

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

SÉRIE: SABERES E PRÁTICAS
DE SAÚDE MUNICIPAIS

Organizadoras

Ana Maria Auler M Peres
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Marcela de Souza Caldas
Marta Gama de Magalhães

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

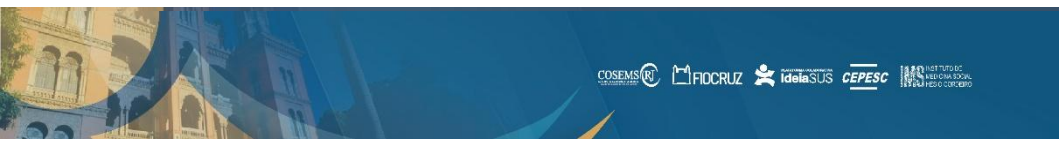
Diretora Financeira: Maria Augusta Monteiro Ferreira – SMS Rio Claro

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: Gilmar Garcia Rocha – SMS Areal



Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Presidente: Mário Moreira

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde: Hermano Albuquerque de Castro

Vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação: Cristiani Vieira Machado

Vice-presidente de Pesquisa e Coleções Biológicas: Maria de Lourdes Aguiar Oliveira

Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde: Marco Aurelio Krieger

Assessor de Relações Institucionais do Gabinete de Presidência: Valber Frutuoso

Coordenador da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS: Wagner Barbosa de Oliveira

Conselho Editorial da Publicação

Ana Maria Auler Matheus Peres - Cepesc

Claudia Beatriz Le Cocq D´Oliveira - IdeiaSUS Fiocruz

Marcela de Souza Caldas – Cosems RJ

Marta Gama de Magalhães - IdeiaSUS Fiocruz

Cepesc Editora

Claudia de Souza Lopes

Mário Roberto Dal Poz

Rosely Sichieri

Rossano Cabral Lima



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

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

Série: Saberes e Práticas de Saúde Municipais

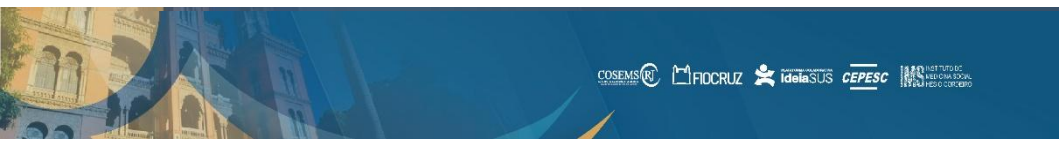
Volume: I

1ª edição – abril de 2025

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 / BIBLIOTECA CBC

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, 2025.
279 p. (Saberes e práticas de saúde municipais; v.1)

ISBN 978-85-9536-017-4

1. Sistema Único de Saúde. 2. Conselhos de Saúde. 3. Gestão em
Saúde. 4. Curadoria de dados. 5. Desenvolvimento econômico.
I. Peres, Ana Maria Auler Matheus. II. D Oliveira, Claudia Beatriz
Le Cocq. III. Caldas, Marcela de Souza. IV. Magalhães, Marta Gama
De. V. Série.

CDU 614.2

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Informações

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado
do Rio de Janeiro (Cosems RJ) Rua México, nº 128 ·
sobreloja 01 · sala 17 · 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

Prefácio	6
Os municípios e o desenvolvimento econômico e social: Brasil e Estado do Rio de Janeiro	13
Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz e Cosems RJ: modos de olhar as práticas municipais de gestão e atenção em saúde no Estado do Rio de Janeiro	62
A reforma da APS em Volta Redonda - RJ: o provimento médico de 100% das equipes de Atenção Primária	100
O Centro de Convivência como ferramenta de cuidado e promoção de saúde no território: reflexões a partir da experiência de Carmo - RJ	163
Amamenta Petrópolis - RJ: amamentação e leite materno ordenhado nos Centros de Educação Infantil	217
Posfácio	261
Sobre os autores	267



PREFÁCIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista histórica para a saúde pública no Brasil, sendo um modelo reconhecido internacionalmente por sua abordagem universal e integral. Desde sua criação, o SUS tem enfrentado desafios significativos, mas também tem sido uma plataforma para inovações e melhorias na gestão da saúde.

Nesse contexto, essa é mais uma publicação que traz como tema experiências exitosas do SUS, e que documenta e dissemina ações e o processo de curadoria, promovendo um aprendizado coletivo que pode inspirar outras iniciativas em todo o país.

Premiadas na 3ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ/IdeiaSUS Fiocruz, realizada em 2023, as experiências dos municípios fluminenses de Carmo, Volta Redonda e Petrópolis reforçam a ideia de que a integração e o trabalho interdisciplinar podem levar a resultados positivos na saúde pública. Nas próximas páginas, elas serão apresentadas, mostrando que, mesmo em contextos desafiadores, é possível alcançar resultados significativos.

O processo de curadoria oferecido pelo IdeiaSUS Fiocruz, durante um ano, aos três trabalhos, também foi acompanhado e registrados nessa edição. Esse foi o caminho para aperfeiçoar essas práticas e contribuir para a construção um sistema de saúde forte e eficiente.

Aprender com esses casos de sucesso e disseminar as melhores práticas são essenciais para garantir que todos os cidadãos tenham acesso à saúde de qualidade. É vital que essas experiências sejam reconhecidas e valorizadas, incentivando a continuidade de inovações que beneficiam a coletividade. O futuro da saúde pública no Brasil depende da valorização e da replicação dessas iniciativas bem-sucedidas.

Os temas das três práticas aqui descritas por si só, por outro lado, remetem ao papel estratégico do SUS e de seus gestores e trabalhadores na vida da população e dos territórios onde habitam.

Em Carmo, na Serra Fluminense, temos um trabalho referencial associado ao campo da saúde mental e atenção psicossocial. Um centro de conveniência, um aparelho público, uma estratégia de desinstitucionalização e inclusão social, que bem retrata o compromisso com os princípios da Reforma Sanitária, enxergando o tema e as

peças que dele desfrutam numa perspectiva multisetorial, coalhada de humanização, acolhimento e diferentes propostas de inserção dos usuários no cotidiano do município. São mais de vinte anos de trabalho que, como informam os autores, precisou construir uma complexa rede de serviços substitutivos para oferecer o cuidado integral dos usuários egressos de hospital psiquiátrico.

E de que forma se dá essa ação em Carmo? Buscando, criando e refletindo sobre “alternativas de cuidado através das expressões culturais, artísticas, lazer, geração de renda e ações intersetoriais”. E a partir de que princípios? Como também nos relatam os autores, por meio da construção de “uma linha de cuidado em saúde que atravessasse as paredes dos consultórios médicos e circule pelos espaços da cidade, através de ações comunitárias e territoriais”. Capoeira, dança, teatro, música, seresta, artesanato, bloco carnavalesco e um rol de atividades potentes numa agenda contínua. Associado ao conjunto da Rede de Atenção Psicossocial do Carmo em operação no município, o Centro de Convivência Paula Cerqueira configura-se, dessa forma, em experiência repleta de realizações que só evidenciam a força do SUS como referência central nas políticas públicas de saúde.

Mais que isso: ler sobre a experiência de Carmo é encontrar histórias de vidas e personagens com trajetórias marcantes, compondo um percurso também cheio de memórias orais do município, que agora se eternizam em meio textual.

Ainda por trás das serras fluminenses, agora em Petrópolis, como veremos adiante, emerge outro trabalho digno de amplo reconhecimento. Trata-se da implantação da amamentação e leite materno ordenhado nos centros de educação infantis. Saúde da mulher e da criança em primeiro plano através do “Amamenta Petrópolis”, que permite que mães amamentem presencialmente ou enviem leite humano ordenhado para alimentar seus bebês nas creches públicas, também conhecidas como Centros de Educação Infantil (CEIs). Uma iniciativa que beneficia, principalmente, mulheres de comunidades, com vulnerabilidade social, com pouca ou nenhuma rede de apoio.

Ao percorrer o capítulo sobre Petrópolis, o leitor descobre que tudo teve como ponto de partida a inquietação de uma enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família do município. “Durante consultas de enfermagem em puericultura”, nos contam as autoras, “ela observou a angústia de mães lactantes que, com o término

da licença-maternidade ou o retorno ao trabalho (trabalho este, muitas vezes, informal), ao matricularem seus bebês nos CEIs, recebiam a informação de que eles não poderiam estar em aleitamento materno exclusivo”. Daí em diante, o leitor é levado às etapas que constituíram a trajetória até a consolidação do projeto, desafios e superação, abarcando ainda memórias que muito significam – o que nos leva a brindar mais ainda os frutos colhidos pelas equipes públicas do município de Petrópolis.

Nosso sobrevoo pelas terras do Estado do Rio de Janeiro finalmente chega a Volta Redonda, a chamada “Cidade do Aço”. Se a história do município foi forjada nos anos recentes pela indústria siderúrgica que abriga, é lícito afirmar, metaforicamente, que também são sólidas como o metal a trajetória e as estratégias de implantação do provimento médico de 100% das equipes de atenção primária no município, que conta com aproximadamente 270 mil habitantes. Um trabalho nada trivial, que principia com “a mudança de paradigma da atenção primária no município, iniciando com a retirada de profissionais especialistas de dentro das unidades, já que o formato fragmentava o processo de construção de ações dentro do território”

“Conhecer a especificidade da população sob suas responsabilidades para melhor atendê-la, e para isso...atender as pessoas em todas as fases de seu ciclo de vida” – eis o chamado e um dos motes que nortearam a chamada dos profissionais da saúde da família de Volta Redonda, incluindo médico, enfermeiro e todos os outros membros da equipe.

A Reforma da APS em Volta Redonda e o provimento médico de 100% nos chegam, assim, por meio de relato detalhado das etapas que constituíram a implantação da prática, com os desafios e possibilidades de lidar com sistemas de informação locais; uma mirada sobre o papel das unidades básicas de saúde (UBS) durante a pandemia da Covid-19; o trabalho de reforma física e estrutural dessas UBSs; o papel da educação permanente no processo; critérios para provimento, qualificação e desempenho; análise da produção dos profissionais médicos; aprimoramento da prática e seus principais desafios, entre outras etapas – formando um rico painel sobre o desenrolar da experiência em Volta Redonda.

Por toda a sólida reflexão que este livro nos propõe, a partir das experiências de Carmo, Petrópolis e Volta Redonda, e do trabalho e aprendizados alcançados pela

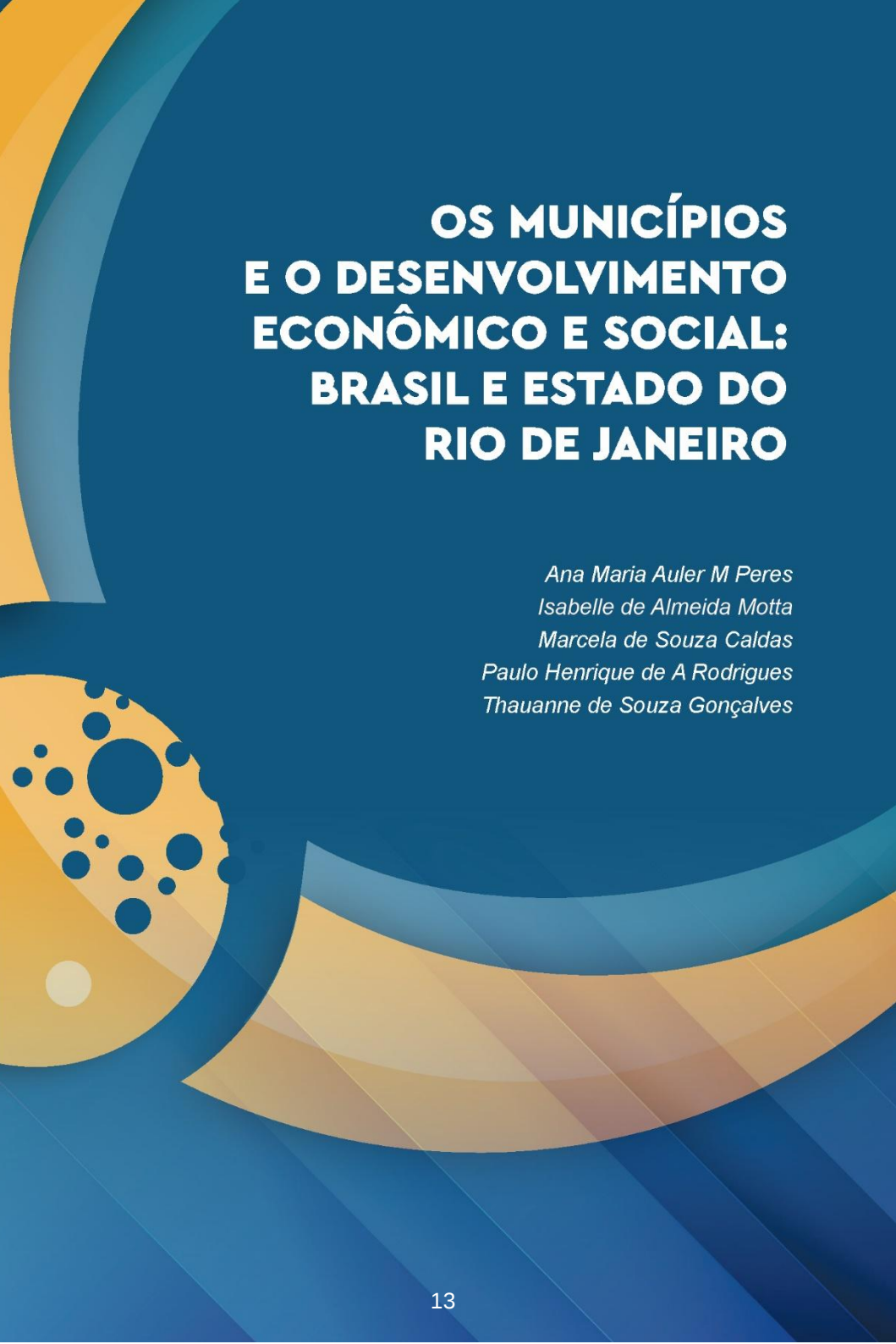
Curadoria em Saúde, durante todo o processo dialógico realizado com autores, gestores, autoridades locais e usuários, o Cosems RJ e a Plataforma IdeiaSUS Fiocruz têm a convicção de trazer para a arena pública, com esta publicação, temas de profundo interesse para o SUS, para avaliação de projetos de país, para ampliação de debate qualificado sobre o papel da saúde coletiva no Rio de Janeiro, que, em última análise, estende-se a outros territórios e municípios brasileiros. Seguimos firmes nessa missão de colocar o SUS e seus distintos atores como protagonistas de temas estratégicos para o Brasil.

Maria da Conceição de Souza Rocha

Presidente do Cosems RJ

Wagner Barbosa de Oliveira

Coordenador da Plataforma Colaborativa IdeiaSUS Fiocruz.



OS MUNICÍPIOS E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL: BRASIL E ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*Ana Maria Auler M Peres
Isabelle de Almeida Motta
Marcela de Souza Caldas
Paulo Henrique de A Rodrigues
Thauanne de Souza Gonçalves*

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é apresentar uma introdução ao processo de formação dos municípios brasileiros, visando contribuir para ampliar a compreensão acerca da gestão dos municípios sobre as políticas de saúde. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) alçou o município, pela primeira vez, à condição de ente federado, situação única entre as federações existentes. A compreensão dessa particularidade do federalismo brasileiro é fundamental para a análise das políticas públicas, especialmente da saúde. A competência legislativa de proteção e defesa da saúde é compartilhada entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estabeleceu como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a “descentralização político-administrativa”, com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (art. 7º, IX, a).

Os Estados organizados como federações, como é o caso do Brasil, diferem dos Estados unitários por contarem com centros de poder inicialmente débeis e se caracterizarem por uma permanente disputa política entre centro e periferia. No Brasil, a vastidão do seu território e

as grandes diferenças socioeconômicas, políticas e culturais, levaram a organização do Estado como federação, desde a Proclamação da República, modelo adotado pela Constituição de 1891. A disputa entre centro-periferia esteve sempre presente na história brasileira, com alternância entre períodos de centralização e descentralização, ou de sístoles e diástoles, na formulação de Diogo Lordello de Mello (1971), sendo o período atual caracterizado por uma forte descentralização estabelecida tanto pela CF/88 quanto pela predominância dos interesses locais e regionais no Congresso Nacional.

Até se tornarem entes da federação brasileira, em 1988, a importância e o poder político dos municípios variaram ao longo da história. Entre outros fatores, deve-se mencionar a existência de um forte movimento municipalista, o qual passou a atuar mais sistematicamente, a partir da década de 1950. Esse movimento favoreceu o fortalecimento da esfera de governo municipal. Desde o período colonial, as competências dos municípios guardam estreita relação com as questões tidas como “locais”, ou seja, de interesse imediato dos cidadãos circunscritos a um determinado território. Nossos municípios foram a primeira e a mais disseminada forma de organização política, tendo se

constituído com base no modelo dos conselhos municipais da antiga metrópole portuguesa.

Ao longo do texto, procuramos caracterizar o desenvolvimento econômico e social do país e a disputa política centro-periferia no Estado brasileiro que teve por períodos de concentração e de descentralização de poder. Nessa disputa, que nasce ainda na colônia, o poder central buscou sempre se afirmar sobre os poderes regionais e locais, com maior ou menor sucesso.

2. A EVOLUÇÃO DOS MUNICÍPIOS NA HISTÓRIA

2.1 O município no período do Brasil-Colônia (1500-1822)

A colonização portuguesa no Brasil teve início com a organização das capitanias hereditárias, sistema que consistiu na divisão do território colonial em doze porções irregulares, limítrofes, entre o litoral do oceano Atlântico e a linha do Tratado de Tordesilhas. Tais capitanias foram doadas pela Coroa portuguesa a particulares que dispunham de recursos financeiros suficientes para colonizar e defender a colônia. As capitanias serviram para criar núcleos de povoamento dispersos e quase sem contato uns com os outros, contribuindo desta forma para a formação de centros de interesses econômicos e sociais,

que viriam a influenciar a estruturação do futuro Estado brasileiro (Silva, 1998, p. 74).

Especialmente nas zonas de exploração agrícola, com base no trabalho escravo, principalmente de cana de açúcar, floresceu a organização municipal, sendo a primeira Câmara Municipal de São Vicente, instalada em 1532. Os interesses locais organizados nos municípios confundiam-se com os dos grandes proprietários de terras, que tinham na exploração agrícola e mineral a força de seu poder econômico e na Câmara Municipal a base e o instrumento de seu poder político. Cabia às câmaras municipais, composta por almotacés — fiscal de pesos e medidas —, um procurador e vereadores eleitos entre os “homens bons” — proprietários de terra, principalmente —, a administração municipal, fiscalizando o cumprimento da lei. Era de competência dos vereadores votarem as medidas administrativas, vigiados por um Juiz. A administração local era, na verdade, autônoma para pequenas obras, uma ponte ou uma estrada vicinal.

A instituição do regime de capitanias hereditárias decorreu da necessidade de fixar população e assegurar com elas a defesa do território. Neste sentido, as vilas se formaram muitas vezes antes da povoação. Exemplo disto são os primeiros municípios fundados no Brasil – com os

nomes de Vila São Vicente e Piratininga, que no futuro passaram a ser conhecidos como São Paulo e Santos (Faoro, 2001, p.129). É importante destacar que o poder municipal esteve, desde sua formação inicial, fortemente vinculado à grande propriedade rural e seus detentores — latifundiários, fazendeiros, “coronéis” —, característica que permanece até hoje, sendo conhecidos como “empresários rurais”, com exceção da pequena minoria dos municípios médios e grandes.

2.2 O município no período do Brasil-Império (1822-1889)

A Constituição Imperial de 1824 previu a divisão do território em 20 províncias, subordinadas ao poder central e dirigidas por presidentes escolhidos e nomeados pelo Imperador. A Carta Magna manteve os municípios, com suas características herdadas do período colonial, mas não inovou em termos de suas liberdades e autonomia.

O Império foi um período altamente centralizador que realizou ações políticas e militares de expansão territorial e de intervenção regional e local. Foi um período caracterizado por rebeliões regionais, algumas de caráter popular, violentamente reprimidas pelo poder central. José Honório Rodrigues (1982) mostra como a manutenção da escravidão e as enormes desigualdades sociais geraram

um número de revoltas populares no período imperial, como o Levante dos Periquitos — soldados negros libertos — na Bahia (1824), a Revolta dos Nagôs — escravos — na Bahia (1826), a Cabanada no Pará (1832-1835), a Sabinada na Bahia (1837-1838), a Balaiada no Maranhão e Ceará (1838-1845). A forte centralização política que sufocava os interesses locais e regionais explica também as revoltas conduzidas por setores das elites sociais, como a Confederação do Equador em Pernambuco (1824), a Carneirada em Pernambuco (1835) a Revolução Farroupilha no Rio Grande do Sul e parte de Santa Catarina (1835-1845) e a Revolução Praieira em Pernambuco (1848-1850). Todas essas revoltas populares e regionais foram reprimidas com brutalidade pelo poder central, que não hesitou em causar milhares de mortes e deslocamentos da população. Durante todo o período, tentou-se por várias vezes implantar a monarquia federalista no Brasil e implementar medidas descentralizadoras, sem sucesso.

É conveniente destacar que a instituição municipal foi mantida e até fortalecida pela criação da Guarda Nacional, em 1831, que colocou parte do aparelho estatal repressivo sob controle direto das oligarquias regionais e locais.

A Guarda Nacional era organizada diretamente pelos grandes proprietários de terras ou comerciantes, com renda acima de 100 mil réis, responsáveis pelo recrutamento e armamento dos corpos da Guarda que adquiriam suas patentes de coronéis ou maiores do governo imperial. (Leal, 1997; Faoro, 2001; e Ribeiro, 2011).

2.3 O município na Primeira República (1889-1930)

A República Federativa do Brasil foi instituída pela Constituição de 1891, sendo composta pela “união perpétua e indissolúvel dos estados”, as antigas províncias do período imperial. Ainda no início da Primeira República, no governo Campos Sales (1898-1902), foi estabelecida a chamada “política dos governadores”, que prestigiava as oligarquias regionais mais fortes, que lhes dá autonomia nos estados em troca de apoio parlamentar ao Executivo Federal (Faoro, 2001). Os governos estaduais contavam com grande autonomia, estabelecendo acordos políticos com os governos locais controlados pelos coronéis e maiores da Guarda Nacional, em troca de favores políticos. Quanto aos municípios, a Constituição os mencionava em seu Título III: “Os Estados organizar-se-

ão de forma que fique assegurada a autonomia dos municípios, em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse” (Zimmerman, 1999, pp. 305-306). Eram os interesses regionais, representados pelos governadores, que prevaleciam nos estados, estando os governos locais subordinados àqueles.

Apesar do fim da escravidão em 1888, persistiu uma extrema desigualdade social e concentração de poder e riqueza na mão das oligarquias que controlavam o poder e não hesitavam em reprimir violentamente qualquer movimento popular que lutasse para melhorar suas condições de vida (Rodrigues, 1982). Mas a situação de pobreza da população deu margem a movimentos sociais e, às vezes, místicos locais durante o Império. Tais movimentos foram violentamente reprimidos pelo poder central, como foi o caso das Revoltas de Canudos na Bahia (1896-1897), do Contestado no Paraná (1912-1915) e dos Beatos do Catolé no Ceará (1920-1926). Conflitos regionais de caráter oligárquico também eram resolvidos pela força bruta, como foi o caso da verdadeira guerra civil ocorrida no Ceará (1912-1914) entre as oligarquias chefiadas por Antonio N. Accioly, Floro Bartolomeu e o Padre Cícero contra o novo governo do estado de Franco Rabelo, que representava uma coalizão política urbana

liberal e anti-oligárquica. O governador Rabelo acabou sendo derrubado pelas forças reunidas dos jagunços de Floro Bartolomeu e dos beatos do Padre Cícero, depois de dois anos de luta e milhares de mortos (Camurça, 1994, Neto, 2009).

Os prefeitos, na Primeira República, eram eleitos ou escolhidos a critério dos governos estaduais. Victor Nunes Leal no clássico “Coronelismo, enxada e voto” (1997), mostra como as eleições e a administração local eram viciadas e manipuladas pelo poder dos coronéis, ou grandes proprietários rurais. Funcionou na época um federalismo dual – governo central/estados — sendo os municípios subordinados aos governadores.

Embora não haja dados sobre os indicadores sociais antes do século XX, é possível saber sobre o período compreendido entre 1900 e 1930. Nessas décadas, a população brasileira passou de 17,4 milhões para 35,5 milhões de pessoas, o que equivale a um aumento anual de 2,04% (Albuquerque, 2011, p. 44), enquanto os indicadores sociais evoluíram a taxas muito inferiores no período. O aumento da esperança de vida, por exemplo, foi de apenas 1,27% ao ano — de 31,2 anos para 39,9 anos —, a variação da taxa de alfabetização foi de 1,13% ao ano (Albuquerque, 2011, p. 47). O número de

municípios passou de 1.121, em 1900, para 1.365 em 1933, um aumento de 21,8% no período (IBGE: 02/02/2025). Tratava-se de um país eminentemente rural, o primeiro Censo Demográfico, de 1940, mostrou que 68,76% da população vivia no campo (AGÊNCIA IBGE, NOTÍCIAS. 14/11/2024; e IBGE: 02/02/2025).

2.4 O município após a Revolução de 1930 (Segunda República)

‘A Revolução de 1930 quebrou o monopólio de poder das oligarquias rurais de São Paulo e Minas Gerais e da “política dos governadores” e deu início a um período de grande centralização na República e de intensa transformação da estrutura produtiva e das políticas sociais. Diversas medidas de intervenção do Estado na economia colocaram o país na chamada Era Desenvolvimentista que se estendeu até 1980 (Gonçalves, 2013). Foram criados diversos órgãos que fortaleceram o poder central sobre a economia do país, como o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (1930), a Comissão de Defesa da Produção do Açúcar, o Departamento de Aeronáutica Civil, o Conselho Nacional do Café, em 1931, a Caixa de Mobilização Bancária (Camob), em 1932, o

Departamento Nacional do Café, o Instituto do Açúcar e do Alcool, em 1933, o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 1934, depois IBGE e o Conselho Federal do Serviço Público Civil, em 1936, e o Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP (Rodrigues, 1982; Skidmore, 1982; Fausto, 1997).

Na área social, o governo criou, ainda em 1930, o Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp), e o Departamento Nacional de Saúde Pública. Até 1934, o governo federal começou também a substituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), ampliando muito a população coberta por aposentadorias e assistência à saúde, legalizou a sindicalização dos trabalhadores, instituiu a carteira de trabalho e criou a Justiça Trabalhista. A centralização crescente do poder político contribuiu para que eclodisse, em 09 de julho de 1932, o chamado “Movimento Constitucionalista”, movimento regionalista armado paulista, que visava derrubar o presidente Getúlio Vargas e restaurar a antiga ordem constitucional que havia sido suprimida pela Revolução de 1930. Embora não tenha sido derrotado militarmente, do ponto de vista político o movimento conseguiu forçar Getúlio Vargas a convocar a Constituinte de 1933-1934. A Constituição de 1934

manteve o regime federativo democrático e, “[...] embora alargasse a competência privativa da União, notadamente, quanto à função legislativa, deixou para os estados-membros a competência residual” (Alves, 1985, p.33). Quanto aos municípios discriminou seus impostos, reconhecendo segundo Zimmerman (1999, p.318) “... a importância da autonomia municipal, como instrumento de descentralização e democratização do Estado”.

Em 1937, o presidente Getúlio Vargas promoveu um golpe de Estado, revogando a Carta de 1934 e outorgando nova Constituição, alegando, dentre outros motivos, “falhas” na Carta anterior. Estava instaurado o Estado Novo (1937-1945), no qual foi intensificada a concentração de poder na União. A “Polaca”, como ficou conhecida a nova Carta, jamais foi submetida a uma apreciação popular como havia sido prometido pelo Presidente. A nova Constituição tratou de extinguir a limitada autonomia municipal, sendo que vereadores e prefeitos passaram a ser nomeados pelos interventores de cada estado, que, por sua vez, eram nomeados pelo presidente da República. O Governo federal passou a controlar diretamente os municípios, através do Departamento das Municipalidades, criado em 1938 (Leal, 1997, p. 104). A intervenção nos municípios foi

aprofundada, em 1939, pelo Decreto-lei nº. 1.202 (chamada de Lei dos Estados e Municípios) que criou departamentos administrativos em todos os estados para dar assistência e controlar as administrações públicas estaduais e municipais (Leal, 1997, p. 113).

As transformações econômicas e sociais sob o comando do governo central também se intensificaram durante o Estado Novo, sendo adotado o primeiro plano quinquenal da história brasileira, o Plano Especial de Obras Públicas e Reaparelhamento da Defesa Nacional — 1939/1943 (Rezende, 2010, p. 8). Também foram criados importantes órgãos e empresas públicas como o Conselho Nacional do Petróleo (Fausto, 2000), e o Instituto de Resseguros do Brasil - IRB (Lafer, 2002). Nesse período foram criadas importantes empresas estatais como a Companhia Nacional Siderúrgica Nacional (CSN), em 1941, a Fábrica Nacional de Motores (FNM), em 1942 (Malan *et al.* 1977, Rodrigues, 1982), a Companhia Nacional de Álcalis, em 1943 (Pereira, 2009), importante para produção de produtos químicos e farmacêuticos e a Companhia Hidroelétrica do São Francisco - Chesf (Malan *et al.*, 1977). As diversas medidas favoráveis à industrialização levaram a um crescimento médio anual da indústria de transformação de 7,9%, entre 1939-1949

(Versiani e Suzigan, 1990, p. 30), o que contribuiu para uma grande transformação econômica e social do país. Com o término da Segunda Guerra, os militares que haviam lutado na Itália ao lado dos EUA aproveitaram os anseios da sociedade pelo retorno à democracia e promoveram um golpe militar, pondo fim ao Estado Novo (Skidmore, 1982; Bandeira, 2010). Nas primeiras eleições, ainda em 1945, foi eleito o general Eurico Gaspar Dutra, dando início a um período liberal, desnacionalizante em matéria econômica e de descentralização política (Malan *et al.*, 1977; Skidmore, 1982; Neto, 2014).

