde da população trabalhadora rural, incluindo a importância de ações específicas e direcionadas a esses profissionais.



Assim, foi instituído um grupo intersetorial para discussão de saúde do trabalhador rural no nível municipal. A partir daí o Programa Municipal de Saúde do Trabalhador (PST) de Resende iniciou, no ano de 2020, ações para detecção dos determinantes de adoecimento da população trabalhadora rural com atividades de promoção de saúde.

3.1 Objetivos das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora rural

- A caracterização do perfil das atividades do trabalhador rural por território de Saúde de Resende/RJ;
- A identificação de riscos de acidentes de trabalho (AT) e doenças ou agravos relacionados ao trabalho rural (DART);
- A sensibilização e instrumentalização técnica das equipes de saúde da zona rural para a notificação de AT e DART ocorridos ou agravados por atividade laboral rural;



- A aproximação das equipes da Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento à população trabalhadora do município;
- A promoção de atividades intersetoriais periódicas para a orientação da população rural quanto aos riscos associados às suas atividades diárias de trabalho; e
- A criação de Grupo Técnico intersetorial para discussão periódica da Saúde do Trabalhador Rural de Resende.

3.2 Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição revisada de 2024, o conceito de Vigilância em Saúde abrange o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações acerca de eventos relacionados à



saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública.

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde do trabalhador como direito universal e competência do SUS, impulsionando a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Em 2002, por meio da Portaria nº 1.679, do Ministério da Saúde, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), uma rede de serviços para atenção integral ao trabalhador e trabalhadora, expandindo a capacidade de vigilância. Embora as bases legais sejam antigas, a estruturação formal e a política nacional que direcionam a VISAT surgem mais recentemente, a partir de 2012, culminando a Política Nacional de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, do Ministério da Saúde, que tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único



de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

A Política Nacional de Vigilância à Saúde (PNVS), instituída através da Resolução nº 588, de 12 de junho de 2018, incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde. Segundo o Art. 6º desta resolução, parágrafo XI – Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: é o conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por



meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

Uma das diretrizes da PNVS é a integração entre Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, no intuito de fortalecer o território e os processos de trabalho das equipes, possibilitando novos aprendizados e um trabalho em rede.

O trabalho e as condições em que este é realizado podem constituir fatores determinantes para a ocorrência de doenças, de agravos e de óbitos. Dessa forma, a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações e fatores de risco nos ambientes e processos de trabalho podem interferir na dinâmica saúde-doença, refletindo no aparecimento ou no aumento da frequência de doenças e de agravos, no surgimento precoce de certas



patologias ou na potencialização da complexidade desses eventos (Brasil, 2001).

Os trabalhadores e trabalhadoras estão expostos a riscos ocupacionais capazes de causar danos à sua saúde, estes danos podem ser classificados como: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes (mecânicos) e psicossociais que podem estar presentes nos ambientes ou até mesmo no processo de trabalho, de forma isolada ou simultânea. Isso exige um olhar amplificado sobre as condições de trabalho de maneira integral.

Em 1961, o decreto assinado pelo presidente Juscelino Kubistchek regulamentou o Código Nacional de Saúde, no qual constava uma lista de doenças cuja notificação de casos seria compulsória. Desde então, têm sido criados vários documentos com o intuito de melhorar as notificações compulsórias. A Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de



2025, que dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, elenca 65 doenças e agravos de notificação compulsória, sendo 10 delas relacionadas ao trabalho.

As doenças e agravos de notificação compulsória relacionadas ao trabalho (DARTs) incluem o Câncer Ocupacional, Dermatoses Ocupacionais, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconioses, LER/DORT, Transtornos Mentais e Distúrbios de Voz relacionados ao trabalho, além dos clássicos Acidentes de Trabalho (com ou sem exposição a material biológico) e Intoxicações Exógenas Ocupacionais.

No município de Resende, no ano 2022, o Prefeito publicou o Decreto n.º 14.850, de 05 de maio de 2022, onde Varíola Bovina em Humanos passou a ser de notificação compulsória no âmbito municipal.



A notificação é fundamental para que os sistemas e a RENAST possam monitorar esses agravos, planejar ações de prevenção, intervenção e promoção da saúde, reduzindo assim as ocorrências dessas condições nos ambientes de trabalho.

4 DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

Considerando que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), através de seu papel articulador da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em assuntos relacionados aos determinantes à saúde-doença relacionados ao trabalho, deve atuar para a identificação e a mitigação dos riscos relacionados ao mesmo, o PST, com o apoio matricial do CEREST Médio Paraíba II, formou um grupo de discussão intersetorial para avaliar quais seriam as prioridades para a realização de VISAT da população trabalhadora rural de Resende.



Assim, no ano de 2019, a convite da então Superintendente de Vigilância em Saúde, estruturou-se um grupo de discussão com participação de representantes da Vigilância em Saúde Municipal (Superintendência, CEREST, PST e Vigilância Ambiental), Agência Municipal do Meio Ambiente (AMAR), Secretaria de Agricultura e Pecuária de Resende, Núcleo de Defesa Agropecuária da Secretaria Estadual de Agricultura de Resende (NDA Resende), Sindicato Rural de Resende e EMATER Resende. Em um segundo encontro, foi também convidado a participar do grupo intersetorial, representante da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Os apontamentos realizados pelos participantes do grupo indicaram a necessidade de intermediação do PST/CEREST em ações com os trabalhadores na área rural, com destaque para as demandas relacionadas à saúde do trabalhador rural que são recebidas nas Unidades de Saúde da Zona Rural e na



Rede de Urgência e Emergência. Em muitas destas, os profissionais de saúde não relacionam o adoecimento ao trabalho rural e, portanto, não são abordadas e tratadas considerando o impacto da atividade laboral na manifestação de tais agravos.

Figura 3 – Linha do tempo da organização da prática



Fonte: Organização dos autores.



A falta de compreensão dos profissionais de saúde compromete a orientação adequada, incluindo aquelas que minimizam os impactos dos fatores vinculados ao trabalho, como a exposição às substâncias nocivas, por exemplo. Dessa forma, ficou evidente para o grupo a importância de envolver a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Rede Hospitalar, com participação de representantes do Hospital Municipal Henrique Sergio Gregori, na programação das ações de saúde dos trabalhadores rurais.

Além disso, foi destacada a importância de ações em parceria com as escolas e as lideranças comunitárias dos territórios rurais nas questões relacionadas à prevenção de acidentes e/ou agravos relacionados ao trabalho. Foi também discutida a importância do trabalho conjunto entre o SUS e o NDA para detecção de zoonoses e redução dos seus impactos na saúde dos trabalhadores conforme o conceito de “Uma só Saúde”.

Figura 4 - Reunião de grupo intersetorial realizada no ano de 2019



Fonte: Acervo pessoal.

Apesar da discussão apontar para riscos conhecidos e associados ao trabalho rural, como uso de maquinaria sem treinamento e/ou proteção, ausência de EPIs ou desconhecimento/recusa sobre sua importância por parte dos trabalhadores, uso de substâncias nocivas sem precauções devidas e contato com animais portadores de zoonoses, além de incidência de AT típicos e com animais peçonhentos, por exemplo, enfrentamos subnotificação no SINAN.



Constatou-se, portanto, que a Rede de Saúde precisaria se apropriar de tais questões para identificação/diagnóstico e notificação de ATs e DARTs relacionados ao trabalho rural para, assim, a partir de diagnóstico local, serem pensadas estratégias assertivas de prevenção de ATs e DARTs e promoção da Saúde para essa população trabalhadora.

Os objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora apontam para a necessidade de fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, também está estabelecida a necessidade de promover a saúde em ambientes e processos de trabalhos, garantir a integralidade na atenção à ST. Esses objetivos que pressupõe a inserção de ações de ST em todas as instâncias e pontos da RAS do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da ST na assistência e nas estratégias e



dispositivos de organização e fluxos da rede, assim como, incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade e assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS para, assim, assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do Sistema Único de Saúde.

Com base nesses pressupostos, foram estruturadas as seguintes ações de intervenção:

- Articulação com a gestão APS para estudo da viabilidade de investigação de riscos à saúde do trabalhador rural nos territórios de Saúde Rural;
- Definição de territórios a serem contemplados, com ordem definida: Engenheiro Passos, Serrinha e Capelinha, Pedra Selada (Vargem Grande, Jacuba, Fumaça, Rio Preto e



Bagagem) Bulhões e Visconde de Mauá;

- Articulação com a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos para, por meio de parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) através do CRAS itinerante, realizar ações nos territórios não cobertos pela APS: Terra Livre e Sertãozinho;
- Desenvolvimento de parceria com a Secretaria de Educação através do Programa de Saúde na Escola (PSE);
- Articulações intersetoriais para a promoção de atividades de educação popular em saúde de acordo com os perfis de adoecimentos identificados nos territórios.

Assim, com as ações nos territórios tendo início em fevereiro de 2022, tivemos a participação de 9 (nove) Estratégias de Saúde da Família (ESF), 1 (uma) Associação de



Moradores (referência da comunidade da Terra Livre), 2 (duas) Escolas Municipais (referência da comunidade de Bulhões e referência da Comunidade de Terra Livre) e 91 propriedades rurais, com atuação de equipes da Vigilância em Saúde: Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Vigilância Sanitária e Ambiental, Serviço de Vigilância de Agravos não transmissíveis (VIGDANT) e Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, da Atenção Primária em Saúde: Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa Saúde na Escola (PSE); Assistência Social: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Itinerante; Agência do Meio Ambiente de Resende (AMAR), Secretaria de Agricultura e Pecuária de Resende, Núcleo de Defesa Agropecuária da Secretaria Estadual de Agricultura de Resende (NDA Resende), Sindicato Rural de Resende e EMATER Resende.



4.1 Capacitação dos profissionais da APS

Os profissionais que atuam nas ESFs da zona rural recebem orientações sobre como identificar e como notificar casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, sendo incentivados a apresentar casos/exemplos de demandas de saúde que recebem/receberam e podem ser relacionadas à atividade de trabalho do usuário para discussão, assim como, a discutir outras especificidades do território, além de indicar as melhores estratégias para alcançar de maneira efetiva a população trabalhadora do território em ações de orientação. Além disso, as equipes preenchem questionários sobre sua percepção em relação à Saúde da população trabalhadora e ao perfil produtivo da região.

Entre fevereiro de 2022 e maio de 2024, 34 questionários foram analisados, entre os resultados encontrados, os tipos de acidente de trabalho mais identificados foram: corte/contusão, queda, acidentes com animais



peçonhentos, dores no corpo, doença emocional e dermatoses.

Com o objetivo de discutir os dados registrados nos questionários, relatos de AT e DARTs por parte da APS e a subnotificação de casos de AT e DART no SINAN, no ano de 2024, foi realizada uma formação abordando a atuação/importância de ações da APS no atendimento aos trabalhadores rurais e na prevenção de acidentes e de agravos relacionados ao trabalho promovido por representante do CEREST Estadual do Rio de Janeiro, o que ocorreu em três etapas, com a participação das equipes de saúde da ESF Engenheiros Passos, das ESFs Serrinha e Capelinha na unidade da Serrinha, e das equipes das zonas rurais de Vargem Grande, Fumaça, Jacuba, Rio Preto e Bagagem, na unidade da Pedra Selada.

Figura 5 - Equipes zona rural: Vargem Grande, Fumaça, Jacuba, Rio Preto e Bagagem



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 6 - Equipes Zona Rural: Serrinha e Capelinha



Fonte: Acervo pessoal.

4.2 Articulação com o CRAS Itinerante

Com a finalidade de atingir trabalhadores de áreas não cobertas pela APS, foram realizadas ações conjuntas com a Secretaria de Assistência Social por meio do CRAS itinerante, que realiza visitas periódicas



as comunidades da Terra Livre e Sertãozinho, desta forma, a equipe de Saúde do Trabalhador acompanhou visitas do CRAS e se articulou com líderes comunitários para realização das visitas nas propriedades rurais dos territórios.

A Comunidade Terra Livre está localizada no município de Resende, fazendo divisa com o município de Itatiaia, separado apenas pelo Rio Paraíba. Tem como principais atividades econômicas a produção de agricultura familiar, com cerca de 10 famílias e pecuária com a criação de gado leiteiro, com cerca de três famílias, quando necessitam de algum atendimento os moradores têm como referência a ESF Primavera, a Clínica da Família e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Cidade Alegria.

Durante as visitas nessa comunidade também foi questionada a origem da água consumida pelos trabalhadores, como todos eles relataram utilizar água de mina ou poço

sem tratamento, foram orientados sobre a necessidade de tratamento da água para consumo humano.

Devido às particularidades desse território, foi oferecida para a população uma ação intersetorial em parceria com a APS, o CRAS Itinerante e os serviços da Vigilância em Saúde, VIGDANT, CCZ e Vigilância Ambiental. Foram ofertados serviços de vacinação e assistência social, aferição de glicemia capilar e pressão arterial, promoção em saúde bucal, higiene corporal e saúde ambiental, palestra de orientação sobre primeiros socorros, uso de EPIs e intoxicação por agrotóxicos e tratamento de água para consumo humano.

Figura 7 - Ação intersetorial na Comunidade Terra livre



Fonte: Acervo pessoal.