Durante a Segunda República (1930-1945), a população total passou de 33,6 milhões de pessoas para 47,3 milhões — equivalente a um crescimento anual de 1,41% (IBGE, 2007, p. 23). A taxa anual de aumento da população superou muito a melhora dos indicadores sociais. A esperança de vida ao nascer, subiu de 39,9 anos para 44,3 anos — ou a 1,11% ao ano —, a taxa de alfabetização passou de 39,4% para 46,6% — 1,18% ao ano (Albuquerque, pp.47 e 48). O número de municípios, entre 1933 e 1946, passou de 1.362 para 1.654, um aumento de 21,4% (IBGE, 02/02/2025).

2.5 O município na Terceira República (1946-1964)

Uma das primeiras mudanças no período foi a convocação de uma Assembleia Constituinte que elaborou a Constituição de 1946, de caráter liberal e descentralizante que fortaleceu o papel dos estados e dos municípios na administração pública do país (Abrucio, 1998; Silva, 1998; Zimmerman, 1999). Mas, a descentralização não agradou totalmente o movimento municipalista. Diogo Lordello de Mello, por exemplo, um importante defensor do municipalismo no Brasil, considerou que a nova Constituição apenas procurou garantir a autonomia político-administrativa dos governos municipais e prover um mínimo de recursos financeiros, sem estabelecer limites funcionais, responsabilidades específicas ou mecanismos adequados para a articulação intergovernamental. Demonstrando sua insatisfação com o texto constitucional, Mello, afirmou que restou:

[...] ao Município essa função política, que consiste na manipulação da instituição municipal em favor do processo político-eleitoral. Para desempenhar este papel clientelístico, não necessitava o Município, realmente, mais do que lhe vinha sendo assegurado ou do que lhe foi concedido pela Constituição de 1946 (1971, p.15).

Apesar da insatisfação de Mello, a Constituição de 1946 é considerada pela maioria dos municipalistas como um grande avanço à época e um marco no fortalecimento dos municípios no Brasil.

Entre 1946 e 1964, houve grande tensão política e social no país, em torno dos caminhos para o desenvolvimento, que afetou fortemente a evolução da administração pública e a organização e autonomia dos estados e dos municípios. Uma das marcas do período foram os conflitos recorrentes com os EUA, que haviam se tornado a principal potência mundial e temiam que o Brasil, em função de sua dimensão econômica, territorial e populacional, poderia vir a ter um papel de liderança numa maior soberania dos países do continente (Skidmore, 1982; Bandeira, 2011; Neto, 2014). Getúlio Vargas voltou ao poder em 1950 pelo voto popular, retomou o processo de crescimento econômico com base no intervencionismo estatal, criando a Petrobras, em 1951 (Nunes, 2010; Bandeira, 2011), o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), em 1952, colocou em execução o I Plano Nacional de Eletrificação, a partir de 1953, que multiplicou por mais de 10 vezes a geração de energia elétrica e lançou as bases para a futura criação da Eletrobras (Pereira, 1975, p. 117-119).

Todos esses desenvolvimentos encontraram uma brutal oposição por parte das multinacionais estabelecidas no país, do governo dos EUA e da União Democrática Nacional (UDN), partido de direita e defensor de um modelo econômico subordinado e baseado na produção e exportação de produtos agropecuários. Em 1954, a pressão contrária quase levou a um novo golpe militar, abortado pelo suicídio de Getúlio Vargas. Seguiu-se um breve período de liberalismo econômico, durante o governo Café Filho, mas que foi logo sucedido pelo governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (1956-1961). JK, como era conhecido, lançou o ambicioso Programa de Metas, composto por 31 metas de desenvolvimento, sendo a 31ª, a construção de Brasília. Foi um período de rápido desenvolvimento econômico, com ênfase na produção industrial, que resultou num crescimento médio anual da economia de 7% e da renda per capita de 4%, três vezes mais rápido do que o da média da América Latina (Lafer, 2002, p. 116).

As tensões políticas e sociais se intensificaram nos curtos governos de Jânio Quadros — menos de sete meses de 1961 — e de João Goulart — de setembro de 1961 a março de 1964. Neste último governo, que tentou realizar reformas de base — reforma agrária, educacional,

fiscal, eleitoral e urbana — encontraram uma forte oposição política interna por parte da UDN, de setores militares, da burguesia e do governo dos EUA que resultaram no golpe militar de 1964 e em 21 anos de ditadura militar.

Apesar do rápido desenvolvimento econômico durante a Terceira República, a situação social não evoluiu tão positivamente. Durante todo o período houve uma intensa migração do campo para as cidades, equivalente a 24% da população rural (Cardoso, 2010, p. 225). Foram criados 2.235 novos municípios (ver Tabela 1), no período, mas não houve políticas habitacionais, de educação, saúde, saneamento e de transporte público que permitissem dar qualidade e dignidade de vida às populações das grandes cidades e dos novos municípios. A falta de recursos financeiros nas administrações municipais explica em grande parte a incapacidade destas em impedir o crescimento do número de favelas e influir na melhora dos indicadores sociais.

No período da Terceira República (1946-1964), a população do país passou de 46,83 milhões de pessoas para 78,94 milhões — equivalente a 1,69% ao ano (Albuquerque, 2011, p. 45), superando tanto o aumento da esperança de vida ao nascer, que subiu de 44,6 anos para

52,5 anos — uma taxa anual de 1,18% —, quanto a taxa de alfabetização que passou de 47,2% para 62,7% — ou 1,32% ao ano (Albuquerque, p. 48). O número de municípios, entre 1946 e 1967, passou de 1.654 para 3.889, um aumento de 235,1% (IBGE, 02/02/2025), representando o maior salto da história.

2.6 O município na Ditadura Militar (1964-1985)

O golpe militar de 1964 inaugurou um novo momento de grande centralização política que duraria cerca de 20 anos. Durante os 21 anos do regime militar, o Congresso Nacional chegou a ser fechado por várias vezes, os partidos políticos foram extintos, reunidos em apenas dois: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), da situação, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) de oposição, os sindicatos sofreram intervenções, os movimentos trabalhista e social foram violentamente reprimidos. O endurecimento pelo regime da cena política ocorreu em 1967, quando foi aprovada a Lei de Segurança Nacional (LSN) e 1968, quando o Congresso foi fechado. Isso contribuiu para ações armadas por parte de organizações e partidos de esquerda, que motivaram uma pesada repressão policial e militar, promovendo prisões

em massa, torturas e assassinatos de presos políticos, entre 1968 e 1974 principalmente, período conhecido como os “anos de chumbo” (Gaspari, 2002a, 2002b, 2003 e 2004; Magalhães, 2012).

As Constituições de 1967 e 1969 garantiram uma “vastíssima concentração de poderes na União, deixando pouquíssimo para os estados-membros e municípios” (Zimmerman, 1999, p. 325). Uma extensa lista de competências dos estados e dos municípios passou para o âmbito federal. Apesar disso, a próxima Constituição viria a ser influenciada pela campanha municipalista e pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), fundado em 1952, por recomendação do II Congresso Brasileiro de Municípios. A Constituição de 1967, também reformulou o sistema tributário nacional e o mecanismo de partilha das receitas entre os entes federados (Zimmerman, 1999; Silva, 1998).

As regras de partilha dos recursos tributários federais instituídos por esta Carta, segundo Dain:

[...] viabilizaram recursos de financiamento para pequenos municípios sem vida econômica própria, promoveram a fragmentação política e o fortalecimento do Governo federal. A multiplicação de municípios contribuiu decisivamente para desequilibrar o mapa federativo brasileiro, criando unidades políticas incapazes de assumir encargos de governo, e definir de forma autônoma suas prioridades de gasto (2000, p.96).

A adoção, a partir de 1968, de uma política econômica de caráter nacionalista e desenvolvimentista, voltou a dar continuidade ao processo iniciado em 1930. O principal resultado disso ocorreu entre 1968 e 1973, o chamado “milagre econômico”, com taxas anuais de crescimento médio do PIB da ordem de 11,1% e superávits no comércio exterior (Veloso *et al.*, 2008, p. 222 a 226). O momento mais emblemático desse processo de intervenção do Estado na economia ocorreu com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), cuja ênfase seria a produção de insumos básicos e bens de capital. O Plano colocou no centro do palco as grandes empresas estatais (Castro, 1985). O recurso a empréstimos externos para os investimentos fez, no entanto, com que a dívida

externa passasse de US\$ 56 bilhões, em 1979, para US\$ 85 bilhões, em 1982 (Gonçalves, 2013, p. 47).

O processo de rápido desenvolvimento econômico foi interrompido, entretanto, quando o *Federal Reserve* (banco central dos EUA) aumentou drasticamente os juros dos títulos da dívida estadunidense, em 1979, gerando um aumento generalizado dos juros bancários, fazendo explodir a dívida externa brasileira. Como consequência, entre 1983 e 1985, o Brasil transferiu em recursos reais para o exterior cerca de 15% do PIB (Safatle: 10/08/12), a dívida externa atingiu em 1984 o pico de US \$100 bilhões (Souza, 1985, p. 116-117). A crise da dívida acabou com a “Era do Desenvolvimento” que teve início em 1930. A partir de então, sucessivos acordos com o FMI foram obrigando o Brasil a adotar políticas econômicas de contenção dos gastos públicos, inclusive investimentos. A crise econômica contribuiu para criar um ambiente favorável à transição política para a democracia em 1985.

O modelo de desenvolvimento econômico do regime militar foi altamente concentrador da renda. Como consequência, entre 1960 e 1970, a participação dos 80% mais pobres caiu de 35% para 27,5%, enquanto a participação dos 5% mais ricos subiu de 44% para 50% no mesmo período (Bandeira, 2011, p. 178). Para que se

tenha uma ideia da concentração de renda promovida pela ditadura militar, basta dizer que, em 1960, os 10% mais ricos se apropriaram de 36,9% da renda nacional, em 1970, de 46,7% e em 1980, de 51% (Cardoso, 2010, p. 236).

A mudança de país predominantemente rural para urbano ganhou velocidade entre 1960 e 1970, quando a relação se inverteu: dos 13.475.472 domicílios recenseados no Brasil em 1960, pouco menos da metade (49%), se situavam nas áreas urbanas; em 1970, esse percentual já chegava a 58% (IBGE: 17/10/2017). No período da Ditadura Militar (1964-1985), a população do país passou de 78,94 milhões para 133 milhões — aumentando o equivalente a 1,68% ao ano (Albuquerque, 2011, p. 45 e 46), superando tanto o aumento da esperança de vida ao nascer, que subiu de 52,5 anos para 62,8 anos — uma taxa de 1,19% ao ano —, quanto a taxa de alfabetização que passou de 62,7% para 77,1% — ou 1,27% ao ano (Albuquerque, p. 48). O número de municípios, entre 1967 e 1988, pouco cresceu, passando de 3.889 para 4.123, um aumento de apenas 1,06% (Tabela 1).

2.7 O município e a Nova República (1985 ...)

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma nova fase de descentralização do poder no país, transformando os municípios em entes federados, situação única no mundo. Além de ganharem maior autonomia, receberam amplas competências próprias, definidos pelos artigos 29 e 30. Passaram a ter importante papel na execução e gestão das novas políticas sociais, particularmente a educação, a saúde e a assistência social, reconhecidas como direitos sociais pela primeira vez na história do país pelo artigo 194, coroando as lutas sociais iniciadas nos anos 1970.

Os municípios também ganharam mais recursos financeiros, com o novo sistema de partilha de receitas instituído pela Constituição, Sulamis Dain mostra que:

Em termos verticais, os municípios foram os maiores beneficiados com a nova distribuição de receitas. A sua participação na arrecadação global cresce em torno de 70% (de 10% para 17%). Até 1988, esta situava-se em torno de 2,5% do PIB e, com as modificações constitucionais, atinge 4% do PIB. O aumento das receitas deve-se ao FPM e à quota-parte do ICMS. (2000, p. 95)

A Constituição federal, além de inscrever a autonomia como prerrogativa do Município, capaz de

motivar até a intervenção federal para mantê-la ou restaurá-la (art.34, inciso VII, alínea “c”), incorporou alguns princípios asseguradores dessa mesma autonomia (vide arts. 29 e 30, respectivos incisos e alíneas), entre os quais se destacam aqui:

A prerrogativa de elaborar a sua própria Lei Orgânica;

[...]

O direito de legislar sobre assuntos de interesse local, bem como de suplementar a legislação federal e estadual, no que couber;

A organização dos serviços públicos locais [dentre eles a educação, a saúde e a assistência social];

[...]

A promoção, no que couber, do adequado ordenamento territorial, mediante o planejamento e o controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

A proteção do patrimônio histórico-cultural local, observadas a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual (Gonçalves, 1996, p.29).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, com a perspectiva de “descentralização com direção única em cada esfera de governo” (art. 198, I), complementada pela Lei nº. 8.080/1990 que deu “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (art. 7º, IX, a), acabou

transformando, na prática, a saúde pública como uma das mais importantes atribuições dos municípios. A crise da dívida externa iniciada no final da Ditadura Militar cobrou o seu preço, entretanto, afetando negativamente a capacidade do Estado brasileiro implantar e financiar as políticas sociais definidas pela Constituição de 1988.

Nos anos 1990, a pressão em torno do pagamento da dívida facilitou a introdução das políticas neoliberais e do ajuste estrutural pregados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) durante os governos Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002). Nesse período, o Estado brasileiro adotou uma série de medidas econômicas liberais, que limitaram as possibilidades de crescimento econômico como a liberalização do comércio exterior e do câmbio, a privatização das empresas estatais, a limitação do gasto público e a ênfase no combate à inflação por meio da manutenção de altas taxas de juros no mercado financeiro. Os objetivos centrais dessas políticas foram o pagamento da dívida externa e interna — favorecendo o mercado financeiro — e a transferência de valor para o exterior — via remessa de lucros, pagamento de patentes e royalties para as multinacionais, aumento da exportação de produtos

agropecuários e minerais de baixo valor agregado e da importação de produtos industriais de alto valor agregado.

Por essa razão, o Brasil entrou num longo período em que prevaleceram taxas baixas de crescimento econômico que dura até nossos dias e reduziram a capacidade de financiamento das políticas públicas. A insistência na política de contenção do gasto público, inclusive em relação aos investimentos em infraestrutura e serviços públicos, limitou muito a expansão de políticas e serviços sociais indispensáveis como a moradia, saneamento, transporte público, educação, saúde e assistência social. Os municípios foram afetados gravemente por essas políticas de austeridade fiscal, com redução de sua capacidade de financiar aquelas políticas e serviços sociais.

Apesar da grande limitação econômica e financeira, o reconhecimento dos direitos sociais pela Constituição de 1988, permitiu um desenvolvimento importante de algumas políticas sociais, principalmente educação, saúde e assistência social. A implantação do SUS, a partir de 1990, a definição de transferências financeiras para os estados e municípios para o financiamento da saúde, a ampliação da cobertura de atenção primária, a partir da criação do Programa Saúde

da Família (PSF), em 1994 (depois instituído como política através da Estratégia Saúde da Família), assim como de outras políticas de saúde, como o Programa Nacional de DST/AIDS, a reforma psiquiátrica, a expansão da atenção às populações mais vulneráveis e o Programa Mais Médicos permitiram importantes ganhos em termos dos indicadores sanitários. Combinadas com avanços na educação e na assistência social, assim como com políticas de combate à pobreza extrema, como o Bolsa Família, as políticas de saúde também contribuíram para a melhora dos indicadores sociais como um todo.

Como resultado dos avanços sociais recentes, o país passou a apresentar uma expectativa de vida de 76,4 anos, segundo o IBGE (Agência Gov., 22/08/2024), a mortalidade infantil foi reduzida para 12,5 óbitos por mil nascidos vivos (Agência Brasil, EBC, 22/08/2024) — ainda alta para padrões internacionais — e a proporção da população abaixo da linha de pobreza caiu para 27,4% e os que vivem em situação de pobreza extrema foram reduzidos para 4,4% em 2023 (Gov.br, 04/12/2024). Os municípios tiveram importante papel nesse processo, depois que seu papel foi fortalecido pela Constituição de 1988. Seu número cresceu para 5.570 municípios, durante a Nova República, mas é importante registrar que mais da

metade (58,2%) da população vive nos 387 maiores municípios brasileiros, com população superior a 100 mil habitantes, segundo o IBGE (Agência Gov.: 29/08/2024).

3. AS COMPETÊNCIAS MUNICIPAIS E O SUS

Na nova ordem constitucional estabelecida em 1988, a forma federativa de Estado foi definida como cláusula pétrea no artigo 60, § 4º, evidenciando sua conexão com a democracia (Ribeiro, Moreira, 2016).

Como já se viu, o modelo do SUS foi concebido com base no princípio da descentralização político-administrativa, o que coloca os municípios no centro da execução das políticas de saúde. Em uma publicação intitulada “O SUS no seu município” (Brasil, 2004), o Ministério da Saúde definiu as competências municipais da saúde e a atuação do gestor para realizá-las. Destacam que o município tem a responsabilidade de garantir o acesso da sua população tanto à atenção básica quanto aos serviços especializados, incluindo os de média e alta complexidade, mesmo que estejam fora de seu território. Este deve também gerenciar, otimizar e avaliar os resultados alcançados, promovendo a saúde de maneira integral, princípio do SUS. A cartilha ressalta que pode

haver a impressão equivocada de que os gestores municipais teriam responsabilidade restrita à atenção básica, acreditando que os serviços mais complexos são atribuições do Estado ou da União, o que não é correto.

Assim, a municipalização do SUS transfere responsabilidades e recursos para os municípios, desenvolvendo competências locais e fortalecendo redes assistenciais regionais. Para isso, a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União é essencial. A regionalização permite superar limitações de municípios menores, promovendo colaboração entre cidades vizinhas e ampliando o acesso e a capacidade de atendimento, favorecendo a descentralização (Brasil, 2004).

No Brasil, as desigualdades entre os municípios são evidentes e têm um impacto significativo no SUS. As disparidades se manifestam em diversos aspectos, como diferenças na infraestrutura, disponibilidade de recursos humanos, capacidade de gestão e de financiamento. Municípios mais ricos e com melhor infraestrutura geralmente oferecem uma gama mais ampla de serviços e têm maior capacidade de investimento. Por outro lado, municípios mais pobres e com infraestrutura precária enfrentam mais dificuldades para garantir o acesso da população.

4. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

No final do período colonial, em 1989, o Brasil contava com 881 municípios. No último censo de 2022, este número era de 5.570, o que representa um aumento de cerca de 260% (Ver Tabela 1). O maior aumento se deu entre as décadas de 50 e 60, evidenciando um aumento de 46,4% no número de municípios. O grande número de municípios criados no início da Nova República levou ao estabelecimento de uma moratória na criação de novos municípios — que passou a depender de Proposta de Emenda Constitucional (PEC) —, que perdura até hoje.

Tabela 1 - Evolução do número de municípios no Brasil

Período - Intervalos constitucionais	Municípios criados		Cresci- mento relativo (%)
	N	%	
Colônia	881	15,8	0,0
1891-1934	475	8,5	53,9
1934-1937	81	1,5	6,0
1937-1946	217	3,9	15,1
1946-1967	2.235	40,1	135,1
1967-1969	1	0,0	0,0
1969-1988	233	4,2	6,0
1988...	1.447	26,0	35,1
Total	5.570	100,0	-

Fonte: Nunes, 2017, p. 13.

Existem, no Brasil, sob o título de municípios, espaços políticos e territoriais dentro do mesmo estado com 11.895.578 habitantes — Município de São Paulo/SP — e 928 habitantes — Borá/SP (Brasil, 2024). Desnecessário afirmar que são, da mesma forma, enormes as diferenças entre eles sob outros aspectos. A Tabela 2, a seguir, apresenta os dados relativos à distribuição populacional de acordo com o porte dos municípios.

Tabela 2 - Distribuição da população brasileira entre os municípios por faixa de população – 2024

Faixas de população dos municípios	Municípios			População total		
	N.	%	% acum.	N.	%	% acum.
Até 5 mil	1.324	23,8	23,8	4.452.756	2,2	2,2
Mais de 5 mil a 10 mil	1.170	21,0	44,8	8.335.137	4,1	6,3
Mais de 10 mil a 20 mil	1.366	24,5	69,3	19.221.709	9,5	15,8
Mais de 20 mil a 50 mil	1.053	18,9	88,2	31.959.971	15,7	31,5
Mais de 50 mil a 100 mil	338	6,1	94,3	23.477.248	11,6	43,1
Mais de 100 mil a 500 mil	278	5,0	99,3	56.779.163	28,0	71,0
Mais de 500 mil a 1 milhão	26	0,5	99,7	18.353.689	9,0	80,1
Acima de 1 milhão	15	0,3	100,0	40.511.083	19,9	100,0
Total	5.570	100,0	-	203.090.756	100,0	-

Fonte: Nascimento (2024) com dados do IBGE.

Os dados mostram que embora a maioria dos municípios seja de pequeno porte, a maior parte da população brasileira habita os municípios maiores. Assim, 57% da população está localizada em municípios com

mais de 100 mil habitantes, enquanto nos municípios considerados de pequeno porte, com população inferior a 50 mil habitantes, residem apenas 31,5% da população. Contudo, em termos de quantidade de municípios, a grande maioria é de pequeno porte (88,2%), enquanto esses 57% da população reside nos 5,8% dos municípios com mais de 100 mil habitantes.

5. O ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SEUS MUNICÍPIOS

O Estado do Rio de Janeiro teve relevante protagonismo durante todos os períodos históricos: Colônia, Império e República. Sua capital, a Cidade do Rio de Janeiro, foi a capital do Império de Portugal a partir de 1808, do Brasil, após a Independência, em 1822, foi capital da República, entre 1889 e 1960, quando a capital do país passou a ser Brasília. Esta transferência motivou a fusão entre os antigos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, com o objetivo de formar um forte polo de desenvolvimento regional. O processo de criação e implantação do novo estado não logrou, entretanto, superar as profundas diferenças socioeconômicas e culturais existentes. A fusão, conduzida durante o regime

militar, foi feita sem consulta à população, o que gerou a percepção de ser um projeto de caráter centralizador, que não valorizava as características locais. Ainda, o primeiro Governador do novo Estado do Rio de Janeiro era alheio aos problemas do novo povo fluminense e sua indicação foi recebida com descontentamento (Motta, 2001).

Em relação ao número de municípios, não se deu no estado do Rio de Janeiro um crescimento expressivo como ocorreu nas últimas décadas do século XX no Brasil (Tabela 3), só tendo sido criados 22 novos municípios depois da fusão, passando o número total de 70 para 92 municípios em 2001 (Menezes *et al.*, 2016). A Tabela 3 apresenta os dados populacionais referente aos municípios do estado.

Tabela 3 - Distribuição da população fluminense entre os municípios por faixa de população

Faixas de população dos municípios	Municípios	%	% acum.	População	%	% acum.
5 a 10 mil	6	6.52	6.52	45.266	0,28	0,28
10 a 20 mil	20	21.74	28.26	282.789	1,76	2,04
20 a 50 mil	29	31.52	59.78	921.944	5,74	7,78
50 a 100 mil	9	9.78	69.56	670.976	4,18	11,96
100 a 500 mil	24	26.09	95.65	5.432.504	33,84	45,8
Mais de 500 mil	4	4.35	100	8701995	54,20	100
Total	92	100	-	16.055.474	100,00	-

Fonte: IBGE, Censo de 2022.

Os dados da Tabela 3 acima mostram que há uma acentuada concentração demográfica em municípios com população superior a 100 mil habitantes, que abrigam 88,04% do total populacional estadual. Dentre os 92 municípios fluminenses, apenas 4 possuem população superior a 500 mil habitantes, os quais, em conjunto, concentram 54,2% da população do estado. Em comparação, no Brasil, os 41 municípios com mais de 500 mil habitantes do Brasil abrigam 29,99% da população. No caso do Rio de Janeiro, a elevada concentração populacional em poucos municípios evidencia a complexidade e as desigualdades de gestão da saúde no território.

A partir desse cenário, o processo de municipalização e a articulação entre os níveis federal, estadual e municipal, conforme descrito por Parada (2001), se tornam ainda mais relevantes, pois precisam considerar a realidade de estados com grandes disparidades populacionais e regionais, como o Rio de Janeiro. A construção do sistema estadual de saúde, ao integrar esses diferentes níveis de governo e dar voz aos Estados, também precisava ser capaz de adaptar as políticas públicas de saúde às especificidades de cada

município, respeitando suas necessidades locais, como apontado pelo autor.

Observando as políticas de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos últimos anos, Peres, Sant'Ana e Rodrigues (2020), escreveram sobre os problemas estruturais enfrentados pela SES-RJ, que afirmaram estar passando por um longo processo de desmonte. A situação política e econômica do Estado do Rio de Janeiro, destacou-se nos últimos anos pela crise prolongada com quatro dos últimos cinco governadores envolvidos em escândalos de corrupção. Isso tem impactado diretamente a gestão da saúde. A própria SES-RJ enfrentou episódios de má gestão, com prisões de seus gestores e acusações de irregularidades, o que minou a credibilidade da secretaria e agravou os desafios administrativos. Outro ponto crítico foi a descontinuidade gerada por mudanças frequentes na gestão e pela terceirização, que ora foi implantada, ora revertida, ao longo dos governos, gerando insegurança e precarização dos serviços.

A regionalização da saúde no Brasil começou a avançar a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002, do Pacto pela Saúde, de 2006, e do Decreto nº 7508/2011, que estabeleceram a elaboração de Planos Diretores de Regionalização (PDR)

e definiram as regiões de saúde. No estado do Rio de Janeiro, a regionalização adotou um modelo diferente do federal, incluindo o critério de “grau de suficiência” para avaliar a disponibilidade de serviços de saúde. A estruturação das Regiões de Saúde no estado considerou dados sobre a oferta de serviços de atenção básica à alta complexidade, além do fluxo migratório de pacientes entre municípios e regiões. Com base nesses critérios, foram definidas nove Regiões de Saúde: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (Valente; Santos, 2023). O Mapa 1 a seguir mostra essa divisão.

Mapa 1 - Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Website da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2025.

A população das regiões de saúde do estado é apresentada na Tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Distribuição da população por região de saúde

Região de Saúde	População	%
Baía da Ilha Grande	253.897	1,58
Baixada Litorânea	846.933	5,28
Centro-Sul	320.003	1,99
Médio Paraíba	865.130	5,39
Metropolitana I	9.705.577	60,45
Metropolitana II	1.908.751	11,89
Noroeste	336.995	2,10
Norte	907.868	5,65
Serrana	910.020	5,67

Fonte: IBGE, Censo de 2022.

Como se pode ver, há uma significativa concentração populacional na Região Metropolitana I, resultado da histórica centralização administrativa e da concentração de atividades industriais e comerciais, que consolidaram essa região como o principal polo de desenvolvimento estadual e nacional. A Metropolitana II, composta por municípios de menor porte, tem experimentado uma urbanização crescente. As regiões menos povoadas são a Baía da Ilha Grande, Noroeste e Centro-Sul. Essas disparidades na distribuição populacional refletem a herança histórica de industrialização desigual, a mobilidade de capitais e o

processo de descentralização urbana, que moldaram a configuração socioeconômica do estado ao longo do tempo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história brasileira, o poder municipal passou por diversas oscilações em sua autonomia e relevância administrativa. No entanto, a Constituição Federal de 1988 consolidou os municípios como entes federativos autônomos, conferindo-lhes maior protagonismo na formulação e implementação de políticas públicas, especialmente na área da saúde. Esse marco jurídico fortaleceu a descentralização do SUS, atribuindo aos municípios responsabilidades essenciais na oferta e gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, tornaram-se atores fundamentais para garantir o acesso da população a um sistema de saúde universal e de qualidade.

A experiência acumulada ao longo das décadas demonstra que a descentralização do SUS trouxe avanços significativos, mas também impôs desafios contínuos, sobretudo no que diz respeito à gestão e ao financiamento. O sucesso desse modelo exige aprimoramentos constantes para reduzir as desigualdades regionais, garantir a equidade na distribuição de recursos e fortalecer

a eficiência administrativa. Municípios com diferentes capacidades técnicas e financeiras enfrentam dificuldades para manter a oferta de serviços adequados, o que reforça a necessidade de cooperação entre os entes federativos.

O estado do Rio de Janeiro ilustra de forma emblemática os desafios da descentralização do SUS, dada a distribuição desigual da população entre seus municípios. A alta concentração populacional em poucas cidades, como a capital e suas regiões metropolitanas, contrasta com a realidade de municípios menores, que muitas vezes dispõem de infraestrutura e recursos limitados. Esse cenário exige estratégias diferenciadas para evitar disparidades no acesso aos serviços e assegurar a integralidade da atenção à saúde. O fortalecimento da regionalização e a ampliação do financiamento são medidas fundamentais para promover uma gestão mais equilibrada e eficiente.

Diante desse contexto, a articulação entre os entes federativos torna-se indispensável para o aperfeiçoamento do SUS. O fortalecimento de mecanismos de cooperação e coordenação, aliados a políticas públicas eficazes, pode contribuir para superar os desafios impostos pela descentralização. Além disso, a participação ativa da sociedade, por meio dos conselhos de saúde e demais

instâncias de controle social, é essencial para garantir a transparência, a fiscalização e a efetividade das políticas implementadas.