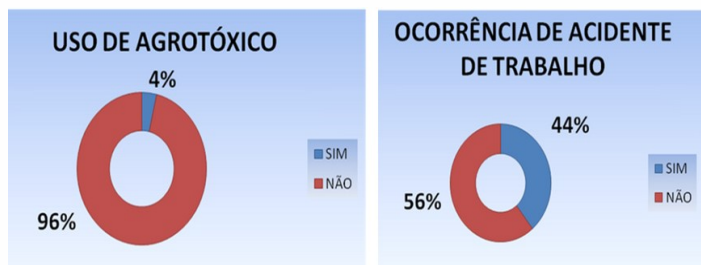
4.3 Visitas em propriedades rurais

As equipes de ST acompanhadas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que assistem as famílias ou líderes das comunidades percorrem as propriedades com o objetivo de identificar riscos à saúde e orientar os trabalhadores quanto à mitigação destes riscos, bem como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e/ou Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) durante as atividades laborais.

São realizadas, ainda, entrevistas que abordam o perfil produtivo da propriedade, demandas de saúde dos trabalhadores, conhecimento de riscos associados ao trabalho, casos de AT ou DARTs na propriedade e nível de satisfação com o trabalho rural. Quando situações de riscos específicas são identificadas, as demandas são encaminhadas para órgãos competentes.

Durantes as visitas nas propriedades rurais, após breve explanação e esclarecimento a respeito de acidentes de trabalho, foram identificadas que parte dos trabalhadores entrevistados reconhecem que já sofreram algum tipo de acidente de trabalho, no entanto, fica evidente que esses não relacionam os produtos que utilizam como agrotóxicos, tão pouco, como arriscados para a Saúde, como demonstrado na Figura 8.

Figura 8 – Resultados das entrevistas realizadas com 91 trabalhadores rurais



Fonte: Organização das autoras.



4.4 Ações de educação popular em saúde

Durante a preparação das ações intersetoriais definiram-se os parceiros para a realização de atividades direcionadas aos trabalhadores dos territórios de acordo com características como: cobertura da APS, perfil/vocação econômica, potenciais riscos relacionados ao trabalho e demandas específicas do território.

Após a atividade de educação em saúde e com o encerramento das visitas nas propriedades em cada território, é produzido um relatório com a compilação de dados coletados. Os documentos são encaminhados para a VS e para a APS e servem como fonte de informações para a atualização da Análise de Situação de Saúde dos Trabalhadores (ASST) do município de Resende. Na Tabela 1, está organizado o cenário das ações nos territórios de saúde rurais já contemplados pelas Práticas de Atenção à ST rural.

Tabela 1 – Descrição do processo de trabalho
relacionada à prática

Território Rural	Visitas	Atividade prevalente	Acidentes relatados	Risco identificado
Engenheiro Passos	25	Agropecuária	Acidentes com animais peçonhentos	Acidentes com animais peçonhentos
Serrinha	14	Agropecuária/Turismo	Cortes/pequenos acidentes/acidantes com animais peçonhentos	Acidentes com animais peçonhentos
Capelinha	19	Agropecuária	Coices/cortes/ acidentes com animais peçonhentos	Acidentes com animais peçonhentos
Pedra Selada	17	Agropecuária	Coices/intoxicações/ cortes/quedas	Intoxicação exógena e uso de EPIs
Terra Livre	06	Agropecuária	Coices/cortes/ fraturas/ acidentes com animais peçonhentos	Uso de EPI, Primeiros Socorros, Intoxicação por agrotóxicos, Tratamento de água para consumo humano
Visconde de Mauá, Bulhões, Fumaça, Jacuba, Rio Preto, Bagagem e Sertãozinho	Em execução			

Fonte: Organização das autoras.



As equipes das ESFs que acolhem os trabalhadores dos territórios rurais de Bagagem, Jacuba, Rio Preto, Fumaça, Bulhões e Visconde de Mauá já foram capacitadas, nessas localidades as práticas de atenção ao trabalhador rural estão na fase de visitas em propriedades rurais. No Sertãozinho, as atividades aconteceram na Escola Municipal Francisco Tavares Rezende com apoio do CRAS Itinerante e as visitas em propriedades serão agendadas em parceria com a escola.

Para discussão dos temas de evidente importância identificados nas visitas, a nível municipal, nas Unidades de Saúde e nas propriedades rurais visitadas foram realizados até então três fóruns Regionais em Saúde do Trabalhador direcionados aos profissionais que atendem a população rural, cujos temas foram: 1º Fórum (2023): Animais peçonhentos-Treinamento sobre animais peçonhentos e sua importância médica, 2º Fórum (2023): A Saúde do Trabalhador na atenção primária em saúde e

3º Fórum (2024): os riscos dos agrotóxicos e as vantagens da agricultura orgânica.

Figura 9 - Divulgação dos Fóruns de Saúde do Trabalhador Rural



Fonte: Acervo pessoal.

4.5 Inspeções em Saúde do Trabalhador

Em uma atividade paralela, a equipe do PST atuou em conjunto com os setores de Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e CEREST Médio Paraíba 2 em ações de Vigilância/Inspeção em Saúde do Trabalhador em propriedade com cultivo de Hortaliças e uso de agrotóxicos em Engenheiro Passos. A atividade foi motivada por necessidade de acompanhamento das propriedades, uma vez



que uma delas havia sido alvo de denúncia em anos anteriores quanto às condições de trabalho e exposição de trabalhadores a riscos ocupacionais.

Na ocasião, foram visitadas duas propriedades, nas quais foi realizada orientação quanto aos riscos à saúde do trabalhador rural durante o uso inseguro de agrotóxicos e uso correto de EPIs, além da realização de inspeção das áreas de risco, solicitação de documentação e recomendações em Saúde do Trabalhador, conforme a realidade encontrada.

4.6 Ações de prevenção à ST relacionadas à Varíola Bovina

Durante as Práticas aproveitou-se para divulgar a doença Varíola Bovina, zoonose caracterizada por lesões cutâneas humanas semelhantes às encontradas nos tetos de vacas infectadas, cuja transmissão ocorre, principalmente, através do contato ocupacional



do retireiro, entre a população trabalhadora rural e entre os trabalhadores da saúde.

Além de materiais de divulgação, o PST, em conjunto com o Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, construiu uma ficha de notificação para o agravo, que após publicação do Decreto Municipal nº 14.850, de 05 de maio de 2022, é de notificação compulsória em Resende e, ainda, um fluxograma intersetorial de atendimento de casos suspeitos, que aguarda publicação oficial.

Entre 2019 e 2021, foram identificados seis casos suspeitos no município, quatro deles com confirmação clínico-epidemiológica e notificação. Um desses casos evoluiu para a forma grave da doença, resultando em internação prolongada. Doenças infectocontagiosas deste tipo são de importância em saúde pública. A maior parte dos estudos sobre o assunto aborda adoecimento animal e, consequente, prejuízo econômico, no



entanto, a Varíola Bovina contribui para o adoecimento da população trabalhadora. Sendo assim, são necessárias ações contínuas de vigilância em saúde visando prevenção e controle, além de capacitação frequente dos profissionais de Saúde para diagnóstico correto.

4.7 Relatos dos participantes na prática e discussão

Os trabalhadores relataram satisfação com o trabalho rural, dos 91 trabalhadores entrevistados apenas um relatou que teria outro emprego, fora da área rural. Muitos deles tiveram a experiência de trabalhar na cidade, mas decidiram retornar, por preferirem a vida e o trabalho no campo.

A partir das entrevistas ficou evidente, ainda, que os trabalhadores identificam riscos em seu cotidiano, no entanto, não é dada a devida importância. Os trabalhadores entrevistados também possuem dificuldade para associar as atividades como sendo de caráter



laboral, uma vez que, em sua maioria, são realizadas desde muito tempo e em paralelo com as tarefas domésticas. Uma das características das propriedades rurais é exatamente essa: em sua maioria, os trabalhadores rurais realizam suas atividades laborais de forma autônoma e em suas propriedades. Isto faz com que haja a junção de trabalho laboral e doméstico, gerando uma rotina normal para esses trabalhadores e dificultando o entendimento e separação das atividades. Tal característica acentua não somente o entendimento do trabalhador rural quanto aos AT como sendo em decorrência da atividade profissional como também na percepção daquele sujeito como um trabalhador pelos profissionais das ESFs.

Parte relevante dos entrevistados relata não procurar atendimento médico após sofrerem AT por entenderem não haver necessidade, o que nos remete à importância de orientar essa população, com destaque aos



riscos que estão submetidos, relevância do uso de equipamentos de segurança, bem como a relevância de procurar a Unidade de Saúde de referência para atendimento médico e acompanhamento.

O fato descrito acima reflete ainda na subnotificação dos casos de AT identificados para essa população trabalhadora. A subnotificação de acidentes ainda está bastante presente nas áreas rurais e a falta desses dados dificulta a percepção dos reais problemas. Foi detectado que as equipes atendem em seu cotidiano casos de acidente de trabalho e até doenças e ou agravos relacionados ao trabalho rural, no entanto, não fazem a relação dos diagnósticos com a atividade produtiva do usuário e, portanto, não preenchem as Fichas de notificação de AT ou da DART específica, o que inviabiliza o trabalho de prevenção baseado em dados epidemiológicos.



5 CUIDADO E VIGILÂNCIA NO TERRITÓRIO RURAL

5.1. A experiência das Equipes de Saúde da Família da Zona Rural de Resende/RJ – As práticas no olhar das enfermeiras da APS

A zona rural de Resende, especialmente sua porção serrana situada no entorno da Serra da Mantiqueira, é composta por pequenos vilarejos distribuídos em extensas áreas de produção agrícola e pecuária, com características econômicas e sociais próprias, onde a vida comunitária se organiza em torno do trabalho no campo. É nessa parte da zona rural nos territórios de Bagagem, Rio Preto, Jacuba, Fumaça e Pedra Selada, que atuam as cinco Equipes de Saúde da Família sob minha coordenação, responsáveis por acompanhar populações dispersas, com longas distâncias, vias de difícil acesso e um perfil produtivo marcado por atividades que envolvem riscos específicos à saúde do trabalhador rural.



Nesse contexto, a chegada da proposta do Programa de Saúde do Trabalhador foi recebida com grande interesse e entusiasmo, pela possibilidade de qualificar o cuidado e ampliar o olhar das equipes sobre os agravos relacionados ao trabalho. A aproximação inicial ocorreu por meio de reuniões com a coordenação do programa, nas quais pudemos apresentar as particularidades das comunidades rurais, suas necessidades e vulnerabilidades, e compreender a proposta de vigilância, capacitação e atuação conjunta. Desde o início, ficou evidente a relevância dessa iniciativa, uma vez que tanto os profissionais quanto a população rural carecem de orientações e formações específicas relacionadas aos riscos ocupacionais presentes na rotina do campo.

A primeira etapa consistiu em um dia de capacitação envolvendo as cinco equipes, realizado no salão da igreja de Vargem Grande (Pedra Selada). A atividade integrou



profissionais da Vigilância em Saúde, do Programa de Saúde do Trabalhador e um médico convidado, que abordaram as principais doenças e agravos relacionados ao trabalho rural, medidas de prevenção e proteção, além da importância da notificação, investigação e acompanhamento dos acidentes de trabalho e das doenças e agravos relacionados ao trabalho. A capacitação foi amplamente avaliada pelas equipes como um momento rico, esclarecedor e necessário, ampliando o entendimento sobre riscos específicos do território e fortalecendo a articulação entre as ESFs e a Vigilância.

Em seguida, foram realizadas visitas técnicas às propriedades rurais dos territórios, acompanhadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Nessas visitas, a equipe do programa pôde observar diretamente os ambientes de trabalho, especialmente currais, laticínios e áreas de cultivo, identificando práticas de risco, ausência de equipamentos de proteção



individual, contaminação de solo e água, manejo inadequado de animais e outros fatores críticos à saúde dos trabalhadores. As orientações eram realizadas imediatamente no local, com distribuição de materiais educativos e diálogo direto com os produtores. Essa vivência prática foi um dos pontos mais marcantes para as equipes da ESF, pois permitiu reconhecer agravos que muitas vezes não eram percebidos pelos próprios trabalhadores e compreender melhor o nexo entre atividade laboral e adoecimento.

A experiência resultou em importantes avanços para a atuação das equipes da zona rural. Houve ampliação significativa da compreensão técnica sobre riscos ocupacionais e fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador nos territórios, refletindo em maior segurança na identificação de situações de risco e aumento das notificações de acidente de trabalho e doenças e agravos relacionados ao trabalho do campo. Além disso, a aproximação



intersetorial favoreceu a construção de um cuidado mais integrado, sensível às particularidades do meio rural, e contribuiu para o planejamento de ações futuras voltadas à promoção e proteção da saúde da população trabalhadora da zona rural de Resende.

Como enfermeira da unidade de Engenheiro Passos, tive o prazer de iniciar uma parceria com o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) no início de 2022, trabalho esse de muito conhecimento e ações realizadas que abrangiam situações no território onde eu atuava, situações essas até então não identificadas como agravos e acidentes ocorridos na zona rural. Com isso, o que não era conhecido foi sendo construído junto com a equipe para essa identificação.

O primeiro momento com os agentes de saúde foi de extrema importância, muito comprometidos e empolgados com o programa, logo levantaram diversas situações que já



poderiam ser consideradas como acidentes de trabalho.