O futuro do SUS depende, em grande parte, da capacidade dos municípios de exercerem plenamente seu papel na gestão da saúde, trabalhando de forma integrada com estados e União. A busca por um sistema de saúde verdadeiramente universal, equitativo e de qualidade exige não apenas investimentos financeiros, mas também inovação na gestão pública, superação das desigualdades regionais e fortalecimento da democracia participativa. Somente por meio de um compromisso coletivo e contínuo será possível consolidar o SUS como um direito fundamental de todos os brasileiros e um dever intransferível do Estado.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Os barões da federação. Depto. de Ciência Política / USP. São Paulo: HUCITEC, 1998. 253p.

AGÊNCIA BRASIL. EBC. Mortalidade infantil recua no Brasil, aponta IBGE. 22/08/2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2024-08/mortalidade-infantil-recua-no-brasil-aponta-ibge>. Acesso em: 02 fev. 2025.

AGÊNCIA GOV. Mais da metade dos brasileiros vivem em apenas 387 dos mais de 5,5 mil municípios. 29/08/2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/mais-da-metade-dos-brasileiros-vivem-em-apenas-387-dos-mais-de-5-mil-municipios-1>. Acesso em: 02 fev. 2025.

_____. Expectativa de vida sobe para 76,4 anos no Brasil, após queda durante a pandemia. 22/08/2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/expectativa-de-vida-sobe-para-76-4-anos-no-brasil-apos-queda-durante-a-pandemia>. Acesso em: 02 fev, 2025.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. Censo 2022: 87% da população brasileira vive em áreas urbanas. 14/11/2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41901-censo-2022-87-da-populacao-brasileira-vive-em-areas-urbanas#>. Acesso em: 02 fev. 2025.

ALBUQUERQUE, R. C. de. **O desenvolvimento social do Brasil: balanço dos anos 1900-2010 e agenda para o futuro.** Rio de Janeiro: José Olympio, 2011, 207p.

ALVES, F. de A. **Constituições do Brasil**. Imprensa: Brasília, Programa Nacional de Desburocratização, São Paulo, Instituto dos Advogados de São Paulo, 1985, 78p.

BANDEIRA, M. **Brasil - Estados Unidos: A rivalidade emergente**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 280p.

BANDEIRA, L. A. M. **O governo João Goulart - 8ª: As lutas sociais no Brasil – 1961-1964**. 8ª ed. Editora Unesp, 2010. 512p.

BASTOS, C. R. **A federação no Brasil**. Instituto dos Advogados de São Paulo. Brasília: Programa Nacional de Desburocratização, 1985. (Curso Modelo Político Brasileiro). Volume III. 64p.

BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos [Ana Lucia Pereira et al.]. **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf. Acesso em: 3 fev. 2025.

BRASIL. Portaria IBGE-1.041, de 28 de agosto de 2024 - DOU - **Imprensa Nacional**. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ibge-1.041-de-28-de-agosto-de-2024-581181581>. Acesso em: 2 fev. 2025.

CAMURÇA, M. A. **Marretas, molambudos e rabelistas: a revolta de 1914 no Juazeiro**. Maltese, 1994. 314p.

CARDOSO, A. **A construção da sociedade do trabalho no Brasil: uma investigação sobre a persistência secular das desigualdades**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 487p.

CASTRO, A. B. Ajustamento x transformação, a economia brasileira de 1974 a 1984. In: CASTRO, A. B.;

e SOUZA, F. E. P. A economia brasileira em marcha forçada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985 (p. 11-95).

DAIN, S. **Do direito Social à mercadoria**. Tese para Concurso de Professor Titular - Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2000.

DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 401-405, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R6NnBFtjWtVgZZxJycyq3gQ/abstract/?lang=pt>; acesso em: 2 fev. 2025.

FAORO, R. **Os donos do poder: Formação do patronato político brasileiro**. 3ª ed. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2001, 913p.

FAUSTO, B. História do Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997, 660p.

GASPARI, E. **A Ditadura Envergonhada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002a, 417p.

_____. **A Ditadura Escancarada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002b, 507p.

_____. **A Ditadura Derrotada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, 538p.

_____. **A Ditadura Encurralada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, 525p.

GONÇALVES. **Desenvolvimento às avessas - Verdade, má-fé e ilusão no atual modelo brasileiro de desenvolvimento**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 2013. 212p.

GONÇALVES, M. F. R. Papel do Município no Quadro Governamental Brasileiro. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, IBAM, v. 43, n. 218, 1996.

GOV.BR. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. IBGE: em 2023, 8,7 milhões de pessoas deixaram a pobreza. 04/12/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/ibge-em-2023-8-7-milhoes-de-pessoas-deixaram-pobreza-e-extrema-pobreza>. Acesso em: 2 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas do Século XX. 2006, Rio de Janeiro: IBGE, 2006, 557p.

_____. Evolução da Divisão Territorial do Brasil - 2010. Número de municípios por UF - 1872-2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/todos-os-produtos-geociencias/15771-evolucao-da-divisao-territorial-do-brasil.html>. Acesso em: 02 fev. 2025.

LAFER, C. **JK e o programa de metas, 1956-1961: processo de planejamento e sistema político no Brasil**. FGV Editora, 2002. 256p.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto: O município e o regime representativo no Brasil**. Companhia das Letras, 1997, 440p.

LEVCOVITZ, Eduardo. Transição X consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde-1974/1996. 1997.

MALAN, P. S. *et al.* Política econômica externa e industrialização no Brasil (1939/52). 1977. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12772>. Acesso em: 2 fev. 2025.

MELLO, Diogo Lordello de. O município na organização nacional. **Rio de Janeiro, SCP**, p. 87, 1971.

MENEZES, P. M. L. de *et al.* A evolução político-administrativa do estado do Rio de Janeiro. *Acervo*, v. 29, n. 1, p. 236-253, 2016. Disponível em: <https://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/%20article/view/669>. Acesso em: 2 fev. 2025.

MOTTA, M. S. da. A fusão da Guanabara com o Estado do Rio: desafios e desencantos. In: **FREIRE, A.; SARMENTO, C. E.; MOTTA, M. S.** da. **UM ESTADO** em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2001. p. 19-56. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/6746>. Acesso em: 2 fev. 2025.

NASCIMENTO, J. R. **O acesso tempestivo ao tratamento oncológico no SUS: análise do cumprimento da Lei nº 12.732/2012, no âmbito dos estados, no período de 2017 a 2020.** 2024. 200 f. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2024.

NETO, L. **Getúlio 3.** 1ª ed. Companhia das Letras, 2014. 472p.

_____. **Padre Cícero: Poder, fé e guerra no sertão.** 1ª ed. Companhia das Letras, 2009. 464p.

NUNES, E. de O. **A Gramática Política do Brasil. Clientelismo e Insulamento Burocrático.** 5ª ed. Garamond, 2010. 146p.

NUNES, M. A. Criação de municípios no Brasil: motivações, vantagens e desvantagens. **Revista Espinhaço**, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufvjm.edu.br/revista-espinhaco/article/view/101>. Acesso em: 2 fev. 2025.

PARADA, R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 11, p. 19-104, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QH3SFxyFLb4CjRNPTTZJpLK/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2025.

PEREIRA, Jesus Soares; LIMA, Medeiros. Petróleo, energia elétrica, siderurgia: a luta pela emancipação: um depoimento de Jesus Soares Pereira sobre a política de Vargas. Paz e Terra, 1975. 208p. REZENDE, F. Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2984>. Acesso em: 2 fev. 2025.

RIBEIRO, L. C. História das polícias militares no Brasil e da Brigada Militar no Rio Grande do Sul. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**, São Paulo, 2011.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 14-24, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJSyLw4V3LpYJG5fR36Bnf/h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2025.

RODRIGUES, J. H. **Conciliação e reforma no Brasil: um desafio histórico-cultural**. Editora Nova Fronteira, 1982. 280p.

SAFATLE, C. A mãe de todas as crises. **Valor Econômico**, 10/08/2012. Disponível em: <http://diplomattizando.blogspot.com.br/2012/08/a-crise-da-divida-externa-brasileira-de.html>. Acesso em: 06 jul. 2015.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 15ª ed. Malheiros, 1998. 926p.

SKIDMORE, Thomas. Brasil: De Getúlio a Castelo 1970/64. 1982.

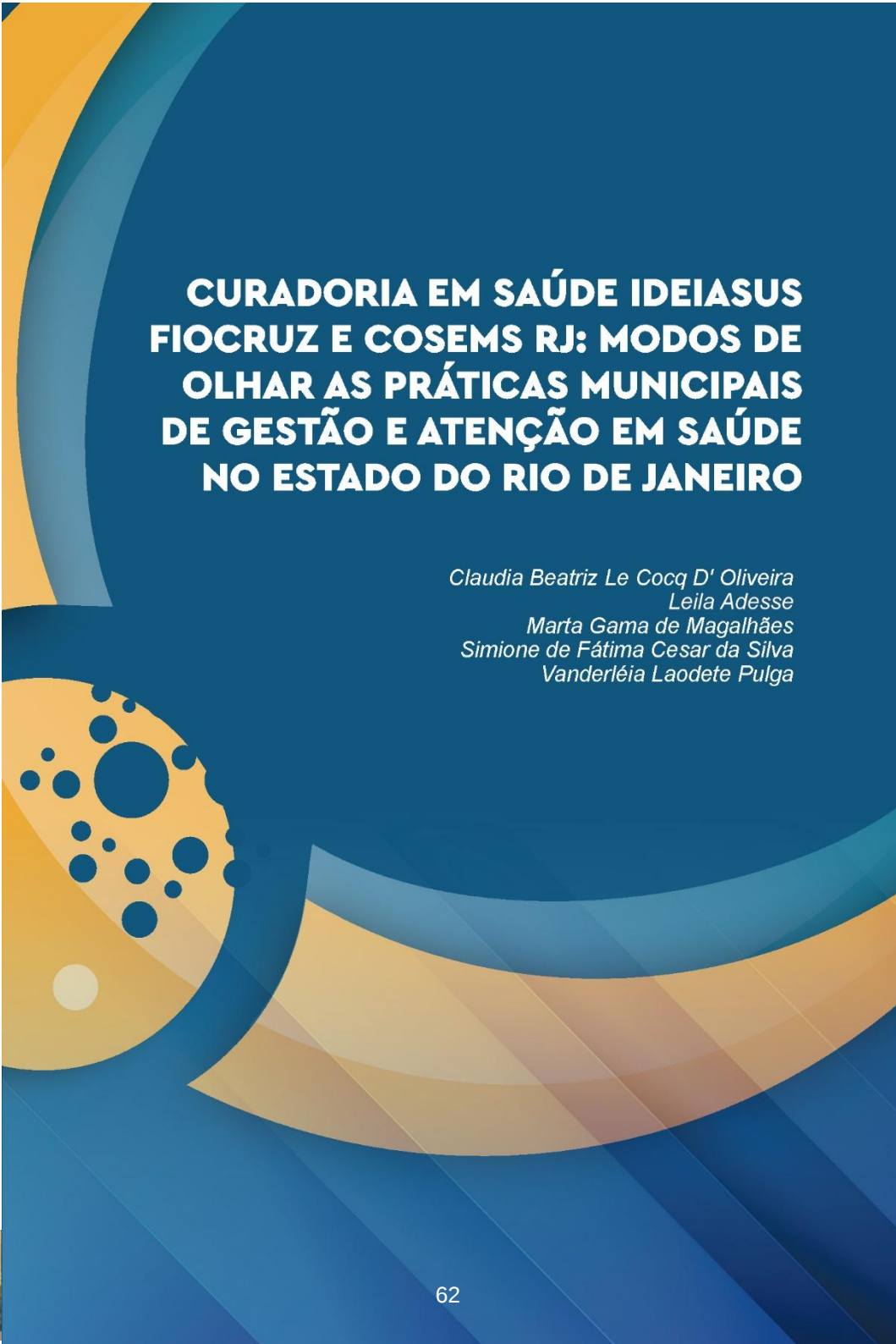
SOUZA, F. E. P. Metamorfoses do endividamento externo. In: CASTRO, A. B.; e SOUZA, F. E. P. A economia brasileira em marcha forçada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985 (p. 97-190).

TOMIO, F. R. de L. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, p. 61-89, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/N7LsY44n4sQLmsw6yJJt3dS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2025.

VELOSO, Fernando A.; VILLELA, André; e GIAMBIAGI, Fabio. Determinantes do “Milagre” Econômico Brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Revista Brasileira de Economia** - RBE, Rio de Janeiro, 62(2): 221-246, Abr-Jun 2008.

VERSIANI, F. R.; SUZIGAN, W. O PROCESSO BRASILEIRO DE INDUSTRIALIZAÇÃO: UMA VISÃO GERAL. **X Congresso Internacional de História Econômica**, Louvain, 1990.

ZIMMERMANN, A. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. 1ª ed. Lumen Juris, 1999. 405p.



CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ E COSEMS RJ: MODOS DE OLHAR AS PRÁTICAS MUNICIPAIS DE GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Claudia Beatriz Le Cocq D' Oliveira

Leila Adesse

Marta Gama de Magalhães

Simione de Fátima Cesar da Silva

Vanderléia Laodete Pulga

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2023 marca a realização da 3ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz no dia 25 de abril, nas dependências da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Campus Manguinhos da Fiocruz no Rio de Janeiro, com a retomada do seu modelo presencial, após sua realização virtual em 2022, em virtude da pandemia da Covid-19. Trata-se de atividade consolidada na parceria entre as instituições, que tem como objetivo viabilizar espaço de protagonismo para a produção de conhecimento das práticas de saúde do estado do Rio de Janeiro.

A parceria possui um termo de cooperação renovado, fortalecendo os laços institucionais entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ). Nesta cooperação, a Fiocruz se faz representar pela Plataforma IdeiaSUS vinculada a sua presidência.

Anualmente, as premiações são entregues nas Mostras, e a Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz, e todo seus desdobramentos, é realizada junto às experiências premiadas nos meses seguintes,

acompanhados pelos olhares dos dirigentes Wagner Barbosa de Oliveira, coordenador da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz e por Maria Augusta Monteiro Ferreira, presidente do Cosems RJ em 2023 e 2024. E tendo a gestão do processo de curadoria elaborada e executada pelas profissionais Claudia Le Cocq e Marta Magalhães, do IdeiaSUS Fiocruz.

Inspirados por Pixinguinha e Maria do Céu no samba canção “Modo de Olhar”, a Mostra é momento de olhar e iluminar a produção coletiva e individual das trabalhadoras, trabalhadores e gestores do SUS fluminense, nas dimensões da gestão e da atenção em saúde. Por ser um processo que envolve muitas mãos, sua realização precede um grande movimento de mobilização das trabalhadoras e trabalhadores, para que registrem suas singulares vivências na Plataforma IdeiaSUS Fiocruz e na inscrição para a Mostra Estadual. Nesse importante movimento de dar voz ao cotidiano do SUS, criam-se estratégias de comunicação e prévias à Mostra, como as Rodas Regionais, que são importantes marcas na parceria IdeiaSUS Fiocruz e Cosems RJ.

A trilha da Mostra Estadual aponta o caminho de participação das trabalhadoras e trabalhadores do SUS fluminense na Mostra Nacional Brasil, aqui tem SUS, a 18ª

Mostra Nacional do XXXVII Congresso do Conasems de 2023. Esse é momento de encontro com a realidade do sistema de saúde, para além do território estadual, o que possibilita conhecimento e intercâmbio com o SUS vivo, forte, dinâmico e diverso do nosso país.

A 3ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz contou, em sua programação, com a apresentação de 12 das 71 experiências inscritas, representando as diversas regiões do estado. A atividade foi transmitida pelo Canal do Youtube da VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz, que disponibiliza a íntegra da gravação, assim como o canal do Youtube do Cosems RJ.

A mesa de abertura, contou com a presença das seguintes autoridades do estado: Presidente do Cosems RJ, Maria Augusta Monteiro Ferreira; Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde da Fiocruz, Hermano Castro; Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Pigatto; Assessor de Relações Institucionais da Presidência da Fiocruz, Valber Frutuoso e Coordenador do IdeiaSUS Fiocruz, Wagner Barbosa Oliveira. A mediação da mesa foi realizada por Claudia Le Cocq da IdeiaSUS Fiocruz.

As experiências dos 12 municípios foram comentadas por um grupo de especialistas formado pela primeira Vice-presidente do Cosems RJ e Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda, Maria da Conceição Souza Rocha, pelo pesquisador da Fiocruz e Coordenador da Estratégia “Saúde Amanhã”, José Noronha e pelo Presidente da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente e Coordenador Executivo do Proqualis – Fiocruz, Victor Grabois.

Os trabalhos foram avaliados por uma banca formada pela Assessora Especial para Políticas de Saúde e professora da UFRJ, Maria Lúcia Freitas dos Santos, pela Superintendente de Educação em Saúde da SES RJ, Carina Pacheco Teixeira e pelo pesquisador do Centro Estratégico de Estudos da Fiocruz, Hugo Cesar Bellas.

A Mostra Estadual premiou as práticas de saúde dos municípios de Volta Redonda, Carmo e Petrópolis em primeiro, segundo e terceiros lugares respectivamente. Elas também representaram o Estado do Rio de Janeiro na 18ª Mostra “Brasil, aqui tem SUS” do Conasems, juntamente com as outras seis melhores práticas de saúde selecionadas, dos municípios de Rio Bonito, Maricá, Bom

Jesus do Itabapoana, Vassouras, Quissamã e São Pedro da Aldeia, totalizando nove experiências fluminenses.

Figura 1 - Material de divulgação da 3ª Mostra Estadual de 2023



Fonte: Cosems RJ.

Figura 2 – Premiados na 3ª Mostra Estadual de 2023



Fonte: Cosems RJ.

Nos próximos capítulos deste livro, estão narradas as trajetórias das seguintes práticas de saúde, com suas histórias, conquistas, desafios, reflexões e que foram acompanhadas pela Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz no ano de 2023 e 2024:

- Volta Redonda - **“A REFORMA DA APS EM VOLTA REDONDA - RJ: O PROVIMENTO MÉDICO DE 100% DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA”**;
- Carmo – **“O CENTRO DE CONVIVÊNCIA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO”**;
- Petrópolis – **“AMAMENTA PETRÓPOLIS - RJ: AMAMENTAÇÃO E LEITE MATERNO**

ORDENHADO NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIS”.

A Curadoria em Saúde IdeiaSUS Fiocruz se desenvolve através da ativação de processos reflexivos, participativos, fomentando a melhoria contínua junto aos atores que constroem a prática de saúde, apostando na ampliação e socialização da produção de saber entre todos os participantes, profissionais de saúde, gestores e usuários. A equipe de curadores tem o papel de orientar e zelar por esses movimentos, incentivando a participação, a capacidade de registro e comunicação da prática para o cenário, território onde está inserida.

Esse rico processo coloca nas rodas realizadas o levantamento das dificuldades, potencialidades, desafios e suas sustentabilidades, na perspectiva de transformação de cada uma das práticas, nas suas dimensões de gestão, de cuidado e do protagonismo da trabalhadora e do trabalhador.

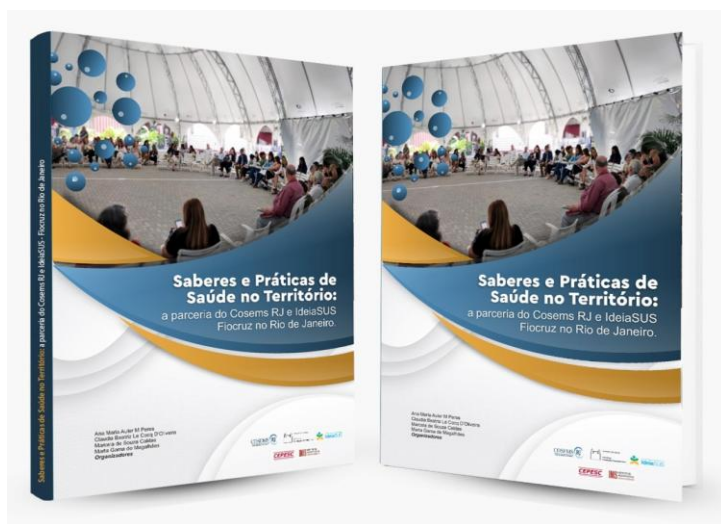
Destaca-se que o campo de atuação da curadoria em saúde é o município, território local onde pulsa a realidade e as necessidades de saúde da população. O território município, com sua responsabilidade sanitária de operacionalizar as políticas estaduais e nacionais é o ator

capaz, através de seus trabalhadores e gestores, em dar voz e aos seus contornos singulares, considerando seus dados epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais. E no processo de conhecer seu território, transforma-se no ator principal da garantia das ações equitativas de saúde, frente aos cenários de vulnerabilidades e desigualdades sociais.

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 29 e 30, estabelece o município como um ente com autonomia e competências próprias, criando uma federação tripartite, composta pela união, estados e municípios. A Constituição federal, além de inscrever a “autonomia” como prerrogativa do município, destaca no art.30, inciso VII “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento **à saúde da população**”.

O processo da Curadoria em Saúde finaliza com a publicação do livro e vídeo do “Vozes da Saúde”, registro do acompanhamento realizado em 12 meses de intenso trabalho. Os produtos expressam o movimento de produção de conhecimento das práticas de saúde, fortalecendo sua capacidade de registro e comunicação acerca das ações e inovação construídas coletivamente no cotidiano do SUS.

Figura 3 – Capa do 1º livro da Curadoria em Saúde 2022, parceria Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz



Fonte: Cosems RJ e IdeiaSUS Fiocruz.

Figura 4 – Material de criação “Vozes da Saúde” IdeiaSUS Fiocruz



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

Após a formalização da participação dos municípios, através da Carta-convite e Termo de Compromisso, as práticas de saúde participaram no dia 29 de fevereiro 2024, da Oficina presencial da Curadoria em Saúde IdeiaSUS. Na oficina, além da apresentação atualizada das práticas, foi abordado o tema da “Sistematização de Experiências” pela curadora Vanderléia L. Pulga, metodologia participativa do educador social Oscar Jara Holliday, referência teórica para os trabalhos da curadoria. Em outro momento, o curador Júlio Cesar Schweickardt, da Fiocruz Amazonas, abordou o tema da “Escrita como exercício coletivo e participativo”. As autoras e autores atuaram nos trabalhos em grupo levantando expectativas e necessidades, finalizando com

uma agregadora dança circular proposta pela curadora Adriana Moro.

Figura 5 – Equipe de curadores, gestora da curadoria e coordenador do IdeiaSUS Fiocruz: Adriana Moro, Leila Adesse, Claudia Beatriz Le Cocq D’ Oliveira, Wagner Oliveira, Simione de Fátima Cesar da Silva, Vanderléia Laodete Pulga e Júlio Cesar Schweickardt



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

Figura 6 – Participantes da Oficina de Curadoria em Saúde IdeiaSUS



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

Além da Oficina, as equipes das três práticas de saúde premiadas participaram mensalmente de web reuniões com curadores e equipe de gestão, rodas virtuais temáticas com especialistas convidados.

Figura 7 – Reunião virtual com a prática de saúde de Carmo - RJ



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

Figura 8 – Material de divulgação da Roda Virtual da Curadoria



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

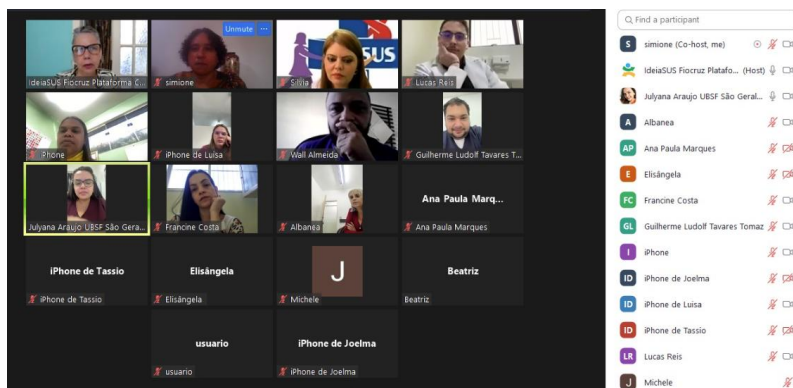
2. RELATO DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ JUNTO À PRÁTICA PREMIADA: “A REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM VOLTA REDONDA-RJ: O PROVIMENTO MÉDICO DE 100% DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA”

O processo de curadoria, parte integrante da premiação IdeiaSUS em parceria com o Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems RJ), que ainda conta com a produção de vídeo institucional e de publicação de livro, iniciou em fevereiro de 2024, em oficina presencial coordenada pela equipe da Fiocruz.

Na ocasião foi possível estabelecer maior contato com o objeto da prática e sua relevância e impactos na gestão do SUS local. Inicialmente, buscou-se compreender os fundamentos da prática apresentada e quais os desdobramentos posteriores à apresentação, para compreender o tamanho dos desafios empreendidos e os ainda a serem estabelecidos e efetivados.

Para tanto, foram realizadas seis reuniões virtuais, que progressivamente incluíram os principais atores da prática, estabelecendo uma linha de tempo histórica, além de visita técnica, que permitiu avançar significativamente na compreensão da ação institucional.

Figura 9 – Recorte de reunião virtual da curadoria IdeiaSUS



Fonte: Acervo pessoal da autora

A população, que gira em torno de 270 mil habitantes, o que caracteriza Volta Redonda como um município de porte médio, localizado na Região do Médio Paraíba, estado do Rio de Janeiro, distando cerca de 135 km da capital, ainda tem como um dos principais mercados de trabalho a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). A CSN, fundada em 1941, redundou no codinome de 'A Cidade do Aço e da Esperança' para Volta Redonda, situação que vem apresentando progressivo declínio desde a privatização da empresa, ocorrida em 1993, com aumento de desemprego formal e consequente maior demanda pelo SUS.

Com a caracterização do cenário estabelecida, a principal linha de atuação da curadoria em relação a prática em tela foi, ao entender sua origem e relevância para a gestão do SUS local, conseguir colaborar para a ampliação do apoio institucional e a efetivação dos encaminhamentos em curso.

A prática parte da necessidade vivenciada pelas equipes de atenção primária (APS) e pela gestão da saúde de promover maior vínculo dos profissionais, tanto de técnicos em enfermagem e enfermeiros e, em especial os médicos, quanto a equipe em que atuam e, como consequência, com a população atendida nas Unidades Básicas de Saúde. Para tanto, seria necessário atuar desde a contratação dos profissionais, feita na modalidade de trabalhador autônomo, a partir da celebração de contrato de prestação de serviço, com pagamento via Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

Tal formato de contratação, sem estabelecimento prévio de critérios e parâmetros para acompanhamento do desempenho, gerou ao longo do tempo a sensação de autonomia total dos profissionais em relação ao cumprimento de horários de atuação, desenvolvimento de atividades e tarefas inerentes à própria profissão e, em última análise, o total distanciamento das relações com a

equipe, todas características essenciais para o desenvolvimento da atenção em saúde com segurança e qualidade.

Dessa forma, e tendo como horizonte a ser alcançado o maior vínculo profissional com equipes e população, a gestão começou a estudar formas e formatos de assegurar maior compromisso profissional, desde o ato da contratação até que a solução mais definitiva pudesse ser totalmente implementada, com a estruturação e funcionamento de uma fundação municipal com capacidade de fazer a gestão de pessoas a serem contratadas para atuar no SUS municipal.

Acompanhar o surgimento da ideia, que remonta às gestões municipais da década de 2010, passando pelos estudos e elaboração de critérios para acompanhamento de desempenho dos profissionais, os quais vinculam parte do salário a ser pago, e chegando até os processos finais para pleno funcionamento da fundação, que fará a gestão de editais de concursos e contratações, sem dúvida, foi um desafio e um aprendizado sobre gestão de pessoas e institucionalização de processos.

Ao longo dos encontros virtuais foi possível ouvir e escutar as autoras principais da prática premiada e, de

forma muito atenta, os profissionais envolvidos com seu cotidiano que, portanto, fazem acontecer e se desenvolver.

Nesses momentos foi se desenhando um ambiente inicial bastante desestruturado na APS municipal, apesar de várias tentativas anteriores de resolução do problema de vínculo profissional, que se encaminhou paulatinamente para um ambiente mais organizado, com critérios claros para avaliação de desempenho e maior vínculo e qualidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

Figura 10 – Recorte da visita técnica realizada pela curadoria IdeiaSUS



Fonte: Acervo pessoal da autora.

Por ocasião da visita da curadoria, a presença da Secretária Municipal de Saúde, Maria da Conceição de Souza Rocha e da Presidente da Fundação Estatal de Atenção Básica e Ambulatorial Especializada (Fesabe), Sueli Batista de Almeida, empossada em fevereiro de

2024, demonstrou que a prática, de fato, é institucional e que está em franco aperfeiçoamento, possibilitando avanço da atual forma de contratação, por RPA, para cargos efetivos preenchidos por meio de concurso público, cujo processo já está em andamento.

Figura 11 – Posse da Diretoria e Conselhos da Fesabe – Volta Redonda – RJ



Fonte: <https://www.voltaredonda.rj.gov.br/noticias/29-sms/8081-volta-redonda-empossa-diretoria-e-conselhos-da-fundacao-estatal-de-saude/>.

Por fim, resta agradecer a participação de todos e todas no processo de construção coletiva da curadoria da prática, que demonstraram por meio de relatos de suas vivências, experiências, esperanças e expectativas, o comprometimento e a parceria necessários para que o SUS de Volta Redonda siga se estruturando e se

fortalecendo, tendo por base uma gestão de pessoas que respeite e integre os profissionais, suas equipes e a população, razão primeira e final da atenção integral em saúde.