Fizemos visitas em loco nas principais fazendas da área, onde foram levadas orientações aos trabalhadores em relação aos acidentes mais comuns e essa troca foi muito importante porque trouxe muito conhecimento para eles.

Num outro momento nos reunimos com toda a equipe para a amostragem dos dados coletados durante essas visitas e podemos perceber uma preocupação em relação aos animais peçonhentos. Frente a esse dado, o programa levou até a comunidade um veterinário para uma palestra sobre identificação, manejo e cuidados com animais peçonhentos, tivemos até a presença de uma cobra em especial para enriquecer o tema, tornando assim uma experiência maravilhosa.

Em 2024, em mais um encontro, tivemos o prazer de receber a visita do Dr. Pedro Coscarelli que nos acompanhou em visita em



mais algumas propriedades, como na carvoaria, na cerâmica e no haras, um momento muito rico onde foram passadas muitas orientações em relação à prevenção das doenças relacionadas ao trabalho, como as doenças pulmonares no trabalho na carvoaria, sendo possível estabelecer alguns fluxos dentro da unidade de saúde para melhor acolher esses diagnósticos e suspeitas. Experiência extremamente enriquecedora para todos os profissionais, em especial aos trabalhadores. Deixo aqui meu agradecimento a todos da equipe que contribuíram para esse crescimento.

6 REPERCUSSÕES DA PRÁTICA

No ano de 2022, em seus primeiros diagnósticos, estas práticas foram apresentadas no 2º Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador (Simbrastt), no qual receberam Menção Honrosa. Após alguns desdobramentos, as práticas desenvolvidas em



atenção à saúde dos trabalhadores rurais de Resende foram selecionadas, entre 20 experiências a nível nacional, e apresentadas na 2ª e na 3ª Mostra de Experiências de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS nos anos de 2023 e de 2024 durante o Encontro Nacional da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENASTT) em Brasília, no qual recebeu o Prêmio de Melhor Experiência no Eixo da Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador no ano de 2023.

Os encontros foram uma oportunidade de discutir a nível nacional a importância da inserção de ações que reconheçam o trabalho rural como foco de atenção para a saúde do trabalhador. As apresentações proporcionaram, ainda, maior visibilidade das ações e fortaleceram sua continuidade no território.

Em 2024, ainda, as práticas de atenção à ST rural, aqui descritas, foram apresentadas



na 4ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde do Rio de Janeiro/Cosems-RJ/IdeiaSUS Fiocruz, na qual foram premiadas com o 2º lugar, e foram apresentadas na 19ª Mostra Brasil, aqui tem SUS.

6.1 CURADORIA IDEIASUS FIOCRUZ

No decorrer da curadoria, promovida pela equipe da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz, a equipe de ST teve a oportunidade de reavaliar vários aspectos do desenvolvimento da prática, como o diagnóstico local em ST detectado a partir das atividades de capacitação das Unidades de Saúde e entrevistas realizadas nas propriedades rurais, inclusive a subnotificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho rural, ainda, detectada mesmo após as ações desenvolvidas nos territórios rurais.

Com isso, foi organizado, em conjunto com a Superintendência de APS, uma nova

atividade de capacitação para as equipes que atuam em Unidades da Zona Rural, na qual foram discutidos os desdobramentos das análises identificadas pelas práticas nos territórios, seus perfis produtivos e a importância das notificações de casos de AT e DARTs para ações de vigilância em ST rural.

Figura 10 - Capacitação em Práticas de Atenção à Saúde do Trabalhador rural



Fonte: Acervo pessoal.

Durante a curadoria foi realizada, ainda, a primeira ação de capacitação dos profissionais da ESF de Visconde de Mauá.



6.2 A EXPERIÊNCIA NA PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA GESTORA DA UNIDADE, IZAURA ESCOBAR

Tivemos a oportunidade de receber a visita da equipe do PST, do CERET Médio Paraíba II e da curadoria da equipe do IdeiaSUS na unidade de ESF em Visconde de Mauá, uma área cheia de peculiaridades por estar situada entre três estados: RJ, SP E MG, onde a economia gira em torno do turismo, agropecuária leiteira, produção de hortaliças e comércio diversificado.

Foi um privilégio receber em nossa unidade uma equipe disposta a vivenciar e entender as casuísticas que levam os trabalhadores rurais da nossa região a se acidentarem e/ou desenvolverem doenças relacionadas ao trabalho.

Na maioria das vezes, esses trabalhadores desenvolvem seu trabalho de modo empírico, baseado nas práticas e experiências passadas por gerações e os riscos



à saúde na maioria das vezes não são valorizados por eles, acarretando, assim, no adoecimento e no afastamento de suas atividades laborais.

Embora para o homem ou para a mulher do campo pareça ser normal a exposição ao sol sem a utilização de roupas apropriadas e até mesmo a utilização de protetor solar; a decorrência do surgimento de câncer de pele associada a exposição de raios solares ou a utilização de agrotóxicos nas lavouras ou carrapaticidas nos animais podem levar esses trabalhadores ao afastamento temporário ou até mesmo permanente de suas funções. Por essas questões, é de suma importância essa parceria com o PST e com o CEREST para a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.

A proposta apresentada pelas equipes trará informações fundamentais para o desenvolvimento de ações que objetivam prevenir acidentes e controlar doenças relacionadas ao trabalho, além de implementar



programas que visem promover ações preventivas e educativas aos nossos trabalhadores rurais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da prática e a manutenção de sua continuidade tem justificativa pela aproximação dos serviços de VS e APS nos territórios rurais, visto que, durante as visitas e reuniões foram abordados assuntos de interesse para a Saúde Pública e ações conjuntas foram traçadas para controle dos riscos à saúde da população trabalhadora. A ST, em parceria com a APS, torna-se capaz de alcançar a população e, assim, traçar estratégias de prevenção e promoção de saúde da população trabalhadora rural.



REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador.

Orientações técnicas para ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho agrícola/SESAB/SUVISA/DIVAST. Salvador:

DIVAST, 2013. 55 p.: il. (Cadernos de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador). Disponível em:

https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/Orientacoes_Tecnicas_Ambientes_Agricolas_FIN_AL_MARCAS2019-WEB.pdf. Acesso em: 6 set. 2023.

BATISTA, Marina Fenicio Soares; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 173–194, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2012. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: **PINHEIRO, T. M. M. (org.). Saúde do trabalhador rural – RENAST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 1-27.

GAUDIOSO, Carlos Eduardo Vilela et al. Saúde do trabalhador rural: uma revisão bibliográfica. **Revista Ciências do Trabalho**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 25-39, 2018.

MAGALHÃES, Tarcísio Márcio et al. Saúde no campo. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Grupo de Trabalho Saúde e Ambiente. **Caderno de textos da Primeira Conferência Nacional de Saúde Ambiental**. Brasília, 2009. p. 25–29.