3. RELATO DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ JUNTO À PRÁTICA PREMIADA: “O CENTRO DE CONVIVÊNCIA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TERRITÓRIO DE CARMO-RJ”

O município de Carmo do Rio de Janeiro teve a experiência “*O Centro de Convivência como ferramenta de cuidado e promoção de saúde no território*” premiada na 3ª Mostra Cosems RJ e IdeiaSUS/Fiocruz. Essa premiação é o reconhecimento de um processo de construção de mais de 20 anos de uma complexa rede de serviços para garantir o cuidado integral da população e dos usuários egressos do hospital psiquiátrico. Assim, a Rede de Atenção Psicossocial do Carmo (RAPS Carmo) conta com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II), um Ambulatório de Saúde Mental, quatro leitos de Saúde Mental no Hospital Geral, um Centro de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) com dezessete Residências Terapêuticas, Programa de Volta

para Casa (PVC), SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e seis equipes de Saúde da Família, com cobertura total da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Centro de Referência à Infância e Adolescência (Victorio, 2014).

A Curadoria IdeiaSUS possibilitou, ao longo do ano de 2024, que os atores sociais envolvidos nessa prática pudessem fazer a recuperação histórica da experiência vivida e suas singularidades com narrativas de quem viveu essa experiência no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da implementação do Sistema Único de Saúde (Amarante, 1995).

Foram realizados Web Encontros e a Roda Virtual Curadoria em Saúde IdeiaSUS – “Práticas de Saúde no Território: desafios do cuidado em liberdade” com a participação de convidados especiais e referências na área de saúde mental como Professor Dr. Paulo Amarante. A visita da equipe da experiência premiada do município de Viamão no Rio Grande do Sul, na Mostra Nacional do Conasems de 2023, possibilitou um importante movimento de intercâmbio entre estados, para conhecimento da rede de saúde mental e o Centro de Convivências de Carmo. Outros importantes momentos foram a realização do documentário *Vozes da Saúde da Distribuidora*

VideoSaúde da Fiocruz e a escrita do capítulo sobre a sistematização desta experiência premiada para compor o capítulo deste livro.

Merece destacar que o Centro de Convivência surgiu como uma estratégia de desinstitucionalização e inclusão social, possibilitando a socialização entre a comunidade local e os egressos do hospital psiquiátrico com a desmistificação da loucura e sua efetiva inclusão no tecido social da cidade. Um espaço de promoção da saúde, de cuidado e de produção de novos sentidos ao viver com a arte, a cultura, a música, a dança e outras formas criativas de conviver em grupos e viabilizar a conquista de direitos fundamentais.

Assim, a Portaria MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, descreve o Centro de Convivência como um dispositivo da Atenção Primária, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Para se efetivar requer esforços e investimentos da gestão municipal que vem apostando nesse tipo de serviço de atenção à saúde mental da população.

Há um engajamento público que articula as ações do Centro de Convivência com atividades culturais como Saraus, desfile dos Blocos Carnavalescos, Festa Junina, Dia da Diversidade Cultural e Luta Antimanicomial, apresentação de teatro em escolas, dentre outras. Um exemplo significativo é o Bloco Enlouquece Carmo criado em 2015 que faz parte da Liga Carnavalesca e da agenda oficial do Carnaval da cidade.

Há sempre desafios, mas a equipe sempre consegue superar as dificuldades e garantir o cuidado à saúde de 107 usuários ativos, sendo que a maioria dos frequentadores do Centro de Convivência provém das residências terapêuticas e CAPS.

Este dispositivo demarca a importância de sustentar a convivência em tempos difíceis, com dificuldades, com preconceitos e fragilidades sociais produzidas, muitas vezes por contextos de disseminação de ódio, de racismo, violência, exigindo novas formas de produzir cuidado, acolhimento e valorização da vida.

O Bloco Enlouquece Carmo que desfila no Carnaval, os encontros regionais de capoeira registram a importância das raízes ancestrais, a oficina de música resgata as memórias afetivas e reconstroem um passado

esquecido, a exposição de arte que propiciou a releitura das principais obras através de fotografias dos usuários, outros usuários que se reconheceu como artista plástico após décadas dentro de um hospital psiquiátrico. A arte, a cultura, a música, o teatro, a dança e a convivência são formas de cuidar da vida, de despatologizar os sofrimentos e transformar a convivência em acolhimento e afeto.

Este Centro de Convivência também é promotor de oficinas de capoeira, de teatro, de danças, de músicas, de artesanato, de samba, de saraus, da tenda cultural da liberdade, dentre outras oportunidades de vivências, de formação, de aprendizados e de desenvolvimento da criatividade e das potencialidades que cada pessoa traz ao se colocar nesse espaço coletivo de convivência.

Ao recuperar o vivido, como um dos passos fundamentais da Sistematização de Experiências (Holliday, 2006), as narrativas dos participantes e usuários do Centro de Convivência foram a potencialidade encontrada como uma chave que abre o portal de evidências reais que este dispositivo de produção de saúde e cuidado em liberdade vem construindo na vida das pessoas que utilizam o Centro de Convivência e sua interação com toda a comunidade do território.

A premiação do Centro de Convivência na 3ª Mostra Cosems RJ e IdeiaSUS/Fiocruz abriu trilhas para que essa prática pudesse percorrer os caminhos da inovação no SUS e se multiplicar com as singularidades de cada lugar que ficar tocado por esse tipo de iniciativa que acolhe, cuida e promove a vida.

O reconhecimento do usuário de saúde mental como cidadão que tem direito ao cuidado e atenção integral na perspectiva da inclusão e vivência em liberdade, é sinal de que é possível construir dispositivos na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade no SUS, evidenciando as múltiplas facetas das experiências da reforma psiquiátrica em construção no Brasil (Delgado, 2011).

Esta prática premiada é a demonstração concreta da potencialidade e da possibilidade de implementar estratégias, dispositivos e serviços de cuidado integral às pessoas na perspectiva apontada nos processos de reforma psiquiátrica no SUS.

Figura 12 - Roda Virtual Curadoria em Saúde IdeiaSUS –
“Práticas de Saúde no Território: desafios do cuidado em
liberdade”

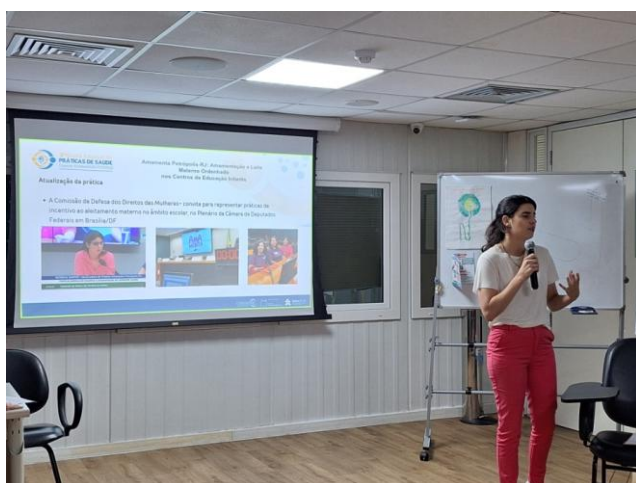


Roda Virtual Curadoria Práticas de Saúde no Território Desafio do cuidado em liberdade

Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

4. RELATO DA CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ JUNTO À PRÁTICA PREMIADA: “AMAMENTA PETRÓPOLIS - RJ: AMAMENTAÇÃO E LEITE MATERNO ORDENHADO NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIS”.

Figura 13 – Apresentação da prática de saúde de Petrópolis na Oficina da Curadoria IdeiaSUS Fiocruz



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

O objetivo da curadoria nesse período inicial pautou-se pela apresentação dos princípios da sistematização das experiências da prática e apoio ao processo de conhecimento de seus principais atores. Nesse processo, a utilização de matriz para análise de cenários contribuiu para destacar os principais desafios para maior e melhor aperfeiçoamento da prática, pela identificação dos pontos fortes e frágeis bem como sobre potenciais oportunidades e ameaças para o pleno desenvolvimento da prática.

Figura 14 – Matriz de análise de cenário da prática de saúde

DEBILIDADES - Desconhecimento do projeto pela população; - Não publicação da Nota Técnica; - Poucos CEI's credenciados ao projeto - 7 de um total de 44; - Diálogo intersetorial com os gestores reduzido; - Poucos multiplicadores; - Falta de transversalidade; - Falta de parâmetros/ indicadores para monitorar o Projeto.	FORTALEZAS - O significado e o objetivo do programa; - As parcerias; - A curadoria; - Premiação na mostra IdeiaSUS RJ; - Profissionais a frente da prática muito engajadas; - Edição de vídeo com depoimentos dos envolvidos; - Publicação da Lei Municipal.
OPORTUNIDADES - Após a premiação na mostra IdeiaSUS surgiram oportunidades de novas parcerias e possibilidades de novos projetos - UFRJ, Fiocruz, Niterói; - Criação de uma rede social do programa; - Ações em datas do calendário de saúde, como Mês da Mulher, Agosto Dourado; - Pré-matricula; - Pré-natal e Puericultura; - Educação permanente; - Utilizar a TV e rádio locais; - Baixo custo do projeto.	AMEAÇAS - Rotatividade dos profissionais e necessidades de repetir as capacitações; - Falta de informação acerca da existência do programa - Cultura do desmame/ uso de bicos artificiais - Não publicação da Nota Técnica; - Falta de recursos para financiar a expansão do projeto.

Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

O Programa “Amamenta Petrópolis” se tornou Lei Municipal em setembro de 2020, Lei no. 8.029, e desdobrou-se nas Notas Técnicas SAS/ATS/ATAN/PSE no. 1 e 2, “Recomendação para o Recebimento, Armazenamento e Oferta do leite materno no Ambiente Escolar” e da “Recomendação para a retiradas de leite Ordenhado, Armazenamento e Transporte seguro”, respectivamente. E, apesar de o município ter obtido excelente respaldo legal com a lei, isso não garantiu mudanças efetivas, pois havia ainda a necessidade de torná-la uma prática!

Com representantes do Programa Saúde na Escola (PSE), Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) e Departamento de Educação Infantil foi iniciada a Curadoria e dado voz aos diferentes atores da prática, bem como a sistematização de suas experiências, num exercício interativo de identificação dos pontos fortes e dos frágeis do estado atual da prática do “Amamenta Petrópolis”.

Como fragilidade da prática, identificou-se a não comunicação. E, uma ênfase de que um dos grandes desafios residia no fato de que as famílias pouco sabiam da existência do “Amamenta Petrópolis”, pois, embora a publicação da Lei datasse do ano 2022, dois anos depois havia uma exteriorização de sentimentos pela equipe de

que “falhamos”, “estamos frustradas”, “decepcionadas”. Vimos, então, a necessidade de conhecer o fluxo e os possíveis pontos de entrelaços da prática. A categoria de análise “Comunicação” passou a ser objeto dos encontros virtuais e de um elencar os vários determinantes para que tal ocorresse e a busca por superação.

O primeiro item destacado pela equipe foi sobre a falta de orientação, de forma sistemática, pelos funcionários da recepção das mães quando da inscrição e cadastramento para os CEIs. Viu-se que ali poderia ser um “possível ponto de virada” para a maior expansão do “Amamenta Petrópolis”, uma vez que era necessário trocar a linguagem e afirmar direitos de bebês e mães pelo acesso a creche bem como do reforço à manutenção do Aleitamento Materno previsto na Lei municipal e pelos Guias técnicos do Ministério da Saúde.

Outra fragilidade da prática mencionada nas reuniões virtuais era o baixo número de profissionais das áreas técnicas como multiplicadores, o que dificultava a logística para que um número maior de CEIs pudesse ser contemplado com o programa. Foi ainda ressaltado que o reduzido número de CEIs contemplados com a prática tinha, como justificativa dos gestores, a falta de recursos para o financiamento, embora a operacionalização dela

apresentasse características de baixo custo, uma vez que para sua implementação, é necessária a capacitação de mão de obra e a obtenção de kits reutilizáveis após término do uso de uma família (bastando apenas a esterilização dos utensílios).

A Curadoria acolheu, também, a percepção das autoras e dos atores da prática sobre a necessidade da elaboração de uma metodologia que ajudasse na definição de indicadores da prática de tal forma que os resultados desta fossem mais bem contabilizados. Identificou-se que faltavam evidências sobre aquilo que era idealizado versus o que era realizado, a saber: o número de bebês que chegam já desmamados aos CEIs; o número de crianças que continuam sendo amamentadas e por quanto tempo; o número de atividades realizadas para a promoção da amamentação com as famílias, entre outros.

Outro item ressaltado que contribuía para a baixa comunicação/ expansão do “Amamenta Petrópolis” era a frequente rotatividade dos profissionais, o que desencadeia a necessidade das capacitações com maior frequência.

Todos esses questionamentos críticos foram apresentados na 1ª Reunião Presencial da Curadoria

Fiocruz que ocorreu em maio de 2024, que reuniu representantes das Áreas técnicas das Secretarias de Saúde, da Educação e da Assistência Social, refletindo na ampliação de mais parcerias aos objetivos da Prática.

Figura 15 – Roda de Conversa na visita técnica ao município de Petrópolis



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

Ali foi possível reestabelecer o diálogo intersetorial com os gestores que mostrou ser um campo de aprimoramento para a Comunicação dentro e fora das Áreas Técnicas envolvidas e contribuir para o avanço da prática.

As reflexões e propostas de desdobramentos desta visita presencial realizada pela Curadoria foram centradas na perspectiva da transversalidade do “Amamenta Petrópolis” nas ações de Atenção Primária à Saúde, da incorporação de seus objetivos em reuniões dos Conselhos de Saúde da Mulher, Conselho de Nutrição, dentre outra. Era perceptível a necessidade de reverter os sinais de pouco espaço criado para o envolvimento de mais e mais profissionais e gestores com a aplicação prática da Lei 8.029 e seus potenciais efeitos na saúde lactentes inscritos nos CEIS.

Naquele espaço presencial, quando foi possível ter a participação ativa de todos os participantes, foram abordadas, ainda, outras dificuldades consideradas capazes de afetar a prática da amamentação, como: falta de condições adequadas no ambiente de trabalho para as mães realizarem a ordenha no leite; necessidade de maior diálogo com outras secretarias, como a da Assistência Social e do Trabalho.

A visita técnica ao CEI Boa Vista, cuja recepção foi feita pela diretora do CEI e acompanhada pela responsável de Projetos da Secretaria de Educação, permitiu um melhor conhecimento de como é a rotina do “Amamenta Petrópolis” na prática.

Cabe ressaltar que a curadoria apoiou a ideia da realização da 2ª visita técnica quando foi realizado, no horário da manhã, o processo de conclusão da redação do capítulo sobre a prática para constar no livro da premiação. No período da tarde as coordenadoras apresentaram a relação das proposições feitas ao final da 1ª Oficina realizada em maio com o cumprimento de 80% delas, a saber:

- Publicação da Nota Técnica para Educadores e Familiares no Diário Oficial - A nota consta desde o dia 20 de maio no site oficial da Secretaria Municipal de Saúde;
- Divulgação do Vídeo pela Área Técnica Saúde da Mulher para os profissionais das unidades que assistem ao Pré-Natal e Puerpério na graduação das escolas de nível superior (Medicina, Nutrição Enfermagem, Serviço Social, Odontologia) e na pré-matrícula dos CEIS;
- Elaboração de card e cartaz do “Amamenta Petrópolis” para fixar em locais de grande fluxo de pessoas (ônibus municipais; rodoviária; lojistas; escolas; serviços de saúde – Ambulatórios/ Maternidades). O card foi feito pela Ascom;

- Inclusão da apresentação do “Amamenta Petrópolis” na pauta da Associação Comercial e de Indústria;
- Sensibilização de Gestores através dos Conselhos Municipais de Educação, de Saúde da Mulher, da Criança, da Segurança Alimentar; do Serviço Social; na pauta das ESFs; nas reuniões mensais dos CEIs;
- Aquisição de Extrator de Leite Materno (elétrico/manual) para facilitar a Ordenha em cada CEIs – necessário levantamento de preços;
- Identificação do perfil das usuárias dos CEIs para verificar as de maior vulnerabilidade;
- Adequação das condições físicas dos CEIs.

Pudemos perceber o quão positivo tinha sido o trabalho realizado pela curadoria no âmbito da mudança de postura dos gestores em relação ao “Amamenta Petrópolis”, valorizando seu potencial de ser uma prática transversal na Atenção Primária à Saúde. Expressão disto ficou evidenciada, quando demandado aos participantes que manifestassem em uma só palavra as expectativas relativas ao “Amamenta Petrópolis”, essas foram suas afirmações:

Figura 16 – Nuvem de palavras expectativas relacionadas à prática de saúde de Petrópolis



Fonte: IdeiaSUS Fiocruz.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** (2ª ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 06 fev. 2025.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. Federal, **Lei Federal 10.216** de 6 de abril de 2001, Presidência da República, Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS 3088** de 23 de dezembro de 2011, Brasília, 2011.

Brasil. **Decreto nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2007.

DELGADO, P. G. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil.** Ciência

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4701-4706, Dec. 2011. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMHY84XFw9QTNhMhdc45HfT/>. Acesso em: 05 fev. 2025.

HOLLIDAY, Oscar Jara. *Para sistematizar experiências /* Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria. Viviana V. Resende. 2. ed., **Revista. – Brasília: MMA**, 2006.

VICTORIO, E., R., R. **Projeto de Desinstitucionalização da Loucura no Município do Carmo**, Carmo, Rio de Janeiro, 2014.

A REFORMA DA APS EM VOLTA REDONDA - RJ: O PROVIMENTO MÉDICO DE 100% DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Sílvia Mello dos Santos
Albanea Baylao Trevisan
Francine da Silva Costa
Júlyana Oliveira de Araujo
Lucas Reis de Barros Ribeiro
Luisa de Carvalho Fiedler
Maicon de Avila Oliveira
Simione de Fátima Cesar da Silva
Tássio de Faria Huguenin*

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Volta Redonda - RJ possui uma cobertura de 82% em Atenção Primária em Saúde (APS), assim como a maior parte dos municípios brasileiros nunca alcançou 100% de cobertura médica em suas 72 equipes.

A mudança de gestão municipal em 2021 trouxe como fundamento a valorização da APS para estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) até então fragmentada, estigmatizada e mal remunerada.

Esse trabalho é um relato de experiência que mostra todas as estratégias de gestão que provocaram o provimento de 100% das equipes de saúde da família de uma cidade com aproximadamente 270 mil habitantes. A gestão inicia em 2021 com 40% de cobertura médica nas equipes em período de pandemia, além de vínculos frágeis, e a cidade tinha o pior salário da região. O sistema de informação era 70% manual na APS, com equipamentos sucateados (computadores, impressoras etc.), sem rede funcional, prejudicando o financiamento e a qualidade do serviço.

Volta Redonda transformou a APS em um grande ambulatório, com médico clínico, ginecologista e pediatra que não cumpriam carga horária (CH) e trabalhavam de

forma independente. Para garantir os princípios da APS e a garantia de direito integral à saúde era preciso transformar essa realidade.

As equipes de saúde da família têm a responsabilidade de prestar atenção integral e contínua a todos os membros da família da população adscrita a sua unidade, em todas as fases do ciclo de vida. A atenção precisa ser integrada na família, e não no indivíduo isoladamente. A família precisa ser observada no seu contexto socioeconômico e cultural, para que sejam identificados se existem fatores de risco para essa família, e que estes possam ser trabalhados e amenizados pela equipe. Mas para que tudo isso aconteça, é necessário primeiro que a própria equipe entenda esse processo e compreenda que precisa ter instrumentos para avaliação dessa população como um todo.

Foi com base nessa compreensão que se iniciou a mudança de paradigma da atenção primária no município, iniciando com a retirada de profissionais especialistas de dentro das unidades, já que o formato fragmentava o processo de construção de ações dentro do território.

Os profissionais da saúde da família, incluindo médico, enfermeiro e todos os outros membros da equipe,

precisam conhecer a especificidade da população sob suas responsabilidades para melhor atendê-la, e para isso precisam atender as pessoas em todas as fases de seu ciclo de vida.

Colaborando com o processo e em apoio ao atendimento dos profissionais, foram estabelecidos os matriciamentos, que se efetivam no atendimento do especialista juntamente com o médico da unidade, proporcionando mais conforto e segurança para a tomada de decisões.

Por certo, o início da implantação da proposta enfrentou dificuldades, e em alguma medida ainda segue enfrentado, mas também é fato que os profissionais que atualmente compõe o quadro da SMS passaram a ter maior consciência de que somente o atendimento integral melhora o plano de cuidados, dando mais enfoque ao que realmente é necessário na atenção à saúde da pessoa.

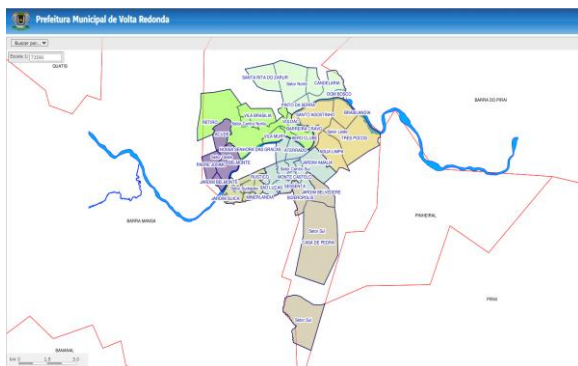
2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Volta Redonda possui importância significativa para a economia regional e estadual, é cortado pelo Rio Paraíba do Sul, cuja curva acentuada deu

nome à cidade, e é a principal fonte de abastecimento de água do município.

A cidade tem papel fundamental na história do desenvolvimento industrial do país, abrigando a maior usina siderúrgica da América Latina, razão pela qual é conhecida como a “Cidade do Aço”. A Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), fundada em 1941, tem a sede de sua Usina Presidente Vargas em Volta Redonda, responsável pela produção de aço e que emprega, segundo informações da imprensa, cerca de 20 mil pessoas, um em cada quatro empregos com carteira assinada, e representa 60% de toda a arrecadação municipal.

Figura 1 – Organização do município de Volta Redonda



Fonte: <http://geo.epdvr.com.br/mapavirtual/map.phtml>

2.1 Aspectos Históricos de origem do município

A cidade de Volta Redonda tem sua história registrada no decorrer das cruzadas realizadas pelos jesuítas. Ao avançarem pela Serra do Mar, possibilitaram a colonização do Médio Vale do Paraíba, e comunicaram o Rio de Janeiro a São Paulo por meio da abertura de uma estrada. Naquele momento, por volta de 1744, denominaram um acidente geográfico no Rio Paraíba do Sul como “Volta Redonda”.

Em plena II Guerra Mundial, em 1941, a industrialização se iniciou na cidade com a chegada da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), um grande marco para o país. Foi quando houve grande transformação populacional, onde a localidade recebeu muitos operários de várias regiões. Em 17 de julho de 1954, após organização e movimentos políticos e sociais, Volta Redonda se emancipa de Barra Mansa.

2.2 Aspectos Geográficos

Suas divisões limítrofes são localizadas com os municípios de Barra Mansa (à Norte, à Noroeste, à Oeste e à Sudoeste), Barra do Piraí (à Nordeste), Pinheiral e Piraí (à Sudeste e à Leste), e Rio Claro (à Sul).

O município possui área territorial de 182,105 quilômetros quadrados (km²). Em 2010, possuía urbanização de suas vias públicas em 75,1%, e sua arborização alcançava 63,4%. Seu esgotamento sanitário registra 96,1% (2010).

2.3 Aspectos Demográficos

No aspecto demográfico, a estimativa populacional calculada e divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2024, na cidade de Volta Redonda passou a ser de uma população estimada em 261.653 habitantes.

2.4 Aspectos Históricos em Saúde

Durante a década de 90, após marco constitucional estabelecido pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e com os preceitos combinados pelas Leis Federais 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a cidade inicia sua construção do Sistema Único de Saúde – SUS, orientada pelas Normas Operacionais Básicas publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996. Estas normas serviram de instrução para a implementação e operacionalização do SUS,

normalizando a assistência, disciplinando o processo de descentralização da gestão e dos serviços, e redefinindo o modelo de gestão. Na década seguinte, duas Normas Operacionais da Assistência à Saúde foram editadas, em 2001 e 2002. Ambas trataram da regionalização da assistência como estratégia de hierarquização dos serviços em busca da maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão e criando critérios de habilitação de estados e municípios.

Alguns anos antes, em 02 de maio de 1983, em Volta Redonda, foi publicada a Lei Municipal 1.819, que dispôs sobre a “Organização Administrativa Superior da Prefeitura Municipal de Volta Redonda” já registrando o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como um Órgão Vinculado à Secretaria de Saúde e Promoção Social (como se denomina à época). Entretanto, foi em 07 de julho de 1985, através do Decreto Municipal 1.967, que foi constituindo o primeiro CMS.

Durante os primeiros anos o CMS sofreu diversas ingerências em sua atuação, tendo inclusive excluídos da participação na II Conferência Municipal de Saúde. Contudo, foi em 1992 que o CMS teve seu real reconhecimento e fortalecimento e, desde então, se

mantém atuante. As Conferências de Saúde na cidade de Volta Redonda iniciaram-se em 1987, com a realização do I Fórum Municipal de Saúde, que foi considerado como a 1ª Conferência Municipal de Saúde. Devido à situação sanitária imposta pela Pandemia da Covid-19, realizou-se em formato remoto com algumas atividades híbridas.

2.5 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

- I. Secretária Municipal de Saúde (SMS)
- II. Subsecretario (a) Municipal de Saúde (SSMS I)
- III. Subsecretario (a) Municipal de Saúde (SSMS II)
- IV. Chefia de Gabinete (CG)
- V. Núcleo de Estratégico, Políticas Públicas e Qualidade (NESP)
- VI. Departamento de Atenção à Saúde (DAS):
 - a) Divisão de Atenção Básica (DAB): i. Setor do Distrito Sanitário I (SDS I); ii. Setor do Distrito Sanitário II (SDS II); iii. Setor do Distrito Sanitário III (SDS III); iv. Setor do Distrito Sanitário IV (SDS IV).

- b) Divisão de Média Complexidade (DMC): i. Setor da Policlínica da Cidadania (SPC); ii. Setor da Policlínica da Melhor Idade (SPMI); iii. Setor da Policlínica da Mulher (SPM); iv. Setor do Centro de Doenças Infecciosas (CDI); v. Setor de Reabilitação Física (CEMURF); vi. Setor de Follow-up (SFUP); vii. Setor do Polo Regional de Ostomizados (SPRO); viii. Setor de Atenção Psicossocial (CAPS); ix. Setor de Espaço de Cuidado em Saúde Mental (SECSM); x. Setor de Laboratório Municipal (SLM); xi. Setor do Centro de Imagem (SCI); xii. Setor do Centro Oftalmológico (SCO).
- c) Divisão de Saúde Bucal (DSB): i. Setor de Clínicas Odontológicas Concentradas (SCOC); ii. Setor de Clínicas Odontológicas Especializadas (SCOE).
- d) Divisão de Área Técnica (DAT): i. Setor de Saúde da Criança e do Adolescente (SSCA); ii. Setor de Saúde da Mulher (SSM); iii. Setor de Saúde do Homem (SSH); iv. Setor de Saúde do Idoso (SSI); v. Setor de Saúde Bucal (SSBU); vi. Setor de Saúde Mental (SSM); vii. Setor de Doenças e Agravos Não Transmissíveis SDANT); viii. Setor de Doenças Transmissíveis (SDT); ix. Setor do

Programa de Tabagismo (SPT); x. Setor de Práticas Integrativas e Complementares (SPIC); xi. Setor de Alimentação e Nutrição (SAN); xii. Setor de Saúde na Escola (SSE); xiii. Setor de Educação Permanente (SEP).

VII. Departamento Hospitalar e de Urgência e Emergência (DHUE):

- a) Divisão do Complexo Hospitalar (DCH): i. Setor de Direção Técnico (SDT); ii. Setor Administrativo (SADM).
- b) Divisão de Urgência e Emergência (DUE): i. Setor do Centro de Atendimento Intermediário em Saúde (CAIS); ii. Setor Unidade de Pronto Atendimento (UPA); iii. Setor Sala de Estabilização Santa Cruz (SSES); iv. Setor Serviço de Pronto Atendimento (SPA); v. Setor de Atenção Domiciliar (SAD).

VIII. Departamento de Vigilância em Saúde (DVS):

- a) Divisão de Vigilância Ambiental (DVA): i. Setor de Fatores de Risco Biológicos (SFRB); ii. Setor de Fatores de Risco Não Biológicos (SFRNB); iii. Setor Administrativo (SADM).

- b) Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE): i. Setor Administrativo (SADM); ii. Setor de Imunização (SIM); iii. Setor de Dados Vitais (SDV); iv. Setor de Vigilância Epidemiológica (SVE); c) Divisão de Vigilância Sanitária (DVS); i. Setor de Fiscalização Sanitária (SFS); ii. Setor Administrativo e de Avaliação de Projetos em Saúde (SAAPS).
- c) Divisão de Saúde do Trabalhador (DST): i. Setor de Vigilância, Assistência e Orientação à Saúde do Trabalhador (SVAOST); ii. Setor Administrativo (SADM).

IX. Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF):

- a) Divisão de Qualificação de Serviços Farmacêuticos (DQSF): i. Setor de Atenção Básica (SAB); ii. Setor de Atenção Especializada (SAE); iii. Setor de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SAHUE); iv. Setor da Área Técnica da Assistência Farmacêutica (SATAF); v. Setor de Demandas Farmacêuticas (SDF); b) Divisão de Logística e Abastecimento Farmacêutico (DLAF); i. Setor Administrativo (SADM); ii. Setor de Almoxarifado (SAL).

X. Departamento de Informação, Planejamento, Inovação e Qualidade (DIPIQ):

- a) Divisão de Informação em Saúde (DIS): i. Setor de Informação Visual em Saúde (SIVS); ii. Setor de Processamento e Qualificação das Informações em Saúde (SPQIS).
- b) Divisão de Planejamento Estratégico, Incorporação Tecnológica e Qualidade (DPI): i. Setor de Planejamento Estratégico e Incorporação Tecnológica (SPEIT); ii. Setor de Qualidade (SQUALI).

XI. Departamento de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria (DCRAA):

- a) Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA):
 - i. Setor de Controle e Avaliação da Rede Ambulatorial (SCRAA); ii. Setor de Controle e Avaliação da Rede Hospitalar (SCARH); iii. Setor de Auditoria (SAU); iv. Setor de Contratos e Convênios (SCC).
- b) Divisão do Complexo Regulador (DCR); i. Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); ii. Setor de Regulação Ambulatorial (SRA); iii. Setor de

Regulação Hospitalar (SRH); i. Setor Administrativo (SADM).

- c) Divisão de Cadastro e Processamento da Produção dos Serviços de Saúde (DCPPS): i. Setor de Cadastro dos Usuários do SUS (SSUS); ii. Setor de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCE); iii. Setor de Processamento da Produção dos Serviços de Saúde (SPPS).

XII. Departamento de Gestão do Trabalho (DGT):

- a) Divisão de Gestão do Trabalho (DGTB): i. Setor de Expediente Administrativo (SEA); ii. Setor de Cadastro e Controle Lotacional (SCCL); iii. Setor de Frequência e Registros (SFR); iv. Setor de Folha de Pagamento (SFP).

XIII. Departamento do Fundo Municipal de Saúde (DFMS)

- a) Divisão Administrativa (DADM): i. Setor de Expediente (SEX); ii. Setor de Arquivo (SAR); iii. Setor de Controle Orçamentário (SCO); iv. Setor de Prestação de Contas (SPC).
- b) Divisão Financeira (DFI): i. Setor de Contabilidade (SCON); ii. Setor de Tesouraria (STES); iii. Setor de Conferência (SCONF).

- c) Divisão de Compras (DCOM)): i. Setor de Comissão Especial de Licitação (SCEL); ii. Setor de Cadastro (SCAD); iii. Setor de Compras (SCOMP); iv. Setor de Pregão (SEP).
- d) Divisão de Abastecimento (DAB); i. Setor de Medicamentos (SMED); ii. Setor de Material (SMAT); iii. Setor de Abastecimento (SAB).
- e) Divisão de Controle Interno (DCI).

XIV. Departamento de Administração e Logística (DAL)

- a) Divisão Administrativa (DADM): i. Setor de Protocolo (SPROT); ii. Setor de Expediente (SEX); iii. Setor de Patrimônio (SPAT); iv. Setor de Arquivo (SAR).
- b) Divisão de Logística (DLO): i. Setor de Alimentação (SAL); ii. Setor de Serviços Gerais (SSG); iii. Setor de Serviços Gráficos (SSGRAF).
- c) Divisão de Manutenção, Reformas e Obras (DMRO): i. Setor de Manutenção Predial (SMP); ii. Setor de Manutenção de Equipamentos de Informática e Rede Lógica (SMELO); iii. Setor de Manutenção de Equipamentos de Saúde (SMES).
- d) Divisão de Transportes (DTP): i. Setor de Controle de Veículos (SCV); ii. Setor de

Manutenção de Veículos (SMV); iii. Setor de Controle de Ambulâncias (SCA).

2.6 Organização da APS no município

A Atenção Primária em Saúde (APS) em Volta Redonda está organizada em torno de 46 Unidades Básicas de Saúde da família, uma equipe de Consultório na Rua (CNAR), duas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e uma equipe de Atenção Primária Prisional tipo 2 com saúde mental EAP-II.

A organização da APS está configurada em quatro distritos sanitários (regiões de saúde), com coordenação local subordinada a Coordenação Central, anteriormente composta apenas por um profissional Enfermeiro e dois servidores administrativos, únicos responsáveis sozinhos por uma rede complexa.

2.7 Situação inicial

Neste cenário, a reorganização da atenção básica precisou iniciar pela gestão, associando uma equipe de apoio a coordenação central para pensar o cuidado na integralidade. Além das quatro coordenações distritais

descentralizadas, o nível central passou a ter um apoio técnico, composto por uma equipe multiprofissional: nutricionista, psicólogo, enfermeiro e médico de família e comunidade.

A gestão municipal que assumiu em 2022 encontrou um cenário caótico de assistência, em paralelo com a ainda ativa pandemia da Covid-19, contando com apenas 30% do quantitativo de médicos necessários para o suporte da porta de entrada do SUS. Tal situação evidenciava o fato de que Volta Redonda vigora um sistema de contratação muito frágil para a maioria dos trabalhadores da atenção básica, o Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Até 2015, toda a APS era celetista, através do convênio de terceirização com a Cruz Vermelha. Com a finalização do convênio foi realizado processo seletivo temporário e contratação pelo Reda – Regime Especial de Direito Administrativo, com realização de concurso público no mesmo período para contratação definitiva. No entanto, com salários baixos para os médicos neste concurso, os poucos que seguiram este vínculo empregatício não cumpriam a CH estipulada.

Sem garantia de direitos trabalhistas em 2021 da maioria dos poucos médicos que ainda restaram, os profissionais por muitas vezes trabalhavam sem

condições, inclusive adoecidos, para não perderem o dia de trabalho. Na mesma época, a velocidade das contratações e dos desligamentos era alta, sendo que, por vezes, o profissional era admitido e pedia demissão em menos de uma semana de trabalho. A gestão municipal oferecia o pior salário da região para médico da APS, que sempre foi defasado em relação ao médico da rede de urgência e emergência.

Aliada a essa alta rotatividade, a gestão também enfrentava o momento mais crítico da saúde pública brasileira, onde os poucos profissionais de saúde disponíveis para contratação estavam adoecendo, por conta da pandemia.

O conjunto de problemas gerou uma realidade onde não havia exigência de cumprimento de carga horária contratual, ficando acordado o atendimento de uma determinada quantidade de pessoas, sem relação com um tempo mínimo para cada consulta ou o tempo de permanência do profissional na unidade.

Com isso, havia situações em que profissionais atendiam em duas horas uma quantidade enorme de pessoas, transformando as unidades de atenção básica em grandes ambulatórios de pronto atendimento. A

descaracterização não se limitava apenas a forma como se atendiam as pessoas, mas também ao papel de referência sanitária que essas equipes deveriam representar.

No modelo encontrado, os profissionais não realizavam atendimentos de pediatria ou pré-natal, limitando-se a clínica médica, os atendimentos no território eram raros, os grupos educativos quase nunca contavam com a participação do médico e as visitas domiciliares eram poucas em relação às necessidades da população.

Todas as limitações faziam com que não houvesse interação do médico com a equipe a qual ele estava vinculado, já que seu trabalho se limitava em atender as pessoas que estavam agendadas, numa clínica biomédica, centrada na doença. Não havia discussão de caso, participação em reunião de equipe ou interação com o Agente Comunitário de Saúde.

Resta evidenciar que, na época, Volta Redonda trabalhava em um modelo misto de assistência médica, dentro das unidades básicas atendiam também médicos especialistas como pediatras e ginecologistas, com agendas separadas e totalmente desvinculados do modelo matricial, fragmentando ainda mais o cuidado.

Com base no exposto, fica evidente que a cultura do assistencialismo da APS precisava ser quebrada e a valorização salarial do médico se mostrava como um primeiro passo para tentar completar as equipes com essa categoria profissional. Além disso, era preciso investir na formação do médico de família e comunidade em Volta Redonda, buscando parcerias com as universidades e melhorando a qualificação dos médicos contratados para a abrangência assistencial às pessoas em todos os ciclos de vida.

Adicionalmente, era preciso alocar os especialistas focais, tais como pediatras e ginecologistas, nas equipes multiprofissionais em saúde, para que pudessem, por meio do processo matricial, contribuir ainda mais na qualificação das equipes.

Com base no exposto, a ação de contratar e formar médicos de família e comunidade foi o primeiro passo para múltiplas ações em paralelo que garantiram o sucesso da prática, rumo a uma “Reforma da APS” completa.

3. CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA

A Reforma da APS em Volta Redonda - RJ pode ser descrita em tópicos que evidenciam o ponto de partida,

com a descrição da realidade encontrada, passando pelos passos seguidos pela gestão, no sentido de identificar os maiores gargalos e propor as soluções possíveis para o enfrentamento.

Nesse sentido, podem ser identificados pelo menos seis etapas, que de forma concomitante, culminaram no esperado provimento de 100% dos profissionais médicos, completando as equipes de saúde da família e modificando a lógica de atendimento da APS na rede municipal de saúde. Seguem maiores detalhamentos.

3.1 O Sistema de Informação

A gestão encontrou também o desafio de informatizar as Unidades Básicas de Saúde, uma vez que praticamente 80% da organização da informação era feita de forma manual, com prontuários de papel, ausência de equipamentos e rede de internet, dificultando o monitoramento dos indicadores, com consequente dificuldade em melhorar o financiamento.

Para mudar a situação, o município investiu na compra de computadores e impressoras para todas as ambiências necessárias de cada UBS e realizou a compra de prontuário eletrônico que se comunica em rede. Assim,

tornou-se possível ao usuário transitar desde a atenção primária, especializada e terciária com o mesmo prontuário, facilitando a coordenação do cuidado e o gerenciamento das informações pela gestão municipal.

3.2 Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Covid-19?

As UBS tinham outro grande desafio, precisando reorganizar o cuidado às pessoas. Durante o período de pandemia, o foco se voltou para os pacientes com sintomas da Covid-19, transformando as unidades em locais de referência para os atendimentos de sintomáticos respiratórios, afastando as gestantes, as crianças e as pessoas com doenças crônicas. O momento exigia o reestabelecimento do cuidado integral, o acesso universal e equitativo mudando o cenário difícil encontrado.

Com esse entendimento, foram criados centros de atendimento à Covid-19 para desafogar a APS. Assim, as equipes conseguiram reorganizar o processo de trabalho local e retornar com as agendas dos grupos de risco, agora com menos fluxo de atendimentos aos sintomáticos respiratórios, retornavam com as visitas domiciliares e o

resgate das pessoas com problemas negligenciados no período pandêmico.

3.3 A Reforma Estrutural

A estrutura física das UBS do município estava em péssimas condições, com unidades sofrendo com infiltrações, falta de revestimento e mofo nas paredes, exigindo o planejamento da reforma em grande escala. Afinal, o ambiente salubre faz parte das condições adequadas de trabalho.

Nas Figuras 2, 3 e 4 estão listadas todas as unidades que passaram ou estão em processo de reformas ou revitalização pela Secretaria Municipal de Saúde:

Figura 2 – Unidades Básicas de Saúde em processo de revitalização – 1ª parte

QUADRO DE OBRAS REALIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA								
UNIDADES DE SAÚDE	STATUS DE 2022 A 2024	1ª REFORMA PREDIAL	ORIGEM DA OBRA	STATUS DE 2024 A 2025	2ª REFORMA PREDIAL	REFORMA DE AMPLIAÇÃO	CONSTRUÇÃO UNIDADE NOVA	ORIGEM DA OBRA
UBSF Verde Vale	Conclusão em Maio	2024	SMS	...	...	...	...	...
UBSF Açude I	Em execução	2024	FURBAM	Projeto em andamento	2025	...	...	SMS
UBSF Belo Horizonte	Em execução	2024	FURBAM	Projeto em andamento	2025	...	...	SMS
UBSF Conforto	Em execução	2024	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Volta Grande	Em execução	2024	SMS	...	...	...	...	...
UBS Caieiras	Executada	2022	SMA5	Projeto em andamento	2024	...	...	...
UBS Candelária	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	...	2025	SMS
UBS Jardim Paraiba	Executada	2022	FURBAM	Projeto em andamento	...	...	2024	SMS
UBS Monte Castelo	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBS Rústico	Executada	2022	SMA5	...	...	...	...	...
UBS São Luiz	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Açude II	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	2025	...	SMS
UBSF Água Limpa I	Executada	2023	SMA5	...	...	...	...	...
UBSF Belmonte	Executada	2022	SMA5	Projeto em andamento	...	2024	...	SMS
UBSF Coqueiros	Executada	2024	FURBAM	...	...	...	...	...

Fonte: SMS de Volta Redonda.

Figura 3 - Unidades Básicas de Saúde em processo de revitalização – 2ª parte

UBSF Mariana Torres	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Nova primavera	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	...	2025	SMS
UBSF Padre Josimo	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Ponte Alta	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Retiro I	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	2025	...	SMS
UBSF Retiro II	Executada	2022	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Santa Cruz	Executada	2023	SMS	...	...	...	...	...
UBSF Santa Rita do Zarur	Executada	2024	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Santo Agostinho	Executada	2022	SMAS	Projeto em andamento	...	...	2024	SMS
UBSF São Carlos	Executada	2022	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF São João	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Siderlândia	Executada	2022	SMAS	Projeto em andamento	2025	...	...	SMS
UBSF Siderópolis	Executada	2022	SMI	Projeto em andamento	...	2024	...	SMS
UBSF Vila Americana	Executada	2022	SMAS	...	...	...	...	...
UBSF Vila Brasília	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	...	2024	SMS
UBSF Vila Mury	Executada	2023	FURBAM	Projeto em andamento	...	2025	...	SMS
UBSF Vila Rica 3 Poços	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Vila Rica Tiradentes	Executada	2023	FURBAM	...	...	...	...	...

Fonte: SMS de Volta Redonda.

Figura 4 - Unidades Básicas de Saúde em processo de revitalização – 2ª parte

UBS Dom Bosco	Projeto em andamento	2024	...	...	...	...	...	...
UBS São Sebastião	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF 249	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF Água Limpa II	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF Jardim Belmonte	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF Roma II	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF Três Poços FOA	Não houve	...	...	...	...	...	...	...
UBSF São Lucas	Projeto em andamento	...	...	Projeto em andamento	...	2024	...	SMS
UBSF Eucaliptal	Projeto em andamento	2024	FURBAM	Projeto em andamento	...	2025	...	SMS
UBSF Jardim Belvedere	Projeto em andamento	2024	FURBAM	...	...	...	...	...
UBSF Roma I	Projeto em andamento	2024	FURBAM	Projeto em andamento	...	...	2025	SMS
UBSF São Geraldo	Projeto em andamento	...	...	Projeto em andamento	...	2025	...	SMS
UBSF Jd Cidade do Aço	Projeto em andamento	...	SMS	Projeto em andamento	...	...	2024	SMS

Fonte: SMS de Volta Redonda.

3.4 Educação Permanente

O primeiro protocolo confeccionado pela equipe de coordenação da APS tratou do atendimento às pessoas com síndrome gripal, seguido dos demais, como exemplo, de atenção à saúde da mulher e da criança.

Cada protocolo lançado foi acompanhado de treinamento específico, com discussão de casos reais que

impactam no cotidiano dos profissionais. O município descentralizou também os programas de tuberculose e hanseníase, possibilitando mais acesso e diminuição das taxas de abandono, que foram exorbitantes no período da pandemia.

Todos os protocolos foram alocados no portal da Prefeitura, para fácil acesso de todos os profissionais de saúde por meio do site <https://www.voltaredonda.rj.gov.br/>.

3.5. O provimento de Profissionais Médicos

Inicialmente a gestão central realizou uma pesquisa de mercado relacionando a base salarial médica ao que se tinha no município, que demonstrou defasagem salarial acima de 70% da média encontrada. O resultado também demonstrou que para conseguir profissionais médicos para a APS em Volta Redonda seria preciso aumentar a base salarial local, aliando a indução do processo de trabalho voltado para as necessidades do território.

A reforma precisou levar em conta a cultura geral, refletida também localmente, de desvalorização da formação e atuação profissional na atenção básica, que se coloca em retrocesso ao que se acredita para o

fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com um modelo de organização que privilegia uma porta de entrada forte, capaz de suprir em até 80% as necessidades em saúde das pessoas.

Assim pensando, a proposta foi de estabelecer uma base salarial maior vinculada à gratificação com dois eixos fundamentais: qualificação e desempenho. Ou seja, a ideia foi a de atrair o médico de família com especialização, mas também que os profissionais que fossem contratados cumprissem com as metas de atendimentos para todos os ciclos de vida, associando a gratificação aos alcances integrais de assistência, a serem verificados mensalmente.

Assim estruturada, a proposta foi apresentada à alta gestão, representada pelo prefeito e pela Secretária de Saúde, tendo sido discutida e aprovada por unanimidade nas instâncias afins. Com a população pressionando pela contratação do médico para a assistência nos territórios, além das sequelas vivenciadas no pós-pandemia, completar as equipes da APS se impunha como o primeiro passo da reforma.

A divulgação sobre a contratação de novos médicos pela SMS de Volta Redonda foi realizada nos

meios de comunicação locais como televisão, rádio, Instagram, entre outros, de largo alcance regional. Paralelo ao chamamento público, foi realizada reunião com todos os médicos já em atuação, para apresentação da nova proposta salarial, possibilitando o conhecimento geral e a manifestação de interesse individual de permanecer na rede com as novas normativas ou pedir afastamento.

Em janeiro de 2023, com a nova configuração de pagamento por gratificação, a rede completou todas as equipes desfalcadas. O processo de reforma alavancou a mudança do paradigma assistencial vigente, valorizando e fortalecendo a porta de entrada do SUS, ao desenvolver não apenas a lotação do profissional médico na unidade básica, mas sua permanência e qualificação em serviço, voltadas para as reais necessidades dos territórios de atuação.

3.6 Eixos de Qualificação e Desempenho

Assim, foi desenvolvido um instrumento simples para o pagamento do eixo desempenho que configurava toda a mudança necessária da lógica de trabalho que se pretendia modificar. A associação da gratificação

financeira ao desenvolvimento de competências esperadas para o médico na APS foi o que provocou a indução da transformação da lógica assistencial ambulatorial que se tinha como referência inicial.

Com a efetivação da proposta, o salário base teve aumento de 100%, ficando compatível com o praticado na capital, Rio de Janeiro. Para o pagamento da gratificação no eixo qualificação, o médico de família com residência passou a receber adicional de 20% para a função de preceptoria, uma vez que, paralelamente ao provimento médico, o município iniciou parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e introduziu o programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

O eixo desempenho na função, com representatividade impactante no salário, alcançando 40% de acréscimo no salário base, foi subdividido em ações que foram consideradas essenciais para o médico da APS. Foram pactuados seis subeixos, cada um podendo alcançar até dois pontos, totalizando os 12 pontos, que correspondem a 100%, ou seja, os 40% adicionais possíveis de serem alcançados pelo profissional.

Todas as avaliações de desempenho eram realizadas pela própria equipe de APS, corroboradas com os resultados do relatório e-SUS, e enviadas para a coordenação central mensalmente para conferência e consolidação na folha de pagamento.

No Quadro 1 pode-se verificar, de forma objetiva, as pontuações possíveis de serem alcançadas mensalmente pelos profissionais.

Quadro 1 – Representação da proposta implementada

Salário base anterior	Salário base na Reforma	Eixo Qualificação	Eixo Desempenho
x	2x	2x + até 20%	2x + até 40%

Fonte: organização própria.

3.6.1 Subeixo da Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho está composta por seis subeixos:

I - Obrigações Funcionais

Os novos profissionais contratados foram orientados com foco sobre o território, considerando que a cultura ambulatorial precisava ser quebrada e a indução dos atendimentos a todos os ciclos de vida precisava compor o escopo de ações esperadas para o médico da APS.

Portanto, a realização do pré-natal, antes voltado apenas ao especialista, o atendimento à criança, também anteriormente vinculado à presença do pediatra na unidade, assim como a realização das visitas domiciliares, foram ações incorporadas como obrigações que, se não cumpridas, implicam em menor pontuação neste subeixo.

II - Assiduidade

As faltas injustificadas do profissional e as desmarcações de atendimentos e atividades por interesse pessoal, que geravam desorganização da agenda previamente elaborada pelas equipes, passaram a ser

motivo de despontuação no subeixo, estabelecendo a responsabilidade do profissional com o trabalho da equipe.

III - Pontualidade

Considerando a realidade inicial, onde não havia compromisso com o cumprimento da carga horária contratada e o processo de trabalho era vinculado ao quantitativo diário de pessoas atendidas, o objetivo do subeixo foi de estabelecer a permanência do profissional na unidade pelo período integral do contrato. Os contratos previram a realização de 40h/semana em 4 dias de 10h diárias, com intervalo de 1h, ou 40h/semana em 5 dias de 8h diárias, também com 1h de intervalo. O cumprimento do estabelecido leva a pontuação prevista no subeixo.

A presença do profissional no território proporcionou uma agenda mais abrangente, incluindo períodos de grupos educativos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, matriciamentos e capacitações proporcionadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

IV - Iniciativa e responsabilidade

A necessária melhora dos indicadores, que impactam diretamente no financiamento dos recursos da

APS pelo governo federal, passa pela qualidade dos registros realizados pelos profissionais nos prontuários e encaminhamentos.

A responsabilidade individual de cada médico pela qualidade dos registros e a inserção de dados clínicos de forma adequada nos campos correspondentes do prontuário eletrônico é fator de pontuação no subeixo.

V - Produtividade

Ainda que o foco da gestão tenha sido na qualidade dos atendimentos, houve a compreensão da necessidade de estabelecer um quantitativo mínimo de atendimentos, nos seus mais variados formatos. Os programas de incentivo federal como o “informatiza SUS” estavam relacionados a esta base de dados por profissional da APS, por exemplo. Foi calculado um parâmetro mínimo de acordo a carga horária profissional de atendimentos mensais, reservando 30% para atividades em grupo, educação permanente e matriciamentos. O tempo protegido foi considerado fundamental para o trabalho integral dos profissionais nas unidades.

VI - Relacionamento Interpessoal

O subeixo visa o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, um dos pilares da APS que estava fragmentado anteriormente. O modelo biomédico, individualista e uniprofissional precisou ser descaracterizado, promovendo a articulação do trabalho do médico com as equipes onde foram inseridos, participando das reuniões de equipe, traçando projetos terapêuticos singulares além de ter um bom relacionamento com os colegas no desenvolvimento de suas competências colaborativas. Esta atuação harmoniosa e em equipe pontua no subeixo.

3.6.2 Análise anual da Produção dos Profissionais Médicos

Foi realizada uma pesquisa no sistema de informação e-SUS para quantificar a produção médica na APS em Volta Redonda entre janeiro de 2021 a julho de 2024. A pesquisa incluiu a população atendida de todas as unidades básicas de saúde da família e a produção de todos os profissionais médicos generalistas que trabalharam no período. Como dito anteriormente, os médicos pontuavam na avaliação de desempenho os

procedimentos de puericultura, pré-natal e visita domiciliar. Identificados e comprovados através dos relatórios individuais mensais de produção.

Os filtros utilizados na primeira pesquisa para a análise de dados foram procedimentos lançados pelos médicos contidos na tabela SIGTAP com a palavra puericultura, pré-natal e visita domiciliar. Para a segunda pesquisa realizada elencamos todos os atendimentos realizados aos grupos de risco no município pelos médicos e enfermeiros da APS, elencando atendimentos a pessoas com tuberculose, hanseníase, gestantes e crianças de 0 a 14 anos. Todos os relatórios apontam um aumento significativo anual, conforme demonstrado nos Quadros abaixo.

Quadro 2 – Procedimentos médicos na APS entre jan/2021 e julho/2024

Procedimentos Médicos Generalistas na APS	01/01/2021 a 31/12/2021	01/01/2022 a 31/12/2022	01/01/2023 a 31/12/2023	01/01/2024 a 31/7/2024
Procedimento: Puericultura	711	1.678	14.258	8.603
Procedimento: Pré-natal	743	895	3491	2.646
Procedimento: Visita Domiciliar	88	220	348	362

Fonte: e-SUS.

Conforme demonstrado no Quadro 2, a puericultura foi o procedimento que mais foi registrado no sistema pelos médicos, gerando em 2023 um aumento de mais de 2.000%, ao passar de 711 para 14.258 procedimentos registrados. Da mesma forma houve aumento significativo do registro de pré-natal, que em 2023 teve um aumento de mais de 400%. As visitas domiciliares também tiveram aumento dos registros com um aumento de 300% no final de 2023.

Desta forma, é possível identificar que o impacto da avaliação de desempenho foi positivo, melhorando os registros no sistema de informação para procedimentos pouco realizados/registrados por estes profissionais no passado.

Quadro 3 – Atendimentos médicos na APS entre jan/2021 e julho/2024

Atendimentos Médicos Generalistas na APS	01/01/2021 a 31/12/2021	01/01/2022 a 31/12/2022	01/01/2023 a 31/12/2023	01/01/2024 a 31/7/2024
Atendimentos /Tuberculose	22	81	231	373
Atendimentos/Hanseníase	5	12	21	4
Atividade Coletiva	123	135	218	104
Atendimentos Gestantes	442	1.695	2.001	1.191
Atendimentos de crianças 0-14a	4.229	10.034	20.263	16.436

Fonte: e-SUS.

Os relatórios relacionados aos grupos vulneráveis também retirados do e-SUS apontam da mesma forma resultados surpreendentes. A descentralização dos programas de tuberculose e hanseníase ampliou o acesso desses grupos ao cuidado nos territórios, assim como a realização de atividades coletivas com ações de promoção e prevenção realizados pelos médicos foi ampliada. Seguindo o parâmetro de análise do registro de procedimentos específicos, o aumento exponencial dos atendimentos médicos a gestantes e crianças foi relevante, aumentando em mais de 400%.

Lembrando que a informatização de toda a rede de APS, além da compra de equipamentos, foi fundamental para este resultado. A melhora dos registros e o aumento significativo da qualidade deles vem acompanhada das ações em paralelo desenvolvidas pelo município.

Quadro 4 – Atendimentos a Gestantes na APS entre jan/2021 e julho/2024

Atendimento Gestantes na APS	1/1/2021 a 31/12/2021	1/1/2022 a 31/12/2022	1/1/2023 a 31/12/2023	1/1/2024 a 31/7/2024
Médicos Generalistas	442	1.695	2.001	1.191
Médicos Ginecologistas/Obstetras	1.262	586	788	264
Enfermeiros	1.536	2.182	627	314

Fonte: e-SUS.

Em uma comparação por CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) de atendimentos no período, no que trata do atendimento às gestantes na atenção básica, é possível identificar também que os atendimentos realizados pela equipe de saúde da família (médicos generalistas e enfermeiros) ultrapassam significativamente os atendimentos do especialista focal no decorrer dos anos.

Correspondendo ao investimento nos matriciamentos, atendimentos compartilhados das equipes ampliando assim suas competências para o cuidado abrangente dos territórios.

Quadro 5 – Atendimentos a crianças na APS entre jan/2021 e julho/2024

Atendimentos crianças de 0 a 14a na APS	1/1/2021 a 31/12/2021	1/1/2022 a 31/12/2022	1/1/2023 a 31/12/2023	1/1/2024 a 31/7/2024
Médicos Generalistas	4.229	10.034	20.263	16.436
Médicos Pediatras	13.574	14.235	13.329	7.666
Enfermeiros	1.976	6.518	5.146	7.038

Fonte: e-SUS.

Finalmente, entendemos que o acesso aos grupos vulneráveis antes voltados apenas aos enfermeiros e especialistas médicos foi ampliado na APS. O aumento significativo mostra que o investimento em educação permanente, capacitações *in loco*, confecções de protocolos e o apoio matricial provocaram em paralelo à

avaliação de desempenho as mudanças identificadas nestas tabelas. Reiteramos que a avaliação de desempenho pontuava apenas o registro do procedimento de pré-natal e puericultura para os generalistas, independentemente da quantidade realizada no mês. Porém, identificamos nestes relatórios que a quantidade de atendimentos a crianças e gestantes sobrepassa o registro dos procedimentos que aliada às ações em paralelo, provocou o aumento da competência desses profissionais nos atendimentos aos grupos de maior vulnerabilidade, ampliando o acesso dessa população a porta de entrada do SUS.

Em 2021, por exemplo, a quantidade de crianças de 0 a 14 anos atendidas por enfermeiros e pediatras na APS foi de 15.768 e de médicos generalistas foi de 4.229. Ao final de 2023, os atendimentos dos médicos generalistas às crianças dessa mesma faixa etária alcançam o número de 20.263 atendimentos, superando 18.465 atendimentos realizados pelos pediatras e enfermeiros lotados na APS.

Essa análise está longe de querer identificar quais profissionais mais atendem, ela identifica a confiança da população na equipe de saúde da família agora mais preparada para o cuidado dos territórios e de sua

população, independentemente da idade ou grupo de risco. Se somarmos a quantidade de atendimentos na APS de crianças em 2021, realizados por todos os grupos de CBO, temos um total de 19.779. Ao final de 2023, o quantitativo de crianças atendidas na atenção básica passa para 38.735. Portanto, a ampliação do acesso, a garantia do cuidado longitudinal e o fortalecimento da coordenação do cuidado na integralidade dentro da APS são resultados notadamente comprovados nesta prática.

4. APRIMORAMENTOS DA PRÁTICA

4.1 A implantação da Fundação de Saúde de Volta Redonda

Em 2021, quando o governo atual da prefeitura de Volta Redonda assumiu e convidou a Secretária Municipal de Saúde, Maria da Conceição de Souza Rocha, para se responsabilizar pela pasta da Saúde, foi encontrada uma saúde totalmente desestruturada. Unidades de saúde com estruturas físicas muito precárias e equipamentos de saúde sem manutenção, sem profissionais em número suficiente para dar conta dos serviços de responsabilidade municipal, com vínculos empregatícios precários.