MOREIRA, J. P. L. et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1698-1708, ago. 2015.



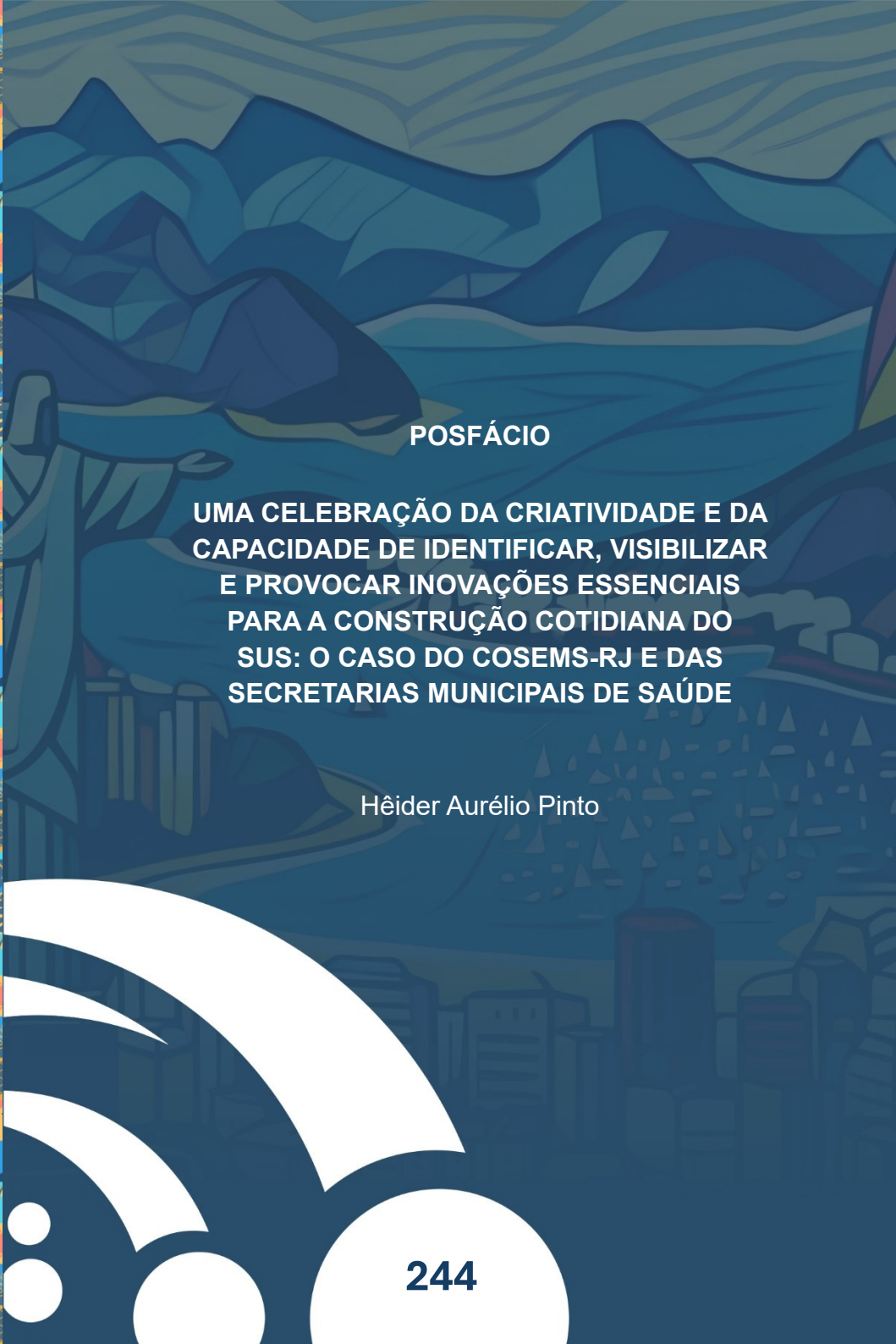
PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, supl. 1, p. 302–314, 2018.

RESENDE (RJ). Prefeitura Municipal de Resende. **Conheça Resende – história da cidade**. Resende, 2025. Disponível em: <https://resende.rj.gov.br/historia>. Acesso em: 08 dez. 2025.

SARMENTO, Rackynelly Alves; MORAES, Ronei Marcos; VIANA, Rodrigo Toledo Pinheiro de; PESSOA, Vanira Matos; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 221–235, 2015.

SEVERO, L. O.; VAZ, M. R. C.; COSTA, V. Z.; SIMON, D.; ROCHA, L. P.; BORGES, A. M. Enfermagem e o contexto rural: relações com a saúde, ambiente e trabalho. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 6, p. 2950-2958, 2012.

SOUZA, S.; PAPPEN, M.; KRUG, S. B. F. et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, p. 503-508, 2018.



POSFÁCIO

**UMA CELEBRAÇÃO DA CRIATIVIDADE E DA
CAPACIDADE DE IDENTIFICAR, VISIBILIZAR
E PROVOCAR INOVAÇÕES ESSENCIAIS
PARA A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DO
SUS: O CASO DO COSEMS-RJ E DAS
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Hêider Aurélio Pinto



O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) do Estado do Rio de Janeiro é conhecido por aqueles que, em todo o Brasil, se movimentam pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma instituição propositiva, combativa, de grande unidade e promotora de diversos modos de participação de seus integrantes. Nos últimos anos, essa participação tem ganhado também a face da promoção, da valorização e da divulgação de inovações do SUS. As páginas deste livro nos convidam a conhecer algumas dessas inovações gestadas nesse processo vivo que tem acontecido no SUS do Rio de Janeiro e encantado a todos.

Os capítulos aqui reunidos são uma pequena, mas muito bem selecionada, amostra disso. Expressam esse movimento vivo de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde e da gestão, de gestoras, de gestores, de usuárias, de usuários e de comunidades que reinventam o SUS no dia a dia acentuando seus



princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação e justiça social.

O capítulo “O Cosems-RJ e a articulação interinstitucional no fomento à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Estado do Rio de Janeiro” mostra como a ampla articulação entre municípios, instituições acadêmicas, movimentos sociais, Ministério da Saúde e outras organizações têm sido fundamentais para transformar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em iniciativas e agenda concreta nos territórios. O texto ilumina caminhos para o enfrentamento do racismo estrutural na abordagem e nos serviços de saúde, reafirmando a equidade racial como uma dimensão central da construção do SUS. Mostra a importância de reforçar o discurso e de ampliar sua potência com a experiência.