A implantação da Fundação Estatal de Saúde foi a estratégia pensada, estudada e planejada para poder traçar rumos para a estruturação de uma saúde de qualidade para a população.

Nos anos de 2009 a 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, sob a gestão de Suely das Graças Alves Pinto e Marta Gama de Magalhães, já marca na sua história a implementação de ações de planejamento no campo da inovação e qualificação da gestão municipal do SUS tendo como ação estratégica aprovada nos Planos Municipais de 2011-2013 e 2014-2017, a implantação de uma nova estrutura organizacional para a Secretaria, com a criação da Fundação Estatal em Saúde, inicialmente pensada para atuar na área de atenção hospitalar do SUS municipal, na perspectiva futura de incorporação de outros níveis de atenção.

Tal estratégia tinha como objetivo a flexibilização e maior resolutividade da gestão municipal, buscando qualificar a gestão do trabalho do quadro funcional da Secretaria, com a unificação dos vínculos de trabalho e a construção de uma carreira permanente, para a garantia da continuidade dos processos de gestão e cuidado da saúde. No ano de 2011 foi realizado o 1º Seminário sobre o tema.

A Lei Municipal nº 6.054 de 14 de setembro de 2022, aprovada pela Câmara Municipal e sancionada pelo Prefeito atual, define as áreas de atuação das fundações públicas, no âmbito da administração pública municipal e autoriza o Poder Executivo a criar as fundações públicas de direito privado denominadas Fundação Estatal de Atenção Básica e Ambulatorial Especializada de Volta Redonda – FESABE e Fundação Estatal de Serviços Hospitalares e de Urgência de Volta Redonda — FEHOSPITA e dá outras providências.

A Fundação de Saúde é uma entidade pública, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado e faz parte da administração pública indireta, vinculada à Secretária Municipal de Saúde (SMS), para atuação exclusiva no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS para efeito da orientação, coordenação e supervisão da secretaria de que trata o inciso I do art. 148 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro.

A Secretaria neste momento está priorizando a implantação da FESABE que é uma entidade não dependente, sustentada integralmente por suas receitas, oriundas da prestação de serviços no âmbito do SUS, dos resultados financeiros de suas aplicações, de doações e legados de qualquer natureza. Será regida também pelo

estatuto aprovado no Decreto nº 17.952, de 28 de agosto de 2023, e demais disposições legais e do Código Civil referente às fundações.

A Fundação de Saúde permitirá, especialmente, a regularização e o fortalecimento da força de trabalho de categorias profissionais do SUS, garantindo maior vinculação, o que é essencial para a continuidade de seu processo de qualificação já que será possível o estabelecimento de vínculos de trabalho mais sólidos com os profissionais da saúde e desta forma a diminuição da rotatividade.

A posse à Diretoria-Executiva e dos membros dos conselhos curador e fiscal da Fundação Estatal de Atenção Básica e Ambulatorial Especializada (FESABE) foi dada em 27 de fevereiro de 2024 e marcou o início da implantação da Fundação Estatal de Saúde de Volta Redonda.

Além da presidente, Sueli Batista de Almeida, a diretoria da Fundação Estatal de Atenção Básica e Ambulatorial Especializada (Fesabe) está composta pela enfermeira Stella Maris Gomes de Amorim, que assumiu a Diretoria-Assistencial e de Serviço; e pelo advogado,

Alexandre Alvarenga de Almeida, diretor-administrativo e financeiro.

O Conselho Curador é formado por representantes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e de Planejamento, Transparência e Modernização da Gestão (Seplag), e de instituição de ensino superior, que foram empossados também no dia 27 de fevereiro de 2024 e por representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dos trabalhadores da fundação, que tomarão posse posteriormente. O conselho fiscal também tomou posse nesta mesma data e é composto por representantes das secretarias municipais de Saúde e de Fazenda (SMF).

Em 05 de julho de 2024 foi criado o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da CNPJ da FUNDACAO ESTATAL DE ATENCAO BASICA E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – FESABE, com o CNPJ 56.028.253/0001-28.

4.2 Principais avanços

Dentre as ações em paralelo à avaliação de desempenho, que implicam em impacto no salário dos profissionais médicos, merecem destaque as reformas estruturais das UBS, a informatização de toda a rede de

APS, incluindo a compra de novos equipamentos, computadores e impressoras para todos os consultórios e ambientes necessários.

Fundamental também foram as capacitações e atualizações constantes dos protocolos municipais, parcerias com a Universidade, investindo na Residência em Medicina de Família e Comunidade, além da descentralização dos programas de Tuberculose e Hanseníase para a APS e o matriciamento em saúde da mulher e saúde da criança.

As ações implementadas proporcionaram ao município 100% de provimento médico em 2023, quase triplicando os atendimentos dos médicos generalistas às crianças e gestantes, ampliando o acesso com aumento de 100% das visitas domiciliares e atividades coletivas realizadas pela categoria.

Além disso, o impacto financeiro da avaliação de desempenho em 2023 foi de quase R\$ 1 milhão, possibilitando a equidade nos salários, com o pagamento completo da gratificação apenas aos profissionais que cumpriram as metas pactuadas.

Portanto, a valorização da APS, de fato, garantiu as mudanças necessárias para a reestruturação e

fortalecimento dos cuidados primários antes dilacerados, porém, a qualificação segue sendo permanente, assim como todos os desafios da promoção de uma saúde integral e forte nos territórios.

Do ponto de vista dos profissionais envolvidos, a percepção é de que antes o cuidado estava fragmentado em cada tipo de atendimento, em cada especialidade, e os membros da equipe não conseguiam fazer um trabalho em conjunto. Era como se cada profissional atendesse a sua área e pronto, a chamada medicina curativa. Não havia, de um modo geral, a busca pela promoção da saúde e prevenção de agravos, sob o enfoque das famílias, e, principalmente, a recuperação da saúde da população.

Hoje, após 100% de provimento médico, após a inclusão do real modelo da estratégia de saúde da família, observa-se mudanças no modo de cuidar, tratar e acompanhar essas famílias, e observa-se também transformações nas discussões entre a equipe, quando se fala de processo de trabalho, da construção de planos de cuidados, inclusive com revisão de conceitos e com novas práticas que permitem a incorporação de novas atitudes no trabalho da equipe como um todo. Um bom exemplo é o aumento do número de visitas domiciliares, que hoje não é mais realizada somente entre pacientes acamados. Hoje

fazemos visitas em crianças, puérperas e até quando surge uma dúvida em algum atendimento individual, é sugerido que se faça uma visita para conhecer a realidade daquela família.

Houve melhora nos indicadores da saúde de um modo geral, pois hoje, conhecendo melhor o seu paciente, sabe-se quando é necessário realizar uma busca ativa, sabe-se quando esse paciente precisa voltar a unidade e até quando é no momento de realizar algum cuidado específico, até porque não é necessário esperar que esse paciente venha até a unidade, já que temos um papel mais dinâmico como profissional integrante da equipe de saúde da família, podendo ir ao encontro desta população.

Como ponto a ser perseguido para avançar na prática, ainda se mostra importante o estabelecimento de um plano de carreiras que fomenta no profissional a vontade de se especializar em saúde da família, diminuir a rotatividade dos profissionais dentro do programa e, assim, dar continuidade ao processo.

5 APRIMORAMENTOS DA PRÁTICA E PRINCIPAIS DESAFIOS

A valorização da APS com o provimento de 100% das equipes promoveu inúmeros benefícios, com especial recorte para a ampliação da cobertura assistencial que mudou a realidade do cuidado no município.

O aumento da cobertura de assistência pode promover um melhor olhar para o município, visto que Volta Redonda possui um território heterogêneo com necessidades de saúde variáveis. Esse diagnóstico territorial tem servido como base para a formulação de novas estratégias e para a expansão de processos, como o matriciamento. A chegada das equipes e-Multi, somado ao atual provimento médico, poderá possibilitar a resolutividade de mais situações dentro da APS.

Porém, com o processo de expansão, ainda persistem muitos desafios, uma vez que, apesar do provimento médico completo, ainda existe a falta de outras categorias profissionais para compor a equipe, o que prejudica a assistência preconizada pela estratégia de saúde da família.

A FESABE (Fundação Estatal de Atenção Básica e Ambulatorial Especializada de Volta Redonda), ainda em

fase de implantação, tem como objetivo melhorar as condições trabalhistas, melhorando vínculos, direitos e a comunicação com o servidor, mas ainda que a implantação da Fundação esteja em processo, a gestão ainda convive com vínculos frágeis que propiciam a alta rotatividade dos profissionais, o que muitas vezes atrapalha o cuidado longitudinal.

A melhoria salarial se tornou um atrativo para os profissionais de toda a região, extrapolando os limites do município, porém, a grande procura não exclui aqueles com pouca qualificação profissional para atuar na APS. Se percebe que muitas vezes os profissionais médicos e enfermeiros usam a APS apenas como uma ponte até chegar onde almejam, e têm dificuldade em prestar a devida assistência, que inclui um cuidado integral, não só o contexto individual e centrado na doença, mas a família e seu contexto socioeconômico e cultural, ou muitas vezes pela falta de formação voltada para a APS e para o SUS de uma forma geral.

A alta rotatividade profissional aliada à baixa qualificação, influencia nas ações de educação permanente, pois ações de melhoria do processo de trabalho precisam ser continuamente refeitas, o que

dificulta a continuidade e o aperfeiçoamento do processo de trabalho.

Outro desafio continua sendo a integração de toda a Rede de Assistência à Saúde (RAS). Ainda que o prontuário unificado e digital tenha facilitado em muito o acesso a informações do usuário, a referência e a contrarreferência, ainda se verifica um cenário onde a Rede de Urgência e Emergência (RUE), por exemplo, segue distante da ponta.

6. A PRÁTICA PELOS ATORES ENVOLVIDOS

A experiência de reorganização e reforma dos processos de gestão e assistência na Atenção Primária de Volta Redonda - RJ, apresenta diferentes eixos e dimensões de atuação. Compreendendo aspectos estruturais como provimento da força de trabalho, cobertura assistencial, Sistema de Informação, vinculação com a administração pública, indicadores de atendimento por grupo populacional, bem como aspectos processuais e de ordem micropolítica, ligados, por exemplo, à gestão do trabalho com as equipes.

Enquanto trabalhador e coordenação técnica de uma Equipe de Consultório na Rua, busco contribuir com

o relato da experiência apresentando como essa reorganização produziu uma experiência de análise institucional e intervenção no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária. Primeiramente, tivemos o impacto da reorganização da contratação de profissionais da medicina, com ampliação da cobertura. Acompanhando essa ampliação, tivemos a instituição do processo avaliativo de desempenho, que revelou dilemas e ao mesmo tempo forneceu subsídios e parâmetros na organização do trabalho. Além disso, a ampliação das áreas técnicas, construção de agendas de matriciamento e a instituição de Prontuário Eletrônico comum em todo município também operaram significativa transformação na organização e gestão, e no acesso à informação em saúde.

É notória ainda a fragilidade da vinculação com administração pública municipal, através dos contratos de pagamento autônomo. Tal realidade é histórica no contexto e exemplar do que é o grande dilema da construção de um plano de carreira no SUS. Seus efeitos poderiam ser exaustivamente descritos aqui, porém, acredito que este espaço de escrita se destina mais a como uma gestão lida com o contexto dentro de uma dimensão de governabilidade. A experiência de

precarização do trabalho em saúde nos aponta para a reprodução de iniquidades de acesso e cuidado, como também para uma desigualdade nos modos de organização e gestão de trabalhadoras. Nesse sentido, é razoável pensar que a baixa cobertura profissional produz sobrecarga nas agendas daquelas que resistem nos serviços, no entanto, essa precarização não é vivenciada de modo uniforme entre todas as categorias que atuam no SUS.

A dificuldade de cobertura de profissionais no município e, nesse caso, particularmente, a cobertura de médicos, é indicativa dos desafios para cobertura assistencial, dada a condição precária do vínculo. No entanto, há também uma análise relevante a ser construída, sobre como diferentes categorias são afetadas diferentemente nessa condição. Ou seja, além da ausência de profissionais no município, lidávamos também com a dificuldade de ausência de parâmetros da gestão do trabalho desses profissionais, particularmente no campo médico. Dessa forma, foram diagnosticados como aspectos relevantes na APS como a captação e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, gestantes, adequada solicitação de exames e de encaminhamentos, ou mesmo, o trabalho em equipe e

cumprimento de carga horária eram também minimizados ou negligenciados.

Se de um lado, portanto, o município conseguiu avançar na cobertura dos profissionais médicos, por outro, a introdução do processo avaliativo do desempenho destes produziu um efeito significativo de mudança na gestão do trabalho médico, por conseguinte, também nas equipes. A introdução desse processo não foi simples e ocasionou momentos de conflito entre coordenadoras de serviço e profissionais da classe. Um diagnóstico basilar desse conflito está relacionado à como a atuação médica no contexto não se via passível de ser regulada por critérios relativos à organização do trabalho no SUS. Em distintos momentos vivenciamos dilemas ligados a uma autonomia da atuação médica, não pautada pela gestão do trabalho nas equipes. Tal situação chegava ao ponto de escapar a governabilidade das coordenadoras de serviço, uma vez que a classe médica praticamente não mantinha relação de vinculação com serviço.

A avaliação introduziu parâmetros comuns para o atendimento à população, antes menos considerados, referentes a distintas linhas de cuidado, compreendendo a saúde da criança, da mulher, a questão das doenças crônicas. Além disso, introduziu também parâmetros para

práticas específicas, por exemplo, a necessidade de atendimento a todos os ciclos de vida, realização de visitas domiciliares e reserva de tempo para Educação Permanente. Essa introdução produziu, portanto, efeitos em distintas dimensões no arranjo local e na micropolítica do trabalho e buscou trazer a gestão, não apenas centralizada, mas a partir de cada serviço de saúde a atuar nessa reorganização. Tornou-se imperativo que os serviços desenvolvessem práticas territoriais, ampliassem a população atendida, desenvolvessem agenda de educação e trouxessem seus médicos para compor em ações coletivas e/ ou territoriais.

Tivemos, pensando a partir do cotidiano dos serviços, a indução de que não apenas médicos, mas os profissionais e coordenações das equipes se atentassem tanto aos parâmetros, indicadores, quanto às práticas de assistência. E, nesse ponto, é relevante pensar no processo avaliativo e de gestão, no quanto ele remete a um esforço para reconfigurar o trabalho em uma dimensão ampliada. Ou seja, não está em foco a quantidade de atendimentos ou procedimentos apenas, ou ainda indicadores específicos, trata-se, antes de tudo, da gestão de um processo de trabalho de equipes de Atenção

Primária. Nesse ponto, ele concentra significativa relevância.

Aliado a essa dimensão de reconfiguração do trabalho assistencial, se deu também a incorporação dos trabalhos de apoio matricial/institucional ligados às áreas técnicas e núcleos de apoio. Nesse ponto, buscava-se complementar o processo de reorganização da assistência construindo com os profissionais a competência necessária para a devida atenção aos ciclos de vida, captação das pessoas, entre outros. Dessa forma foram se consolidando agendas de matriciamento em todo o município em eixos como cardiologia, pré-natal, endocrinologia, pediatria, saúde da mulher. Esse trabalho nos permitiu, enquanto profissionais da APS, um contato mais próximo com profissionais especialistas, o que ocasionou estratégias de minimização de dúvidas, atendimentos conjuntos, cuja consequência foi redução de encaminhamento para especialidade, através de uma maior resolutividade com os profissionais generalistas.

De modo geral, a implementação destas duas práticas, que progressivamente vão perpassando os Distritos Sanitários municipais e os serviços de APS, permitiram uma maior propriedade no acompanhamento em saúde longitudinal daquelas pessoas que habitam

nosso território na APS. E, ainda que a rotatividade profissional não seja tema superado em âmbito municipal, as estruturas dessa organização vêm se consolidando, o que permite estabilidade nessas práticas. A partir da atuação do CnaR temos uma potencialização na condição de resolutividade da equipe, o que é de extrema relevância considerando as dificuldades de acesso da população. Esse aumento de potencialidade se traduziu na maior confiança e propriedade para que na equipe pudéssemos trabalhar questões que geravam insegurança, como por exemplo, diabetes desreguladas sem tratamento adequado, situações de hipertensão com complicações de pessoas usuárias de drogas, pré-natal de alto risco, entre outras.

Além disso, nesse período tivemos também a implantação do sistema de prontuário eletrônico em âmbito municipal. Sendo um dos principais efeitos a facilitação do acesso às informações em saúde, independente do ponto de atenção. Pensando a experiência do Consultório na Rua, isso nos deu a capacidade de visualizar os circuitos que nossa população realiza na Rede de Atenção, por consequência, tornaram-se visíveis as interações, as causas evitáveis ou sensíveis a APS, como também as negligências e estigmas relacionados à População em

Situação de Rua. O acesso à informação nos permite trazer uma análise do processo de trabalho de uma equipe de saúde, mas também como se configura o acesso a uma rede de saúde, o que nos permite, inclusive, uma gestão ampliada discutindo com outros níveis de complexidade, a partir de informações sistematizadas.

No tocante ao acesso de populações vulnerabilizadas o prontuário eletrônico nos auxilia significativamente permitindo a produção de visibilidade sobre a reprodução de iniquidades em saúde. Certamente que sua operacionalização ocorre processualmente, e sua eficiência é fortemente determinada a partir dos registros profissionais, questões que ainda geram desafios, no entanto, ainda assim esse sistema nos permite a visibilidade, inclusive para identificação da ausência de registros. Essa contribuição é significativa, pois é a partir desses mecanismos que podem ser produzidos informações objetivas sobre o acesso e acompanhamento de populações.

O impacto do provimento médico perpassa o trabalho em equipe, beneficiando integralmente o usuário, de forma individualizada, uma vez que ele também se sente assistido pelo profissional médico, onde antes era

apenas um “prescritor”, não tão participativo de projetos ou grupos.

É perceptível o crescente domínio médico sobre as características de sua microárea, emponderando-o sobre resoluções de situações-problemas, não sendo responsabilidade exclusiva do enfermeiro ou do agente comunitário de saúde.

Em suma, através das avaliações de desempenho e da exigência do cumprimento adequado da carga horária, foi possível melhorar a autonomia do gerente da unidade de saúde sob o profissional, visto que, anteriormente, havia dificuldade de diálogo e imposição das cobranças necessárias.

Acrescente-se também, a visível melhora na qualidade dos atendimentos, bem como os registros no prontuário eletrônico, através das capacitações e matriciamentos. Destaca-se a agenda de puericultura e o manejo de hipertensão arterial e diabetes, diminuindo consideravelmente os encaminhamentos aos especialistas.

Importante exemplificar o impacto disso em uma experiência pessoal de profissional médico na unidade

básica de saúde da família, composta por 03 equipes, tendo a estimativa de 11.040 pessoas no território.

Através do matriciamento de endocrinologia e estreitamento do vínculo, foi possível reinserir no serviço de saúde, uma mulher jovem de 34 anos que acompanhava irregularmente o tratamento de diabetes e de HIV, devido a depressão. Após a persistência da equipe e do acolhimento durante o matriciamento, completa 01 ano de frequência na UBSF, cumprindo todos os aconselhamentos dos profissionais.

Por fim, compartilha-se a experiência da preocupação atual do profissional médico no momento da renovação de uma receita. Rompendo com a característica de apenas “prescritor”, no automático, passou-se a ter o cuidado de verificar se o paciente possui acompanhamento e exames recentes, participando da responsabilidade e da busca ativa efetiva deste usuário, como uma potente ação de vínculo e cuidado integral.

REFERÊNCIAS

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. 2018.



O CENTRO DE CONVIVÊNCIA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CARMO- RJ

Érica Regina Victório da Rocha

Ângela Câmara

Antônio José Pinheiro

Arianna Santos

Carla Laroca

Catarina Maria Grazia Guida

Marcos Ferreira

Patrícia Ferreira

Vanderléia Laodete Pulga

1. INTRODUÇÃO

O município de Carmo, estado do Rio de Janeiro, vem se tornando um campo fértil de práticas de cuidado e promoção da Saúde Mental, em especial, nos últimos 20 anos, por apresentar uma história singular dentro do contexto de Reforma Psiquiátrica no Brasil. De um conjunto articulado em rede pública de iniciativas de cuidado à saúde da população, destaca-se o Centro de Convivência como ferramenta de cuidado e promoção de saúde no território que foi premiado na 3ª Mostra Cosems RJ e IdeiaSUS-Fiocruz.

As reflexões que aqui seguem traduzem a sistematização desta prática laureada a partir da perspectiva metodológica de Oscar Jara Holliday (2006) a fim de compreender de forma mais aprofundada esta experiência para qualificá-la e compartilhar com outras práticas semelhantes os ensinamentos surgidos com a experiência. Para tanto, foi feita uma recuperação histórica da experiência vivida e suas singularidades com narrativas de quem viveu essa experiência no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da implementação do Sistema Único de Saúde.

Inicialmente, trazemos a contextualização de Carmo, um município de pequeno porte com uma população de 17.198 habitantes, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2022, localizado na região serrana do Rio de Janeiro, que precisou construir uma complexa rede de serviços substitutivos para oferecer o cuidado integral dos usuários egressos do hospital psiquiátrico.

A Rede de Atenção Psicossocial do Carmo (RAPS Carmo) conta com um Centro de Atenção Psico Social (CAPS II), um Ambulatório de Saúde Mental, quatro leitos de Saúde Mental no Hospital Geral, um Centro de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) com dezessete Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa (PVC), SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e seis equipes de Saúde da Família, com cobertura total da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Há um Centro de Referência à Infância e Adolescência (Cria) que não está previsto na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2022, que institui a RAPS, entretanto, é referência para o cuidado em saúde mental da infância e adolescência.

O desafio cotidiano vem sendo sustentar essa rede, entrelaçada com outros dispositivos do nosso

território, promovendo o cuidado integral aos usuários. Além das instituições e políticas públicas, o processo de Reforma Psiquiátrica prevê que essa rede de cuidado e solidariedade se estenda também ao nível do discurso e das práticas do cotidiano da cidade, promovendo a reinserção social dos ex-internos do hospital psiquiátrico.

O Centro de Convivência Paula Cerqueira, primeiro a ser implantado no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004, surge como uma estratégia de desinstitucionalização e inclusão social. Visa promover espaços de socialização entre a comunidade local e os egressos do hospital psiquiátrico com a desmistificação da loucura e sua efetiva inclusão no tecido social da cidade. É um dispositivo importante na promoção de saúde em seu conceito mais amplo, bem-estar biopsicossocial, produzindo ferramentas alternativas de cuidado através das expressões culturais, artísticas, lazer, geração de renda e ações intersetoriais. Localizado no Centro Cultural da cidade, promove ações de inclusão social, integração dos diversos atores sociais, despatologizando aspectos da vida e promovendo o empoderamento e o protagonismo do sujeito enquanto agente transformador na cidade. Entre seus objetivos estão: refletir sobre os efeitos da inclusão de práticas alternativas de promoção de saúde na despatologização

das condições de vida, promover ações intersetoriais para garantia dos direitos fundamentais (saúde, habitação, educação, emprego, renda, lazer, cultura) ofertando o cuidado integral da comunidade, construir uma linha de cuidado em saúde que atravesse as paredes dos consultórios médicos e circule pelos espaços da cidade, através de ações comunitárias e territoriais.

Nosso desafio está em articularmos uma rede de serviços que ultrapasse a área de saúde, mobilizando parcerias com a rede de suporte social, educacional, de trabalho, de esporte, lazer, justiça, entre outros. A construção de redes de cuidado de atenção à saúde mental, com garantia de acesso e cuidado qualificado nos territórios, é um dos principais desafios para consolidação da Política de Saúde Mental no país.

2. RECONSTRUINDO A HISTÓRIA: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL TEIXEIRA BRANDÃO – HETB E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO CARMO

A história da psiquiatria no município do Carmo se inicia com a fundação da “Colônia de Psicopatas do

Carmo” em 1947, no governo de Eurico Gaspar Dutra, após a Segunda Guerra Mundial. Localizado numa Fazenda Centenária de Café há 8km do centro da cidade, passa a ser propriedade do Estado, a serviço da Segurança Pública. Não encontramos documentos históricos que possam precisar as razões pelas quais o governo do Estado transformou a Remonta da Cavalaria da Polícia Militar em um hospício, o mais provável é que o modelo de expansão das Colônias, no final da década de 1940, fizesse com que os militares desocupassem a fazenda.

Não há registros sobre a presença de autoridades carmenses e a reação da população frente à ameaça de conviver próximo a psicopatas em sua cidade, talvez, pela distância considerável da época. JAPUR (2021) fala do desconhecimento e do medo da população, por isso, as autoridades municipais, preocupadas com a opinião pública, não se envolveram. Entretanto, o hospício, sutilmente, passa a ser fonte de empoderamento de várias famílias carmenses. Muitos tiraram seu sustento e outros enriqueceram através das relações perversas que uma instituição asilar produz.

Em março de 2001, o HETB - Hospital Estadual Teixeira Brandão recebeu uma visita técnica da Secretaria

Estadual de Saúde, com uma equipe composta de técnicos de diversos departamentos da Superintendência de Serviços de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Carmo. Todos os setores do hospital foram avaliados: as condições técnicas e assistenciais apresentaram-se inadequadas, provocando a intervenção da Assessoria de Saúde Mental (RJ) e a proibição imediata das internações. Foi realizado um censo clínico dos 260 internos, indicando muitos pacientes sem referências familiares, há mais de 10 anos internados, sem qualquer tipo de renda, analfabetos, oriundos do Rio de Janeiro.

Após uma visita ao HETB, o Ministério Público de Tutela Coletiva abre uma Ação Civil Pública através de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado em 23/12/2002 notificando o Estado do Rio de Janeiro e a Prefeitura Municipal do Carmo a fazerem o Plano de Reorientação da Assistência aos pacientes do HETB com novas metas, responsabilidades e prazos com vistas à extinção gradativa do hospital. Concomitante a reorientação da assistência do HETB, inicia-se na cidade do Carmo a implantação da RAPS com a criação do CAPS Carmo em maio de 2001. O CAPS se apresenta como um dispositivo de cuidado voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico através do trabalho de

equipe multidisciplinar que constrói com o paciente o projeto terapêutico singular, visando sua produção social. Em 2004, iniciam-se a implantação dos quatro primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias para as pessoas egressas de longa internação, sem possibilidade de retorno ao lar.

Ao longo de oito anos foram implantadas 29 residências terapêuticas. O Centro de Convivência Paula Cerqueira surgiu como uma estratégia de inclusão social. A princípio foi alugado um imóvel no vilarejo Barra de São Francisco, localizado no mesmo bairro do hospital, era tímida a interação com a vizinhança. Logo, o Centro de Convivência foi alocado num galpão no centro da cidade, próximo ao CAPS. Havia atividades variadas como oficinas de música, artesanato, teatro, bazar, cinema, eventos como o clube do Lazer, Festa Junina, dentre outras. Em 2016, foi realocado para o Centro Cultural Jair Nunes Macuco, numa articulação intersetorial para promoção de uma agenda de atividades e eventos artísticos e culturais, desviando o foco do tratamento para a promoção de diversas formas de cuidado na sociedade, que transcenda os espaços tradicionais de cuidado em saúde.

3. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO NA CIDADE: REFLETINDO SOBRE OS CAMINHOS PERCORRIDOS E A SUSTENTAÇÃO DE UM SERVIÇO

A Portaria MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, descreve o Centro de Convivência como um dispositivo da Atenção Primária, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Porém, não possui uma política própria para sua sustentação enquanto dispositivo do SUS. Por isso, o Centro de Convivência Paula Cerqueira funciona através dos esforços da gestão municipal, estadual e da AUFASSAMC (Associação de Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental do Carmo), para sua existência e manutenção.

Atualmente, o município custeia o local e a infraestrutura, a AUFASSAMC custeia os oficineiros.

Em 2016, logo após uma crise econômica no país, era preciso reduzir gastos na gestão municipal, propomos deixar o galpão ao lado do CAPS, o que o assemelhava ser uma extensão do CAPS com suas oficinas

terapêuticas, numa tentativa de fazer da crise uma oportunidade de transformação. E transformar o Centro de Convivência em itinerante – para outros lugares da cidade. Numa conversa inicial com a Secretaria de Esportes e a Secretaria de Cultura, fomos visitar os espaços e negociar nossa permanência em novos locais de convivência na cidade. Fomos acolhidos pela Secretaria de Cultura numa parceria de ações culturais na comunidade, que cedeu uma sala e um depósito no Centro Cultural Jair Nunes Macuco.

A agenda cultural da cidade é produzida a partir dessa parceria, com atividades como Saraus, Seresta ao Luar, Desfile dos Blocos Carnavalescos, Festa Junina, Dia da Diversidade Cultural e Luta Antimanicomial, apresentação Teatral nas escolas municipais, participação nos eventos municipais e regionais de capoeira, além de ter sediado o VII Fórum Estadual dos Centros de Convivência do Rio de Janeiro. O Bloco Enlouquece Carmo, criado em 2015, faz parte da Liga Carnavalesca e da agenda oficial do Carnaval da cidade.

Entretanto, as dificuldades encontradas ainda são a maior adesão da comunidade local na construção diária do serviço, participando apenas de eventos pontuais. A maioria dos frequentadores do Centro de Convivência

provém das residências terapêuticas e CAPS, com um total de 107 usuários ativos.

Em 2021, na mudança de gestão municipal, sofremos com a tentativa de retirada do Centro de Convivência do Centro Cultural, foram muitos embates por não reconhecerem a importância do Centro de Convivência articulado com a Cultura. Resistimos, e permanecemos.

Em tempos de disseminação de ódio, de racismo e violência, lutamos para sustentar a convivência, um coletivo de pessoas que simplesmente querem estar juntas, produzindo formas saudáveis de estar no mundo. Você pensa que o isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19 nos impediu de convivermos? Durante a pandemia, as atividades do Centro de Convivência passaram a ser virtuais, com boa adesão dos usuários. Inventamos formas criativas de nos encontrar, mesmo que o relacionamento virtual não tenha cheiro, toque e calor, ele sustentou nossos encontros. Lançamos um desafio para os usuários e cuidadores como estratégia de enfrentamento do isolamento em que deveriam postar vídeos de atividades de entretenimento e lazer em suas casas. Os vídeos mais curtidos foram premiados pelos próprios seguidores. Fizemos parceria com a Escola

Técnica Isabel dos Santos (ETIS), recolhendo relatos de experiência de superação do isolamento e transformando essas histórias em quadrinhos.

O Centro de Convivência Paula Cerqueira produziu oficinas através dos canais digitais para usuários, cuidadores e população em geral. As oficinas se iniciaram de forma gravada, sem o retorno imediato de adesão dos usuários. Buscamos então, estratégias virtuais em que houvesse interação com os usuários. As experimentações com as oficinas foram crescendo, chegando à construção do “1º Arraiá Virtual” realizado em 11 de junho de 2020, por meio de uma grande mobilização de cuidadores, usuários e profissionais na ornamentação e confecção das comidas típicas. Teve muita música, quadrilha, contação de histórias.

Aderimos ao Projeto do Centro de Convivência Virtual da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com uma agenda semanal que oferecia atividades diversificadas, oportunizando a troca de vivências com pessoas de outros Centros de Convivência situados nos demais municípios do estado. Todo o cuidado disponibilizado só foi possível por contar com um coletivo de profissionais articulados com o objetivo único de enfrentar os desafios da pandemia

e do isolamento social, integrando ações de apoio e cuidado integral aos usuários e Comunidade.

A tempestade passou, amanhecemos com muita disposição para ocupar as ruas, praças, onde há vida e conviventes. O Bloco Enlouquece Carmo desfila até debaixo de chuva, os encontros regionais de capoeira registram a importância de nossas raízes ancestrais, a oficina de música resgata nossas memórias afetivas e reconstroem um passado esquecido...

Mas não podemos esquecer a Exposição de Arte Moderna, fazendo uma releitura das principais obras através de fotografias dos nossos usuários, ocasião que parou a praça. Emocionante é nosso artista plástico que, durante 30 anos, viveu enclausurado no hospício, transformar sua dor em arte e produzir suas mulheres nascidas da terra e assim denominadas, Cebolinha, Serralha, Salsinha, resgatando sua memória de produtor agrícola antes de ser sequestrado para o hospício. A arte, a cultura, a música, o teatro, a dança e a convivência são formas de cuidar da vida, de despatologizar nossas vivências sofridas e transformar a convivência em acolhimento e afeto. Afeto no sentido de se afetar pela dor do outro, pela sua queixa e transformar dor em produção de novas formas de estar na vida. A cura pode estar num

abraço, numa escuta, na importância de se sentir fazendo parte daquele grupo. Por isso, O Centro de Convivência é um dispositivo de saúde, de cuidado, aberto, comunitário e territorial e convoca toda a comunidade para conviver.

Em 2021, inauguramos uma Tenda Cultural da Liberdade na Praça Getúlio Vargas, no centro da cidade, abrigando várias iniciativas esportivas, educacionais, de saúde, lazer, religiosas e culturais.

O Centro de Convivência Paula Cerqueira atua como uma Agenda diversificada de oficinas e eventos pela cidade, além, de parcerias que enriquecem o trabalho intersetorial e comunitário:

- a) **Oficina de Capoeira:** objetiva resgatar as vivências culturais que constituíram nosso povo em suas raízes ancestrais, compreender e explicar a origem e as transformações históricas da capoeira, significado cultural e filosófico da capoeira, os elementos técnicos e táticos básicos da capoeira, conhecer e realizar exercícios preparatórios para a prática da capoeira, com apresentações na Tenda Cultural da Liberdade e em eventos regionais.

- b) Oficina de Teatro e Dança:** os participantes constroem peças, levando em consideração aspectos da vida e suas memórias afetivas numa tentativa de dar sentido a sua existência na cidade. O Teatro exige a presença da pessoa de forma inteira, completa e, assim, incluímos a fala, o corpo, o raciocínio e a emoção. Sendo o seu fundamento a experiência de vida, as ideias, os conhecimentos, os aspectos cognitivos e subjetivos. Os objetivos são adquirir habilidades e preparo corporal, básicos para a criação e interpretação. A dança é uma forma de expressão corporal, através de atividades grupais, da encenação, contemplação e vivência. Por meio de coreografias, eles aprendem a interpretar gestos e a conhecer diferentes ritmos. Dançar, além de ser extremamente divertido, traz benefícios físicos e mentais que vão desde ficar mais em forma até o aumento da consciência corporal e da autoestima. Suas apresentações acontecem em praças, teatros, escolas e outros locais abertos à população.
- c) Oficina de Danças Tradicionais:** tem como objetivo principal a promoção do bem-estar físico, emocional e social dos participantes, utilizando

diversas formas de danças tradicionais e contemporâneas do Brasil, como samba, forró, funk e outras manifestações culturais, como ferramentas terapêuticas para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Dentre os objetivos específicos estão: promover a atividade física, melhorando a coordenação motora, a flexibilidade, o equilíbrio e a resistência dos participantes; proporcionar momentos de alegria e descontração, auxiliando na redução do estresse e da ansiedade, além de melhorar a autoestima e a autoconfiança; facilitar a socialização e a criação de vínculos, promovendo um ambiente de convivência mais harmonioso e acolhedor; difundir e valorizar a cultura brasileira, oferecendo aos participantes a oportunidade de conhecer e vivenciar diversas formas de expressão cultural; organizar e ensaiar coreografias específicas para apresentações públicas, escolhendo locais estratégicos na cidade que possam maximizar o impacto social e cultural das performances. As apresentações públicas contribuem para a inclusão social, promovendo a interação com a comunidade local e aumentando a visibilidade das atividades do Centro de

Convivência. Essas apresentações ajudam a fortalecer o reconhecimento e a valorização da cultura brasileira na cidade.

d) Oficina de Música: memórias afetivas através da música, na reconstrução da sua história de vida, transformando e valorizando sua forma de estar no mundo, com apresentações em vários eventos da cidade.

e) Oficina de artesanato com material reciclado: Aliar artesanato à conscientização ambiental é uma forma eficaz de envolver a comunidade e tornar interativos os esforços para conservação dos recursos naturais. O artesanato tem como característica principal a produção manual de objetos e artefatos predominantemente utilitários. Esses produtos são únicos e contém marcas de uma cultura determinada, atestando a ligação do homem com o meio social em que vive. Criar peças artísticas a partir de materiais que iriam para o lixo é uma prática que pode oferecer oportunidade para geração de renda. Garrafas “pet”, latas de alumínio e de aço, jornais, recipientes de vidro, coadores de papel, lacres de alumínio, embalagens de papelão e “tetra-pac” assim como inúmeros outros materiais

podem ser aplicados, com baixo custo e resultados surpreendentes, transformando o que era visto como “lixo” em peças de decoração e utilidade doméstica, exposição dos trabalhos, entre outros. Além disso, contribui para marcar a cultura local e a geração de renda. As peças e obras são expostas em eventos culturais como a Feira do Artesão e Feira Livre na Praça.

- f) **Oficinas Temáticas:** são oficinas que exploram temas tradicionais de nossa cultura através do convite da comunidade para capacitação e produção de produtos que possam gerar renda.
- g) **Sarau:** acontece mensalmente no Espaço Cultural Café Concerto, onde diversos artistas se apresentam com suas poesias, contos, música e outras expressões de arte. Promovido pelo Centro Cultural Jair Nunes Macuco tem a parceria do Centro de Convivência Paula Cerqueira.
- h) **Seresta ao luar:** Promovido pelo Centro Cultural Jair Nunes Macuco, tem a parceria do Centro de Convivência Paula Cerqueira, em que diversos seresteiros da cidade saem com suas violas em noite de Lua Cheia do Café Concerto em direção à Praça Principal da cidade.

- i) **Bloco Enlouquece Carmo:** Participação Oficial do Centro de Convivência na Liga dos Blocos Carnavalescos do Carmo e desfile carnavalesco com os tradicionais abadá's, trio elétrico, muita diversão e dança, além da confecção de fantasias e enfeites carnavalescos e a atuação no desfile.
- j) **Tenda Cultural da Liberdade:** Implantação de uma tenda na praça principal da cidade como ponto de apresentação artística, cultural, geração de renda através da Feira Livre, além de parceria de diversos setores na promoção de eventos na tenda como Torneio de Xadrez, rodas de capoeira, apresentação de danças folclóricas, campanhas de vacinação, eventos da saúde, assistência social, entre outros.

4. A CONSTRUÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE CONVIVÊNCIAS: ALGUMAS NARRATIVAS, VIVÊNCIAS E SABERES QUE EMERGEM DESSA EXPERIÊNCIA

Catarina Guida, terapeuta ocupacional e coordenadora, foi convidada a levar suas oficinas desenvolvidas no Hospital Estadual Teixeira Brandão

para um espaço alugado para o Centro de Convivência Paula Cerqueira. O objetivo era promover ações com os internos fora dos domínios do hospício e promover uma interlocução com a comunidade local, vizinha do manicômio, como afirma Catarina: *“a gente tinha algumas dificuldades para levar os usuários, às vezes não tinha carro, mas aí eu juntava o grupo. E lá a gente fazia artesanato, fazia decupagem com eles, caixinhas. A gente depois fez uma exposição no Rio e levou o material que eles fizeram”*.

Em 2004, com a vinda das primeiras residências terapêuticas para a cidade, foi alugado um galpão no centro, pois, o acesso à Barra de São Francisco era difícil: *“De qualquer maneira, ali na estrada, eles não tinham contato com outras pessoas. Aí eu fui convidada para coordenar o Centro de Convivência. Aí a gente começou a montagem, pintamos os móveis, e começamos a receber os usuários de residência e era aberto a toda a comunidade. Mas, a frequência maior era dos usuários de residência.”* Catarina conta, ainda, que as primeiras oficinas foram de tapeçaria, pintura em tecido, decupagem, confecção de velas, sabonetes, confecções de bolsas, Bazar Brega e Chique. O usuário colocava a barraquinha na rua e vendia os produtos confeccionados.

Além disso, foi criado o Clube de Lazer para promover passeios pela cidade e região. Catarina conta a experiência de realizar o primeiro passeio para a praia: *“uma coisa que mexeu muito, a organização dessa primeira viagem, daquelas pessoas que nunca saíram do Teixeira Brandão e a gente resolveu... levar numa viagem, ficaram dois dias fora e filmamos tudo.”*

Ela também conta que os levava para participar do Desfile do Bloco Maluco Beleza, dos internos da Clínica Santa Lúcia (recentemente desativado), em Nova Friburgo e Bloco Catinga de Mijo, em Carmo, quando em 2014, criamos o Bloco Enlouquece Carmo. Aicineira Ângela Câmara, primeira icineira do Centro de Convivência, confeccionava as fantasias e bonecos gigantes. Hoje o Bloco Enlouquece Carmo abre o Carnaval da cidade, com grande participação da comunidade.

Catarina relembra um momento marcante nessa história, quando organizaram uma Exposição intitulada “Da Colônia à Cidade” para marcar os 10 anos do fechamento do HETB e implantação das primeiras residências terapêuticas em Carmo: *“eu acho que a gente reviveu tudo, trouxemos prontuários, e foi uma lembrança de tudo que a gente viveu lá no hospital.”* Assim surgiu o Acervo do Livramento, a partir do recolhimento de todo o

material que recorda a história da desinstitucionalização em Carmo/RJ, na antiga sede do HETB. Cada trabalho, cada nova exposição, são elementos novos para o Acervo, como a Exposição da Releitura da Semana de Arte Moderna, em 2022, em comemoração aos 100 anos.

Catarina relembra algumas pessoas que passaram pelo Centro de Convivência, como Maria, que dizia: *“Cacarina (Catarina), você tem ciúmes da Anja (Ângela), ela era muito presente na vida da gente”*. *“O Carlos José, que agora, no momento, está se dedicando a um namoro, não tem participado tanto do Centro de Convivência, mas ele também era muito importante em tudo que a gente fazia. Ele estava junto, criando a festa junina, fazia os balões de todo o evento.”*

Outra personagem que construiu memórias importantes foi Marina, que começou um trabalho voluntário na Oficina de Música. A equipe conheceu Marina cantando na igreja e convidou para fazer a oficina de música. Catarina traz a memória da importância de Marina nesse processo: *“os usuários se sentavam do lado dela e ela dizia: ‘podem cantar!’*. *E eles são apaixonados por ela até hoje. De vez em quando perguntam, ‘quando você vai lá tocar?’*. *E nas apresentações também que a gente faz todo ano na cidade, que é a padroeira da Nossa*

Senhora do Carmo. Ela sempre esteve junto com eles, ela tocava, ensaiava alguma apresentação, uma pessoa muito carinhosa e que fez um vínculo enorme com eles da oficina de música. Eu fico pensando porque eu sempre trabalhei com usuário preso, né? Assim, dentro de um hospital, sem muita convivência com o social. Até hoje em dia, a gente vive uma solidão generalizada e para o usuário, mais difícil ainda. Você ter um espaço para você sair, uma companhia para ir ao cinema, para ir a uma festa, né? Eu acho que o Centro de Convivência proporciona esse novo momento, porque é um lugar da saúde, que ninguém está em tratamento. Você está aqui para um lazer, para um momento alegre com outra pessoa, uma convivência com a cultura, com o social, coisa que eles não tinham e é uma oportunidade de ter, porque é muito difícil para a pessoa, mesmo que frequente o CAPS, e aí depois vai para casa, às vezes não tem contato, alguém para conversar. Então, o Centro de Convivência pode proporcionar o cinema, o teatro, uma festa na praça. Esses anos todos acompanhando, a gente percebe mudanças enormes em cada um deles, mesmo que às vezes não verbaliza, mas pela expressão, pelo olhar, pela atitude, pelo jeito.”

Catarina relembra quando Mestre Costelinha foi oferecer sua Oficina de Capoeira: “realmente eu acho ele

um mestre, entendeu? Porque o Costelinha não pensa que tem alguma dificuldade, ele fala com eles, assim, vocês vão fazer isso, cada um faz dentro do que consegue. O usuário Paulo César, psicótico grave, fazia perfeito, parecia que era capoeirista a vida inteira. Tem o Sr. Edmar, ele ama capoeira. Eu acho que aquilo mexeu com ele. Então, a gente acabou formando um grupo bom de capoeira.”

Catarina conta como o trabalho do grupo de capoeira se expandiu na região, pois, são convidados para os encontros regionais e quantas pessoas desejam criar grupos como este. *“Como são reconhecidos por onde passam... O Centro de Convivência é um lugar de produção, transforma nossos usuários em protagonistas, através da dança, teatro, música, capoeira.”*

Ângela Câmara, primeira oficineira do Centro de Convivência, conta que começou uma oficina de confecção de doces caseiros: *“A gente fazia doce de mamão, doce de leite. E aí a gente saía, pegava o Paulo César, outros mais, botava os doces na cestinha, ia para o bairro vender. Em seguida, o Centro de Convivência veio para o centro da cidade. Aí começamos no Galpão, (...) lá nós tínhamos várias atividades. Tínhamos tapete confeccionado de tear, tapetes em retalhos, venda de*

bazar com roupas usadas. Esse bazar a gente usava o dinheiro para comprar material mesmo, para fazer oficinas, fazia pintura de tecido, cesto de jornais, pintura em tela, desenhos livres em tecido, várias coisas. Começou a frequentar o Carlos José, o Patrício, a Maria, que é da comunidade, a Fabiana, teve internada um período, aí depois disso ela veio de lá querendo que chamassem ela de Carol. Então, eu a conheço por Carol, porque se chamasse ela de Fabiana, ela brigava com a gente. E nisso, o Carlos, sempre bem participativo em todas as atividades, começou a namorar a Fabiana. E esse namoro dura até hoje. Hoje a Fabiana não frequenta mais porque está acamada. Maria tinha um vocabulário próprio, ela criava palavras. Sr. Antônio Nunes, aquele velhinho que conhecia todos os autores e inventores: ‘Seu Antônio, quem é que criou a lâmpada?’. Ele sabia. Então, ele tinha uma memória boa. José Alves, escultor, passou a frequentar o Centro de Convivência logo que veio para a cidade. José Alves é o nosso ex-interno do Teixeira Brandão e hoje é um morador de residência terapêutica: E aí eu fiquei sabendo que ele já mexia com argila, porque ele fabricava tijolos no hospital. E ele trabalhava na olaria e pegava aquele barro, argila, e começava a modelar. Nisso... Eu fiquei pensando: ‘como é que nós vamos

trabalhar com o Sr. José?’. Porque lá ele já pegava a argila pronta, porque a argila é um processo que tem que bater o barro, aquela coisa toda. Mas aí nós desenvolvemos um trabalho aqui de uma técnica de barro com um pouquinho de cimento e deu certo. E aí hoje a gente trabalha assim com ele, que é misturar o barro com o cimento, água, amassa bem. Hoje eu até ajudo ele a amassar, porque ele já está bem idoso e não aguenta muito. E as esculturas dele são sempre bustos de mulheres. Ele usa bolas de vidro para os olhos. A matéria-prima é a terra. Ele devolve essa homenagem para ela. Ele presta homenagem, colocando o nome das esculturas de jiló, batatinha, cebolinha, etc. E essas esculturas estão lá no Acervo do Livramento, para visitação.”

Das pessoas que marcaram a vida da Ângela, ela traz a figura da Maria:

“Então, um belo dia, eu me visto de Papai Noel, e aí, época de Natal, eu falei pra ela que o Papai Noel, talvez, fosse na casa dela, nesse dia. Aí ela ficou em d vida. E aí começamos aquele negócio, o dia todo se lembrando do Papai Noel. Mas será mesmo que o Papai Noel iria? Não   possível. Papai Noel, eu estou querendo ganhar meu carro zero. E o Papai Noel não traz para mim. Aquele negócio todo. Aí, eu combinei com a família dela.

E aí o Papai Noel chegou na casa dela por volta de seis, seis e meia da noite, e entregou pra ela a boneca. Boneca novinha na caixa. E aí pegou aquela boneca, botou no colo, ela criou uma história: ‘Eu vou falar isso pra Anja, Anja não acreditou, o Papai Noel veio aqui, entregou a boneca pra mim, eu vou falar isso pra Anja’. E quando foi na segunda-feira, ela me contou como foi a chegada do Papai Noel lá, sabe? Ela começou a carregar a boneca em todos os lugares que ela ia. Era filha dela. Ela reclamou comigo que a boneca estava ficando muito pesada, a Natália, o nome da boneca: ‘A Natália está ficando pesada, Anja’. Aí no Natal seguinte, o Papai Noel já deu a ela um carrinho novinho, de criança mesmo, que aí ela carregava a Natália de carrinho. Só que nós mudamos para cima, que era a ladeira, não tinha como trazer o carrinho, e ela já foi ficando mais idosa, aí ela foi deixando o carrinho e trazendo a boneca só. Mas teve dias de deixar a boneca em casa de castigo, porque a boneca estava subindo na geladeira. Estava até nascendo dente. Ela passou na rua, a Natália viu um vestido. E a Maria falou: ‘esse vestido é lindo, Natália’. Aí a Natália falou assim: ‘não, é muito comprido, eu não vou querer’. O vestido estava muito comprido na visão da Natália. Então, a Maria ficou muito aborrecida com isso, porque a Natália não gostou do

vestido. Sempre contava uma história, ela criava histórias em cima da Natália, como se fosse uma criança. Em determinado dia, ela falou que a minha neta foi parar lá na casa dela para brincar com a Natália. E que eu nem vi que ela saiu à noite. A Maria foi uma figura bem marcante por essas histórias que ela contava...”

Ângela lembra do primeiro passeio dos usuários do Centro de Convivência para Rio das Ostras.

“Catarina arrumou com a irmã dela o apartamento. E lá ela arrumou tudo direitinho para a gente, colchonete, nós levamos só roupa de cama. E na hora de dormir, todos arrumaram a cama deles, tudo direitinho. Fizemos lanche à noite, todos ajudaram. Mas durante o dia, quando chegamos à praia, é que foi legal. Porque muitos não conheciam a água do mar, que era salgada. Mas aí nós chegamos na praia e muitos nunca tinham visto o mar. Quando viram aquele monte de água, ficaram encantados e quiseram ir lá, aí nós falamos que a água era salgada. E aí alguns até colocaram a mão na água e levaram a boca para se certificar que era realmente salgada. Foi um passeio muito prazeroso. E o passeio de helicóptero também fizemos, fomos ao Cristo Redentor, Pão de Açúcar, Zoológico, Quinta da Boa Vista, o museu, parque

aquático. E esse Clube do Lazer a gente faz até hoje. Eles participam muito.”

Ângela conta que lidar com a Saúde Mental lhe ensinou a entender o outro, a aceitar como uma pessoa realmente é: *“é isso aí, saber enxergar o outro e entender, fica fazendo parte mesmo da vida da gente”*.

Recentemente o Centro de Convivência Paula Cerqueira recebeu Arianna, graduada em dança, que ministra a oficina de danças tradicionais brasileiras. Arianna conta que se encanta com a dedicação, desenvoltura de Aldo pela dança, não há dificuldade para ele: *“Ele, ‘vamos, vamos dançar. Você tem roupa de quadrilha quadriculada? Tem, se não tiver, eu vejo com a minha cuidadora, a gente arruma’. Então, pra ele, tudo já tem uma solução ali, não tem, ah, não vai dar, não tem como eu resolver isso. Bira é um também que é super dedicado.”*

Conta que precisa lidar com o inesperado e está tudo bem: *“vamos mudar a estratégia da aula, vamos todo mundo correr, o pique tá com fulano de tal, porque é uma forma de estar aprendendo, né? Pra não ter que dizer assim, ‘ah, Luciana, vamos parar de correr’. Então é aproveitar desses gatilhos, dessas deixas deles e dar*

continuidade a outro processo. Igual a questão da Julie: adora funk, mas quando já vem um público a mais, o Bira, o Lúcio, eu sei que não cresceram com aquilo. Então, aí ela fica me cobrando. ‘Ah, tia, não vai ter funk, não’. Então, pra também não perder, falo assim, ‘no finalzinho a gente coloca umas três músicas’. ‘Você deixa eu escolher?’ ‘Deixo’. Então, essa coisa de chegar, aproximar, porque eu acho interessante esse contato, essa troca do professor e o aluno. Não só eu ali jogando. Ela mesma é uma, assim, ‘Julie, eu vou soltar uma música, você puxa os passos’. Ela vai e faz. Carlos Eduardo é um que adora copiar ela. Ele se acaba. Fica rindo, mas vai atrás e... eles gostam de chegar e contar um pouco da vida, conta que os usuários tem um carinho, preocupam-se com nossa ausência.”

Arianna expressa o prazer de estar aqui, não sente como obrigação do trabalho *“tem esse cuidado deles com a gente, assim como a gente também com eles”*. Conta que esse carinho irradia para a vida, levando os bordões do Centro de Convivência para as conversas de casa: *“aí eu chego em casa e brincamos com os bordões, Bruninho é bonzinho? Né? Etc. Estar neste lugar é uma troca: eu me considero uma pessoa muito paciente, mas, cada vez mais, o Lúcio e a Luciana começam a correr dentro da sala de aula se é qualquer pessoa, vai querer dar um grito com*

eles, então, é o momento deles, então é ter essa paciência, ter o cuidado de como contornar essa situação. Uma característica minha é sempre trabalhar com um improviso, então isso tem me ajudado cada vez mais, e cada aula é uma experiência, uma coisa nova que eu aprendo. Seja com as meninas mais novas, a Júlia, a Carla, com os mais velhos também. Eu os deixo à vontade. Vamos escolher uma música aqui. Aí eu lembro quando vinha, né? O Manu, por exemplo, tem dificuldade para andar e ficar em pé. Então, quando o Manu vem, aí eu gosto de colocar as cadeiras, de fazer uma aula sentada, já focando em movimento de braços e pernas. Então, essas estratégias têm mudado muito. E aí, o que eu tirando daqui, não fica só aqui, aplico nas minhas turmas fora, assim como no meu pessoal, no convívio, no dia a dia.”

Marcos, o Mestre Costelinha, conta como conheceu o Centro de Convivência em 2015, e fez uma aula experimental e “*ela dura até hoje, trabalhei seis anos com deficientes físicos, mas com essa galera aqui foi outra experiência, porque são pessoas que ensinam coisas novas para a gente. Eu cheguei a ensinar alguma coisa, eu estou aprendendo muita coisa com eles. Nesse tempo eu aprendi a ser um ser humano melhor. Ver a vida com outros olhos, passar a entender as pessoas melhor,*

porque às vezes a gente olhava as pessoas com outros olhos, hoje a gente vê com um olhar totalmente diferente do que eu vi uns seis anos atrás. Porque às vezes a gente costuma falar, reclamar muito da vida, e tem pessoas com mais dificuldade que a gente, tem muita coisa a oferecer, e às vezes a gente deixa passar despercebido. Isso eu aprendi no Centro de Convivência. Cada dia você tinha que trazer coisas novas e levava coisas novas para casa, para o nosso dia a dia. Porque, de momento, você faz um trabalho que é abençoado por Deus, e de coração, chegar ao final do trabalho, você ser recompensado com o abraço das pessoas, eu acho que não tem dinheiro que pague esse sentimento.”

Conta que morava na roça, há uns 10km da cidade, só conseguia treinar aos sábados, porque terminava o trabalho na roça às 10h, pegava a bicicleta e corria para a aula. Conta que seu professor conseguiu lapidar uns 40 alunos que hoje são chefes de família, pessoas valorizadas na cidade.

Descreve sua oficina: “a nossa oficina em Capoeira, a gente busca trabalhar muito a coordenação motora dos alunos. Aqui no Centro de Convivência, eu pude observar que eles conseguiram se adaptar muito rápido. Então, eles evoluíram muito rápido. Eu dava

sempre o exemplo do Paulo César, que eu atingi meu auge como ser humano e como capoeirista, porque pelo que me falaram na época, o problema dele da casa, o mais sério era o dele, tinha problema de agressão, de ficar muito agitado e na capoeira ele chegou. Ele conseguiu pegar as coisas muito rápido, tinha um carinho diferenciado com os colegas dele, ele ensinava, chegava, te dava um abraço. Então, ele foi o auge da minha vida e das minhas oficinas. Pena que ele não está aqui hoje para poder mostrar para a galera.”

Mestre Costelinha conta que não percebia sua deficiência: “*eu não consegui perceber essa deficiência dele, de ser um pouco agressivo quando estava muito atacado, muito nervoso, ele nunca passou isso para mim. Eu olhava para ele e não conseguia ver ele como uma pessoa agressiva. Não, não conseguia ver. Às vezes, quando ele me abraçava, eu sentia que o coração dele estava acelerado, tinha muito carinhoso, cuidado. Cuidava dos colegas dele, até na hora de entrar na roda, pegava a mão dos colegas dele, vamos gingar, eu chegava, botava, você é minha base, ele era o primeiro da fila, ginga aí, xará, aí ele gingava, ensinava os outros colegas, então, para mim, ali foi o auge da minha vida ali, como ser humano, como capoeirista, graças a Deus, que Deus me deu vida e*

saúde, poder presenciar algo dessa forma, dessa natureza.”

Mestre Costelinha se recorda das viagens: *“quando começamos a viajar... e ver como essa galera tem para oferecer para as pessoas de fora, chegar lá e dar o show deles, de pessoas chorarem com a presença deles, depois no final agradecer e ver que eles conseguiram evoluir muito”*. Mestre Costelinha tem um manejo muito singular, relação de respeito com seus usuários: *“eu me considero um cara meio rústico, eu trato com muita disciplina, mas tem o momento do carinho, tento não deixar ninguém constrangido, com o tempo fui aprendendo como lidar com as pessoas. Então eu tento passar pra eles, não tem diferença ali. Igual eu falo pros meus alunos, aqui, não vê diferença. Ah, vamos, se tem que gingar, vai gingar todo mundo junto, vai fazer todo mundo junto. Não posso simplesmente tratar um de uma forma e outro, acho que seria desigual ou desumano com os outros, né?”*

Conta, ainda, que demorou muito a perceber a potência dos encontros de capoeira, das viagens e trocas entre os diversos grupos da região: *“começamos com uma brincadeira, eu falei com um amigo que eu ia levar, vou levar meus alunos lá no seu evento. Quando chegou, ele chorou, chorou... Eu nunca tinha visto, nunca presenciei,*

chorou, me agradeceu tanto, tanto, tanto... Começou tarde demais, acho que começou muito tarde, poderia ter começado bem lá atrás, até falo com meus alunos, poderia ter aproveitado mais. Nós estamos colhendo fruto, porque deu visibilidade para nosso trabalho. Estamos servindo de espelho para alguns grupos da região serrana, como exemplo a Prefeitura de Cordeiro, eles estão tentando fazer o mesmo projeto da capoeira lá com pessoas assim. E a gente hoje conseguiu entrar também na APAE, que é um lugar bem restrito, conseguimos levar a galera da capoeira lá, conseguimos trazer essa galera aqui também então o leque nosso hoje tá enorme, né? Só poderia ter aproveitado mais tempo mesmo, mas foi no tempo certo.”