A experiência da “Mostra de Boas Práticas em Saúde da População Negra”, ao reunir iniciativas de diferentes territórios



fluminenses, revelou como o enfrentamento do racismo e das desigualdades relacionadas a ela tem ganhado força nesse processo que fomenta e dá visibilidade às iniciativas, que provoca a reflexão da prática, que possibilita o aprendizado coletivo e fortalece o compromisso político entre os diversos atores. Muito importante também é o fortalecimento da produção e análise de dados de saúde com recorte de raça/cor, resultando em bases municipais e estadual para identificação de desigualdades raciais nos indicadores de saúde, bem como planejamento e monitoramento da política.

É inovadora, também, a iniciativa de utilização de podcasts e videocasts do Cosems-RJ para ampliar esse debate e estimular a agenda antirracista no estado do Rio. Um estratégia muito bem-vinda de comunicação institucional que aposta na oralidade, nas conversas e na circulação de vozes diversas — usuárias, usuários, trabalhadoras,



trabalhadores, gestoras, gestores, pesquisadoras e pesquisadores — para promover a maximização dos aprendizados que se dão a partir do diálogo sobre a experiência cotidiana.

O capítulo “Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz: singularidades do SUS no território fluminense” apresenta essa experiência, desenvolvida em parceria do Cosems-RJ com a Fiocruz, por meio da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS, resultando de um rico processo de curadoria em saúde, voltado à divulgação, valorização e premiação de experiências. O objetivo é identificar, acompanhar, valorizar e difundir práticas inovadoras do SUS no estado do Rio de Janeiro.

Essa experiência mostra, com força, como a criação de um processo organizado de identificação, registro e acompanhamento de experiências municipais pode transformar práticas locais em conhecimento compartilhado que sirva de referência para outros territórios e



para gestar novas iniciativas e qualificar projetos existentes. Cabe destaque ao processo de curadoria, que promove o acompanhamento técnico de experiências selecionadas, que inclui oficinas, encontros virtuais e visitas técnicas, aprofundando os aprendizados e apoiando a sistematização dos conhecimentos e a transformação da produção em produções com capítulos de livros e outras publicações. O projeto como um todo revela que a inovação no SUS não se limita aos grandes centros, ela tem sido gestada no cotidiano de equipes que, em todos os locais, enfrentam problemas concretos e que constroem soluções criativas nas Redes de Atenção à Saúde.

O capítulo “Equipe Multidisciplinar – Um olhar psicossocial na atenção à infância e adolescência: o retrato de Pirai/RJ através do cuidado” destaca a construção de um modelo de cuidado multidisciplinar voltado à saúde mental de crianças e adolescentes no município de Pirai, conhecido nacionalmente por ser um



município que produz muitas experiências de referência em diversas áreas, da saúde digital, às práticas inovadoras de cuidado, passando por processos de qualificação da gestão.

A criação de um serviço municipal multidisciplinar para infância e adolescência possibilitou a organização de um modelo multidisciplinar de cuidado que articula saúde, educação e a forte interação com a família. O município estruturou uma equipe específica para essa atividade e esse arranjo permitiu organizar fluxos de cuidado, ampliar o acesso a atendimentos especializados e desenvolver projetos terapêuticos singulares baseados na lógica da atenção psicossocial. Assim, são destaques não só ao serviço e à equipe, mas também seu processo de trabalho e sua prática com dispositivos terapêuticos coletivos e que buscam maximizar e qualificar a participação das famílias, como os grupos terapêuticos (ex: o Brincar Terapêutico e (Re)Constrói) e atividades coletivas dirigidas às famílias).



O último capítulo, “Práticas de atenção à saúde do trabalhador rural de Resende/RJ”, nos leva ao universo da saúde do trabalhador rural. Aborda uma iniciativa voltada à promoção da saúde que articula a Atenção Primária em Saúde (APS), a vigilância em saúde e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com o objetivo de identificar agravos relacionados ao trabalho rural, fortalecer a notificação e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, bem como ampliar a capacidade de resposta do SUS às necessidades da população rural.

Para qualificar o reconhecimento, diagnóstico e notificações dos agravos e acidentes de trabalho rural, foi feito um investimento na capacitação das equipes da APS em um processo que buscou reduzir a subnotificação e produzir informações mais qualificadas para orientar ações de prevenção e vigilância. Para fortalecer a ação intersetorial no território, foram mobilizados diferentes atores



locais — como sindicato rural, Emater e outras organizações da gestão municipal — ampliando a abordagem da saúde do trabalhador para além do setor saúde.

Trata-se de uma experiência valiosa que evidencia como o SUS pode se aproximar das condições reais de vida e trabalho da população, reconhecendo o trabalho como determinante fundamental do processo saúde-doença, dar visibilidade às condições de trabalho no campo, integrar diferentes setores e construir respostas articuladas e intersetoriais às necessidades da população.

Assim, ao longo do livro, os capítulos revelam a capacidade daqueles e daquelas que constroem o SUS de produzir respostas criativas diante de desafios frequentes e complexos. O estado do Rio de Janeiro tem sido um território fértil para essa produção viva que tem sido visibilizada, provocada, refletida e potencializada pela ação consciente e inovadora do Cosems-RJ. É importante conhecer, refletir e



aprender com essas experiências para que possamos ampliar nossa caixa de ferramentas tão necessária para a construção cotidiana do SUS.

Tão importante quanto isso, é reconhecer e celebrar o papel espetacular que o Cosems-RJ tem feito para a potencialização de verdadeiras redes de inovação, troca, colaboração e aprendizado nas quais a criatividade aplicada ao cotidiano tem sido a matéria prima. Que este livro seja lido com o prazer e curiosidade que provoca, que inspire novas experiências nos demais municípios e nos Cosems Brasil afora, que anime as redes de troca e cooperação, que seja mais uma prova de que a construção do SUS segue viva, intensa, permanente e criativa em muito mais lugares que conseguimos reconhecer.

**SOBRE AS AUTORAS
E AUTORES**



Prefácio

Leonidas Heringer Fernandes. Biólogo. Mestre em Gestão e Auditorias Ambientais pela Universidade Iberoamericana. Secretário Municipal de Saúde de Armação dos Búzios e Vice-presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ).

E-mail: falecomleonidas@hotmail.com

Maria da Conceição de Souza Rocha. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Secretária Municipal de Saúde de Pirai e Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ).

E-mail: mconceicaosouzarocha@gmail.com



Wagner Barbosa de Oliveira. Mestre em Difusão da Ciência pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Servidor da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Coordenador da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: wagner.oliveira@fiocruz.br

Valcler Rangel Fernandes. Médico sanitaria. Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pelo Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz). Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz – VPAAPS. Ex-Coordenador da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz e ex-Assessor Especial para Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Ministério da Saúde.

E-mail: valcler.rangel@fiocruz.br



O Cosems-RJ e a articulação interinstitucional no fomento à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da população negra no estado do Rio de Janeiro

Ana Cássia Cople Ferreira. Assistente Social e Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Analista Técnica em Políticas Sociais. Atua no Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP-RJ) da Superintendência do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SMSA/RJ-MS).

E-mail: anacople@yahoo.com.br

Ana Raquel de Castro Octaviano. Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Piraf.

E-mail: anaraqueloctaviano@gmail.com



Marcela de Souza Caldas. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Secretária Executiva do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ).

E-mail: marcelascaldas@gmail.com

Sirlene Alves de Jesus da Silva. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Secretária Municipal de Saúde de Mendes e Diretora de Regionalização e Descentralização do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ).

E-mail: sirleneenfa@gmail.com



Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz e Cosems RJ: singularidades do SUS no território fluminense

Adriana Moro. Enfermeira. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Escritora. Curadora da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: adri.moro@gmail.com

Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira. Economista. Especialista em Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Universidade de Brasília (UnB) e pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Analista Sênior e Gestora da Curadoria em Saúde da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS – Vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz – VPAAPS.

E-mails: claudia.oliveira@fiocruz
claudiadoliveira2024@gmail.com



Marta Gama de Magalhães. Psicóloga. Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Analista de Gestão em Saúde e Gestora da Curadoria em Saúde, Plataforma Colaborativa IdeiaSUS – Vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz – VPAAPS. Colaboradora da Estratégia Apoiadores Regionais do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ).

E-mails: marta.magalhaes@fiocruz.br
martamagalhaes47@gmail.com

Simione de Fátima Cesar da Silva.

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Social e Políticas Públicas pela Fiocruz/IPEA, Especialista em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família pela UFAC/AC. Servidora da Secretaria de Educação e da Secretaria da Saúde do Governo do Distrito Federal (DF). Curadora da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: simiones@gmail.com



Equipe multidisciplinar – um olhar psicossocial na Atenção à infância e adolescência

Fátima Regina da Silva Souza. Psicóloga. Especialista em Atenção Psicossocial Gestão e Pesquisa em Saúde Mental. Estatutária da Prefeitura Municipal de Piraf.

E-mail: fatima.regina.souza@hotmail.com

Adriana Moro. Enfermeira. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Escritora. Curadora da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: adri.moro@gmail.com

Beatriz da Silva Moura Maciel. Fonoaudióloga. Especialista em Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva e Neurociência Aplicada à Aprendizagem. Prefeitura Municipal de Macaé.

E-mail: beatrizmacielrj@hotmail.com



Camila Troccoli Ramos. Fisioterapeuta. Pós-graduada em Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica. Estatutária Prefeitura Municipal de Pirai e de Volta Redonda.

E-mail: camilatroccoli@hotmail.com

Cláudia Pereira de Abreu. Psicóloga Clínica. Estatutária Prefeitura Municipal de Pirai.

E-mail: Kkabreu2010@gmail.com

Julliana de Souza Leandro. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem. Estatutária na Prefeitura de Pirai.

E-mail: jullianaleandro@yahoo.com.br

Karollayne Miranda Barreiro. Psicóloga. Formação Clínica infanto-juvenil em Gestalt-Terapia. Educadora Popular em saúde pela Fiocruz-RJ. Servidora pública. Equipe E-multi de Volta Redonda.

E-mail: barreiro.psi@outlook.com



Letícia Neves Barbosa. Psicóloga. Especialista em Terapia ABA no TEA. Estatutária Prefeitura de Pirai.

E-mail: le.neves.b@gmail.com

Mariana Portugal de Andrade. Psicóloga. Mestra em Bioética e Saúde Coletiva. Pós-graduada em Neuropsicologia e Saúde Mental. Prefeitura de Pirai e Mendes.

E-mail: mari_portugal@yahoo.com.br

Mayara da Silva Sá Firmino. Fonoaudióloga. Prefeitura Municipal de Quatis.

E-mail: mayarafirmiano@gmail.com

Renata Cardoso da Silva. Psicóloga.

Pós-graduada em Saúde da Família e Psicologia Familiar. Prefeitura Municipal de Pirai.

E-mail: rscs25@hotmail.com



Viviane Fristch Batista. Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Orofacial e em Audiologia Clínica e Ocupacional. Estatutária na Prefeitura de Pirai

E-mail: vivianefritsch2014@gmail.com

Práticas de atenção à saúde do trabalhador rural de Resende/RJ

Isabela Mazza de Lima. Bióloga. Mestre em Química Biológica. Coordenadora do Cerest Médio Paraíba II (RJ).

E-mail: isabelamazza@gmail.com

Emiliana Serpa de Azevedo Farias de Carvalho. Enfermeira. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Municipal de Resende (RJ).

E-mail: enfermeiraemiliana@gmail.com



Izaura Stuart de Almeida Escobar. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e docente do Curso Técnico em Enfermagem do Senac-Resende. Gerente da ESF Visconde de Mauá-Resende (RJ).

E-mail: izaescobarmonteiro@hotmail.com

Juliana Oliveira. Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Psicanalista e pós-graduanda em Saúde da Família.

Gestora das Equipes de Saúde da Família da Zona Rural de Resende (RJ).

E-mail: juliana.oliveiraeae@gmail.com

Ludmila Flecher Beringui. Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher e em Urgência. Estratégia de Saúde da Família do município de Resende, Emergência e APH.

E-mail: enf.ludy@gmail.com



Maria Cláudia da Silva Freire. Assistente Social do HMHSG / NAQH.

E-mail: hmqualidade58@gmail.com

Pâmella Helena da C. P. Leite. Enfermeira e Técnica de Enfermagem do Trabalho. Cerest Médio Paraíba II (RJ).

E-mail: pamellacosta.pmr@gmail.com

Pedro Coscarelli. Médico. Coordenador do Núcleo de Vigilância em Saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto–UERJ. Médico da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação de Saúde do Trabalhador.

E-mail: pgccoscarelli@gmail.com

Ranyeli Batista Pereira. Enfermeira. Programa Melhor em Casa da Secretaria Municipal de Saúde de Resende (RJ).

E-mail: enf.ranyeli@gmail.com



Simione de Fátima Cesar da Silva. Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Social e Políticas Públicas pela Fiocruz/IPEA. Especialista em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Família pela UFAC/AC, em Avaliação em Saúde pela Fiocruz e em Educação Digital pela UNISENAI. Servidora da Secretaria de Educação e da Secretaria da Saúde do Governo do Distrito Federal. Curadora da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: simiones@gmail.com

Thaís de Jesus da Silva. Engenheira de Segurança do Trabalho e Engenheira Eletricista Eletrônica. Coordenadora do Programa Saúde do Trabalhador (PST) de Resende (RJ).

E-mail: thaisjsilva.pmr@gmail.com



Posfácio

Hêider Aurélio Pinto. Médico sanitарista, professor da Universidade Federal da Bahia, mestre em saúde coletiva, doutor em políticas públicas, pós-doutorado em tecnologia e inovação na saúde

E-mail: heiderpinto.saude@gmail.com