Mestre Costelinha conta como o Centro de Convivência transformou a sua vida: *“a vida melhorou muito, hoje eu não consigo ficar nervoso com muitas coisas, estou mais paciente. A minha esposa sempre fala que depois que comecei o trabalho de capoeira, minha vida melhorou. Eu virei um bom amigo, fiquei mais reservado com as minhas coisas, com as pessoas que eu convivo, falo com todo mundo, com qualquer um, abraço um mendigo, mas simplesmente fiquei um pouco mais reservado. Então isso mudou muito. No início eu tive que me lapidar muito, não foi fácil me lapidar até chegar a certa*

postura, né? De falar com as pessoas, havia meio uma grosseria em algumas pessoas, tinha que passar a ser isso. O que eu encontrei aqui dentro foi totalmente diferente dos outros trabalhos que eu já tinha feito na minha vida. Aí consegui levar isso pra dentro da minha casa, minha esposa sempre fala, Santa Capoeira, Santa Capoeira. Nunca fui pessoa de agredir ninguém, nunca fui pessoa de desrespeitar ninguém, mas hoje eu estou mais paciente com as coisas. Ela fala que hoje eu sou mais companheiro, graças a Deus, através da terapia e da convivência, porque eu venho para dar minha aula, quando eu saio na porta, a minha vontade é dar um grito. Não é grito de tristeza, não. É simplesmente um grito de alegria que eu consegui fazer algo perfeito naquele dia. Poxa vida, eu levantei e consegui fazer algo perfeito, acrescentar alguma coisa na vida de alguém. Então, pra mim, mudou muito. Não falo de valores, nunca falei de valores de dinheiro, tô falando de valor sentimental mesmo, de você ver as pessoas.”

Traz o relato da vivência com um adolescente que vivia num abrigo, Mestre Costelinha o pegava no abrigo e o levava para as aulas de capoeira e sempre pedia: “ ‘mas me adota?’. ‘Pô, meu filho, não tem como eu te adotar porque eu não tenho casa. Vamos fazer o seguinte, eu vou

te pegar lá no abrigo, te levo pra capoeira e te deixo em casa de novo'. Aí com isso nós ficamos muito tempo, 12 anos, 13 anos juntos, eu fazendo esse percurso com ele. E a última adoção dele, ele fugiu de casa. Fugiu de casa, já a mãe dele não queria que ele tivesse amigos. E ele sempre travado ali, falou que tinha medo de cair pro lado errado, mas, ele simplesmente se tornou uma pessoa boa, trabalha muito, muito, trabalha muito. É carinhoso, onde me vê ele me abraça, pode estar com quem for, vem e me abraça. Fala que eu sou o pai dele. Ele ainda me cobrou, falou assim, 'agora você pode me adotar você já tem tua casa?'. 'Poxa vida, meu filho, mas você já tem tua família, cara'. Quando ele fugiu de casa, na véspera do evento Capoeira, a mãe dele foi na delegacia, declarou no Boletim de Ocorrência que eu incentivei o filho dela a fugir de casa. Falei, 'não, não vai ter evento mais não, o evento acabou. Temos que procurar o Mateus'. Aí conseguimos localizar, ele estava na casa da mãe biológica. Ele falou que só queria falar se fosse comigo. Falei, 'beleza, não vai ter evento de capoeira não, vou lá conversar com ele, o evento vai acabar agora'. Ele era agredido pela mãe. O menino já com as ideias formadas, já com as posturas maneiras, batia muito nele, batia na cara dele. Tudo o levou a fugir de casa. Às vezes batia no rosto dele,

quebrou o celular dele, espancava ele. E o jeito que você está fazendo, daqui a pouco ele vai explodir. Aí ele explodiu, fugiu de casa, não voltou mais. Ele falou: ‘tio, não volto mais para casa não’. ‘O que é que você vai fazer da sua vida?’. ‘Vou trabalhar. Sabe com quem eu aprendi isso? Com o senhor, vou trabalhar, não desrespeito ninguém, trato todo mundo com o maior carinho, vou trabalhar, conquistar minhas coisas’, foi o que ele fez. Trabalha muito, trabalha na lanchonete, padaria, já fez de tudo. Tem dois filhos, montou uma família, graças a Deus, e não deu errado na vida dele. Às vezes, quanto eu falo, se tivesse o Centro de Convivência naquela época, poxa vida, tinha feito a diferença de muitas vidas, de muitos jovens mesmo. É bonito, né? O Centro de Convivência não pode parar não.”

“O projeto hoje é manter nosso trabalho aqui no Centro de Convivência por muitos, muitos anos, enquanto Deus estiver dando vida e saúde para a gente, não falo de valores, acho que valores para mim entraria em último lugar, mas sim de ajudar as pessoas a viverem em sociedade.”

Conta que montou um trabalho voluntário em Córrego da Prata, vilarejo na zona rural do Carmo, “pra tentar trazer essa galera pra sociedade, que às vezes fica

um pouco esquecido. Todas as pessoas que pudessem ter a oportunidade de vir aqui participar do Centro de Convivência, eles iam aprender muito a ser pessoas melhores. Aqui não tem diferença de cor, não tem diferença de dinheiro, não tem diferença de classe, não tem nada. Aqui são todos iguais. É um momento bom, o único que a gente tem que aproveitar das nossas vidas.”

Paulinho participa da Oficina de Capoeira, e é aluno do Mestre Costelinha: *“meu apelido é Enguiçado, já é um apelido antigo. Eu sou carmense, mas fiquei no Rio 48 anos, voltei para o Carmo agora. Com 70 anos eu voltei pra cidade do Carmo”*. Conta que conheceu o Mestre Costelinha num encontro em Macuco (RJ). Ele mandou Paulinho entrar na roda: *“Eu falei, não tem como, 70 anos, como eu vou entrar na roda de capoeira? O pessoal tudo dando pernada lá, mestre contra mestre, os alunos todos treinados”*. Chamou para participar do Projeto no Bairro Santo Antônio: *“já fui pegando uma ginga mais ou menos, fui ficando”*. Até que Mestre Costelinha chama-o para dar uma oficina no Centro de Convivência. Fala que chegou tremendo, nervoso. Já no terceiro treino, encontrou alguns usuários do CAPS que sabiam jogar capoeira e foi um desafio: *“como é que eu vou estar aqui dando instrução pra esses caras? Aí eu falei, de qualquer maneira, eu estou*

aqui fazendo a vez do Mestre Costela, eu vou ter que arrumar um jeito de botar eles para jogarem. E mestre Costelinha falou 'na minha ausência, você é o professor'. É uma coisa que transformou a minha vida. Esse homem que está aí, o mestre Costela, transformou a minha vida. Porque eu sempre fui um cara meio assim, explosivo. Só pensava que tudo tinha que ser do meu jeito, tinha que todo mundo viver do jeito que eu era. E aqui o Centro de Convivência deu para mim entender que a vida... Não é desse jeito a vida, é a gente conviver com outras pessoas, que você vai aprender a viver com eles. As minhas irmãs, minhas primas, meus primos lá no Rio, meus filhos, aí falam, 'pai, você está outra pessoa. Hoje você escuta o que a gente fala com você e ouve como que é o mundo'. A minha esposa fala assim, 'você agora não deixa mais o Centro de Convivência'. É que eu gosto muito de viver com essa turma. É uma turma que eu sei viver junto com eles. Porque quando eu era garoto aqui, existia a Colônia. Na época era garoto, eu trabalhava para esses lados aí, com o pessoal roçando pasto. Eu era um garoto que tinha que trabalhar para ajudar meu pai, então eu ficava levando água para o pessoal roçando pasto, e encontrava os pacientes no meio do mato. E falavam, 'cuidado, Paulinho, porque lá mato tem o maluco da Colônia. Aí no meio desse

mato aí'. Eu, ontem, garoto, vivendo com esses caras, com medo deles, hoje convivendo com eles aqui, e eles me tratando como se fossem família. Eu, família deles, e eles, minha família. No dia que eu chego aqui na frente do mestre Costela, quem vai ficar aqui hoje? É você ou o mestre Costela? O mestre Costela vai vir aí. Eu nunca falo que ele não vem. Ele vem aí, mas quem vai começar o treino hoje sou eu. Eu sinto como se fosse a minha casa. Conviver com essas pessoas. Elas te abraçam, conversam, a gente sai para viajar. Eu me sinto orgulhoso de estar aí e agradeço muito ao mestre Costela."

Carla Laroca,icineira de Teatro e Dança, diz que logo no primeiro encontro sentiu-se transformada: *"porque as pessoas chegam cheias de estereótipo do doido, e quando você conhece a pessoa, a relação te transforma. E a minha primeira aula, o que eu quis saber foi realmente quem são. O que eles gostavam de fazer? O que era importante na vida deles? Quais eram as lembranças? Até porque o meu primeiro teatro foi em cima do que eles pensavam, do que eles eram. Então, eu tinha o Luiz Carlos, que era apaixonado no Roberto Carlos e nas músicas, ele se sentia. Quando ele foi ser apresentado a mim, ele falou assim: 'Oi, eu sou Roberto Carlos'. Falei: 'Nossa, que legal, adoro você, Roberto Carlos'. E fomos*

assim, traçando essa nossa conversa, essa nossa amizade, porque agora já é uma amizade para mim. E teve a Maria também. Que é assim, falar da Maria é um encanto, né? É uma coisa assim, iluminada, com aquela simplicidade dela, né? E ela conseguir ensinar tanto, né? A Maria, com as suas palavras, que eu falava assim, a gente tem que fazer um dicionário dessas palavras, né? A gente tem que criar alguma coisa da Maria. E a Maria contando como é que foi a vida dela. Eu gravei a voz da Maria no primeiro teatro, porque como ia ser na praça, teria que ser gravado. E ela contando o que ela fazia, ela mostrando o quanto ela gostava de se arrumar, de pulseiras, né? E, ao mesmo tempo, contando da vida dela através de uma boneca que ela tinha, que era a Natália, que era a filha dela. Uma filha que ela teve e que se perdeu na cabeça dela, mas que se transformou na Natália, uma boneca que ela levou até a morte, infelizmente. Mas, assim, ela trazia muita pureza. E o bom dela era ver a amizade que ela tinha com eles todos. Ela era incapaz de chegar de manhã sem um pedaço de pão, sem um pedaço de salgadinho, ela passava na padaria, aí ela trazia alguma coisa e dividia um pedaço para cada um. Eu ficava olhando e falei, ‘ah, eu não vou ganhar?’. ‘Não, primeiro eles’. Aí eu falei, ‘ah, está vendo, né? Eu não ganho

nunca'. Ela ria, dava uma gargalhada. E foi o que me trouxe para esse mundo que eu acho fantástico. Eu acho muito legal você os ver se transformando e a alegria deles, né? Nós criamos um elo de confiança muito grande, que é tão grande que às vezes eu quero que eles façam as coisas sozinhos e eles ficam olhando para mim, tipo assim, e aí, você não vem também, né? Você não vem dançar também? Eles me procuram com os olhos. É um olhar puro de quem precisa de uma mão amiga, né? De um gesto de carinho. É o que eles procuram nas pessoas, né? A história de vida de cada um é diferente, né? Uma história igual a da Marcela, que foi judiada com o tempo, né? Mas que foi resgatada. Há tempo de ter aquele brilho no olhar dela, né? Aquela fantasia de viver, né? Aquela forma de ver o mundo de uma forma diferente. Foi assim que eu vi meus primeiros passos com eles. E que estou até hoje, né? Porque não tem como sair. Às vezes eu falo, meu Deus, eu tenho tanta coisa. Mas eu falo, não, não dá como, não tem como eu largar. porque eles me renovam sinceramente cada vez que eu vejo que eles conseguiram fazer uma coisa diferente. Eu tive o Paulo, foi o meu primeiro grande amor aqui, porque o Paulo se doava por aquilo que ele fazia, infelizmente também faleceu. E a gente tinha, era visual, eu olhava para ele, eu fazia os

movimentos, ele me acompanhava. E eu percebia também quando ele não estava bem, ele olhava para mim e eu o deixava no canto dele, eu respeitava. Àquela hora que eu falava assim, não vai dar. Hoje eu não vou mexer com ele, ele vinha, ele não deixava de vir. Mas eu via que ele também não estava bem naquela hora. Aí quando ele melhorava, ele voltava a fazer o que eu estava fazendo. Eu procurei conhecê-los. A gente fez uma roda e cada um foi falando do que gostava, do que fazia. Todo teatro que eu crio, que eu faço, eu faço baseado no que eu vejo em cada um. Eu tenho o Nicolau, eu o coloco sempre no teatro, ele nunca dançou, ele pouco fala, mas eu o coloco em alguma coisa e ele participa. O Marcelo, adora tocar violão, guitarra, então, eu sempre tenho uma parte em que ele possa fazer isso. Conta que as peças são montadas a partir da vivência de cada um, como a Tropicália que eles lembravam das músicas que marcaram essa época, da casinha de Brinquedos que eles vestiram um personagem infantil para alegrar as crianças na escola, Nicolau era o fabricante de brinquedos, a Tereza andava como uma bonequinha... Não adianta eu falar assim, agora vocês vão dar uma pirueta, sabendo que eles não vão fazer. Ou que o Nicolau vai levantar e vai falar. É engraçado que tem música que toca, sabe? Toca muito. Eu lembro do Paulo,

que tinha música que ele chorava, ele se emocionava. Eu acho que, além de me fazer bem para a alma, faz bem para as pessoas que assistem.”

“A primeira apresentação do teatro foi na praça principal da cidade. A Tropicália foi depois da Covid-19. Então, eles estavam muito inseguros, eu subi ao palco para dançar junto com eles. Depois dessa coisa toda, tantas perdas, tantas frustrações de não poder sair, não poder participar das oficinas, e aí a Tropicália veio para renascer eles novamente, para resgatá-los daquele período que foi bem sombrio. Outras peças foram baseadas em temas de novelas, filmes, para que os usuários pudessem reacender suas memórias.”

Sobre a exposição de Arte Moderna: “eu comecei a procurar telas e fazer releitura das telas, procurando o olhar de cada um, a Maria que fez o absinto, porque ela tinha exatamente a mesma posição, o mesmo olhar da tela, Nicolau, do baile, ele chega, às vezes ele chega e se joga, João, como o Oswald de Andrade, ele tem um porte diferente, a Carla como Mona Lisa, a Marcela fez a Frida. Na apresentação jogaram coletivamente tintas sobre uma tela, além de poderem pintar e desenhar livremente para expor na praça”. Outro momento marcante quando encenaram o Pai Nosso Africano: “explicou que na África

se cantava assim, que a gente estava homenageando. E emocionou também as pessoas todas que estavam na praça, que assistiram. E agora não, agora eu sinto que eles estão conseguindo o lugar deles, né? Eles chegam, me mostram um tênis, um short, contam que foram à praia. Eles foram resgatados para a vida. E eles me resgataram pra vida. Porque eu me sinto, assim, completa com eles. É um trabalho que me completa. Sempre fiz teatro, mexi com todas as idades, mas eles... Outra coisa, né? É do coração. É da alma. É um encontro de almas, vamos dizer assim. Onde a gente... Se solta e resgata o que eles têm para dar. E dá para eles aquilo que você tem.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A premiação do Centro de Convivência na 3ª Mostra Cosems RJ e IdeiaSUS-Fiocruz abre a possibilidade de compartilharmos práticas do SUS inovadoras. Em quase duas décadas de existência, o Centro de Convivência funciona devido aos esforços de gestores e profissionais da saúde e cultura que compreendem sua importância enquanto ferramenta de promoção da saúde, despatologização da vida e inclusão social. Reconhecida como dispositivo da RAPS, por

portaria ministerial, era desprovido de recurso federal para sua sustentação. É um espaço aberto à comunidade, sem fila de espera, atendendo semanalmente cerca de 100 pessoas da cidade.

Nos municípios de pequeno porte torna-se mais evidente a maior compreensão e adesão da comunidade diante da realização de ações que proporcionem interlocução no território e nos espaços públicos, a proximidade dos espaços físicos e conhecimento local entre as pessoas são facilitadores para a comunicação entre setores e suas equipes. Ao abordarmos o tema do sofrimento psíquico, percebe-se uma maior tolerância e aceitação por todos. Isto pode ocorrer pelo fato da proximidade interpessoal existente em pequenos municípios. O que pode ser considerado como uma característica positiva e favorável ao desafio da construção do acesso.

Em face da complexidade da Rede de Atenção Psicossocial no município do Carmo e diversidade da rede, temos a responsabilidade de entrelaçá-la para que possa ter qualidade e ação efetiva no cuidado do usuário de Saúde Mental. Precisamos reforçar as ações e parcerias com a rede básica de saúde, multiplicando com outros

atores a responsabilidade sobre o usuário de saúde mental.

Nosso desafio está em articularmos uma rede de serviços que ultrapasse a área de saúde, mobilizando parcerias com a rede de suporte social, educacional, de trabalho, de esporte e lazer, justiça, entre outros. A construção de redes de cuidado de atenção à saúde mental, com garantia de acesso e cuidado qualificado nos territórios, é um dos principais desafios para consolidação da política de saúde mental no país.

Buscamos o reconhecimento do usuário de saúde mental como cidadão que tem direito ao cuidado e atenção, apostando na “derrubada dos muros do asilo”. Partimos do paradigma da Atenção Psicossocial, que se propõe a oferecer uma alternativa de cuidado mais digna e humana, oferecendo uma resposta institucional de base comunitária e integrada à rede de atenção.

E convocamos a todos os atores sociais que fazem parte do cenário da cidade, para escrevermos esse tema histórico. Cabe a todos nós um trabalho intenso de reabilitação, inserção familiar e social. Queremos oferecer, no âmbito do território, o cuidado diferenciado, multifacetado, singular, atrelado a um acompanhamento

cotidiano reflexivo e comunicante com outros instrumentos de atenção. É o momento de escrevermos nossa história dentro do contexto de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Figura 1 - Desfile cívico



Fonte: arquivo pessoal de Érica Regina Victório da Rocha.

Figura 2 - Oficina de Capoeira



Fonte: arquivo pessoal de Érica Regina Victório da Rocha.

Figura 3 - Oficina de Teatro e Dança



Fonte: arquivo pessoal de Érica Regina Victório da Rocha.

Figura 4 - Caminhada no Parque Natural do Livramento



Fonte: arquivo pessoal de Érica Regina Victório da Rocha.

Figura 5 - Passeio ao parque



Fonte: arquivo pessoal de Érica Regina Victório da Rocha.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. Federal, **Lei Federal 10.216** de 6 de abril de 2001, Presidência da República, Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS 336** de 19 de fevereiro de 2002, Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS 3088** de 23 de dezembro de 2011, Brasília, 2011.

DELGADO, P. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4701-4706, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2020.

GISMONT, A. M. **Reminiscências de Carmo**, Casa Cruzeiro, Carmo, 1999.

JAPUR, R. D. T. **A Colônia de Psicopatas do Carmo (1947-1969)**: as primeiras configurações da assistência. Dissertação de Doutorado em fase de execução, Rio de Janeiro, 2019.

LUZIO, C. A., L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequenos e médios portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, nº1, p.105116, Fev.2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 out. 2020.

MARTINS, R. A., **Saúde Mental em Pequenos Municípios**: análise de intervenção com o objetivo de reduzir barreiras de acesso no município de Silva Jardim. Dissertação de Mestrado, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. Belo Horizonte, Ed. Te Cora, 1999.

TAVARES, T. V. **Suporte Social**. Orientador: Maria Paula Cerqueira Gomes. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, Monografia, 2004.

VICTORIO, E. R. V. Um pouco da nossa história. In www.aufassamc.com.br

VICTORIO, E., R., R. **Projeto de Desinstitucionalização da Loucura no Município do Carmo**, Carmo, Rio de Janeiro, 2014.

VICTORIO, E., R., R. **Relatório de Gestão do Programa Municipal de Saúde Mental do Carmo/RJ**. Carmo, Rio de Janeiro, 2014.

AMAMENTA PETRÓPOLIS – RJ: AMAMENTAÇÃO E LEITE MATERNO ORDENHADO NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIS

*Patrícia Alexandre Santos
Danielle Carmo de Holanda Ferrer
Deborah Cinelli Corrêa
Izabel Ester Pires
Leila Adesse
Lorrene Rodrigues Pimentel Rezende
Miriã Rocha de Medeiros Paiva
Patrícia Ramos Pereira Rodrigues
Sol da Silva*

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Petrópolis foi fundada em **16/03/1843**, por iniciativa de D. Pedro II, sendo frequentemente chamada de Cidade Imperial. Sua história inicia-se pelo período colonial quando algumas missões foram realizadas com a iniciativa de criar um caminho novo para acessar as Minas Gerais em pleno ciclo do ouro.

O município de Petrópolis, antes pertencente à Região Serrana, faz parte da Região Metropolitana do Rio de Janeiro desde 2018, devido à Lei Complementar 184/18, porém, no âmbito da saúde, continua inserido na Região Serrana.

Petrópolis ocupa uma área de 795,798km², sendo dividida em cinco distritos distintos, que se subdividem em bairros e/ou localidades urbanas e rurais, e apresenta uma população estimada de 278.881 habitantes de acordo com o censo do IBGE divulgado em 2023.

Por essa razão, é considerada a maior e mais populosa cidade da região serrana, exercendo o papel de polo atrativo econômico e do movimento pendular para a população dos arredores.

A pesquisa do IBGE também aponta que a cidade em Petrópolis tem uma densidade demográfica de 352,5

habitantes por km² e uma média de 2,57 moradores por residência com PIB per capita de R\$51.003,60. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,3 salários-mínimos, considerado um dos mais altos da região, porém, apesar desse grande desenvolvimento, Petrópolis apresenta 72.070 pessoas vulneráveis economicamente.

Segundo dados do Relatório de Informações Sociais do Ministério da Cidadania, Petrópolis apresentou número de 9.493 pessoas em situação de extrema pobreza, sendo 1.973 crianças de 0 a 9 anos de idade e 25.515 famílias em situação de pobreza. No mês de julho, dentre as famílias que recebem benefícios variáveis, 898 são gestantes e 352 nutrizes. Também conhecida como Cidade Imperial, Petrópolis atrai turistas para a cidade pelo clima tipicamente frio. Sua economia é baseada no turismo histórico e cultural, e nos setores secundário e terciário com destaque para o comércio de roupas e a fabricação de cerveja e chocolate.

2. HISTÓRIA DE PETRÓPOLIS

Por meio da história, a criação da cidade que hoje se denomina Petrópolis, teve sua origem com a habitação

dos índios coroados, o que lhe valeu a denominação, pelos portugueses, de “Sertão dos Índios Coroados”.

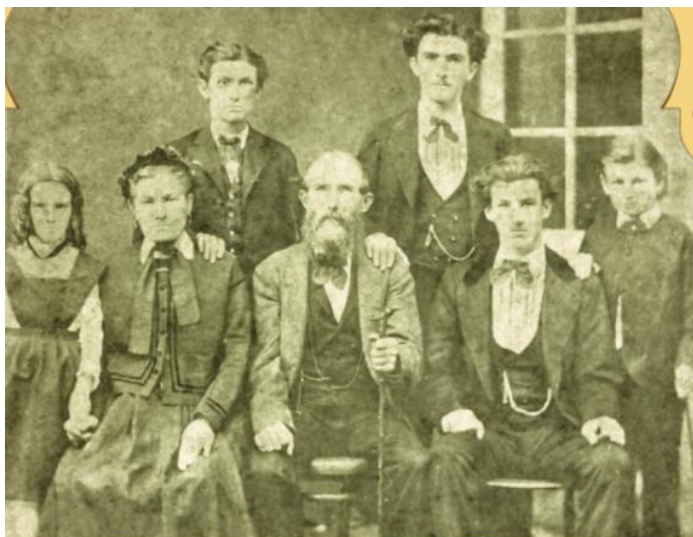
A Serra da Estrela, onde se encontra Petrópolis, era praticamente desconhecida pelos colonizadores portugueses nos primeiros 200 anos de colonização, salvo por alguma expedição exploratória para tomar posse de sesmarias. Isso por causa do enorme paredão montanhoso de mais de 1.000m de altura que tinha que ser vencido para se chegar até lá; e, também, pela presença dos bravos índios Coroados que habitavam serra acima.

Ali não havia atividade econômica. Somente quando os bandeirantes paulistas descobriram ouro nas Minas Gerais é que foi aberto o Caminho Novo, em 1704, para facilitar a viagem até as vilas mineradoras. O caminho era “novo” porque havia um outro, o “velho”, desde meados dos anos 1600, muito longo e de difícil trânsito, aberto pelos próprios bandeirantes, constituído de trilhas e picadas até as minas de ouro. A partir daí, Petrópolis passou a ser habitada por povos não indígenas.

No ano de 1822, durante uma travessia pelo tortuoso Caminho do Ouro, que ligava o Rio de Janeiro a Minas Gerais, o imperador se hospedou na fazenda do

Padre Correia, e se encantou com a exuberância e amenidade do clima, adquirindo terras na região.

Figura 6 - Família Imperial na Cidade de Petrópolis



Fonte: Anais do Congresso de História do Segundo Reinado/História das crianças no Brasil, pg. 161.

No ano de 1854, foi inaugurada a primeira estrada de ferro do Brasil, em seu trecho inicial, ligando o Porto de Mauá a Fragoso, no Rio de Janeiro, num trecho de 14,5km, por iniciativa do Barão de Mauá e, em 1857, Petrópolis é elevada à condição de **cidade**.

Na primeira metade dos anos de 1800, começam a chegar os imigrantes alemães à Petrópolis, após deixarem a Alemanha em busca de uma vida melhor na América. Depois destes, imigrantes de outras nacionalidades foram chegando e se instalando na cidade, executando diversas atividades econômicas.

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PETRÓPOLIS (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde são uma nova forma de organizar o Sistema de Atenção à Saúde em Sistemas Integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade as condições de saúde da população Brasileira.

As características das Redes de Atenção à Saúde (RAS) são:

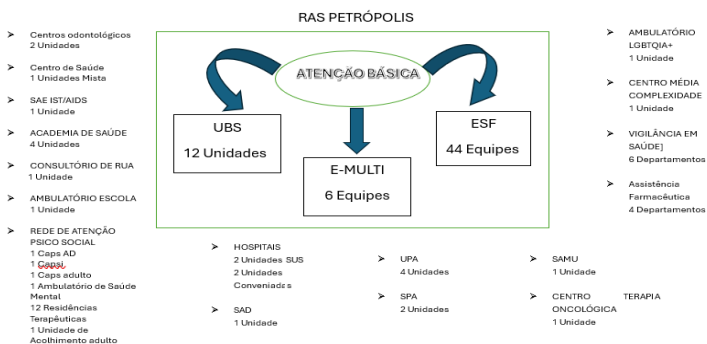
- I- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção;
- II- Atenção Primária como centro de comunicação;
- III- Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica;

IV- Ofertar atenção contínua e integral;

V- Cuidado multiprofissional;

VI- Compartilhar objetivos e compromissos com resultados, em termos sanitários e econômicos.

Figura 7 - RAS Petrópolis

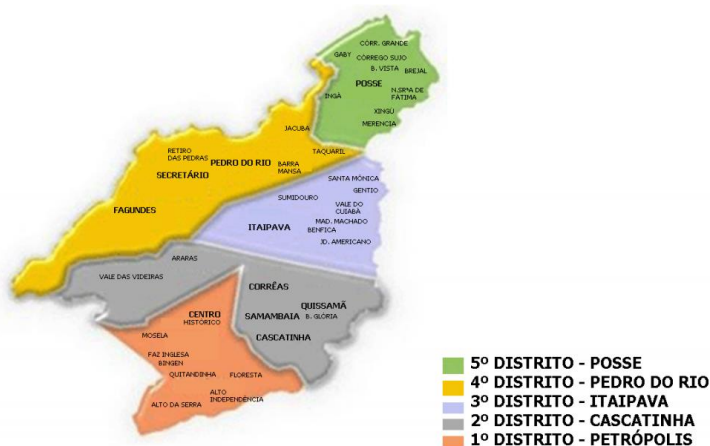


Fonte: elaboração própria SMS de Petrópolis.

- RAS- Rede de Atenção Saúde
- UBS – Unidade básica de saúde
- e-Multi – Equipes Multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família

- SAE IST/AIDS – Serviço Atenção Especializada Infecção Sexualmente Transmitida e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SAD- Serviço Atendimento Domiciliar
- UPA- Unidade Pronto Atendimento
- SPA- Serviço Pronto Atendimento
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Atualmente a Cidade de Petrópolis é dividida em 5 distritos com a maior parte da população residindo no 1º Distrito.



População Estimada por distrito:

1º. Distrito	175.165	62,81%
2º. Distrito	61.186	21,94%
3º. Distrito	12.438	4,46%
4º. Distrito	18.601	6,67%
5º. Distrito	9.984	3,58%

Fonte: IBGE, 2020.

3.1. Áreas Técnicas de Saúde de Petrópolis

A Coordenação das Áreas Técnicas de Saúde de Petrópolis entende que as ações relacionadas às políticas públicas, suas escolhas, mecanismo de funcionamento, prioridades e resultados pretendidos devem estar alinhadas com as necessidades da população em um sistema que possa atender a todos com qualidade, presteza e competência sempre foi o nosso objetivo. Tendo a epidemiologia como ferramenta fundamental no processo de organização do sistema de saúde, através do fornecimento dos indicadores que servem de suporte para o planejamento das ações e avaliação, foi possível proporcionar um cenário de ampliação dos serviços de saúde no município.

A Coordenação Geral de Áreas Técnicas de Saúde de Petrópolis é composta por 09 áreas de atuação:

- Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente

Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Petrópolis segue a Política Nacional da Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (PNAISC) e os artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo como indicadores do cuidado integral o Sispacto, Prefaps e Previne Brasil.

Um dos Eixos de atenção importante neste projeto é o Eixo II - Aleitamento materno e alimentação complementar saudável, onde, no município, foram implementadas as capacitações profissionais para incentivo do aleitamento materno como a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), que tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde para a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” da IUBAAM.

- Área Técnica Alimentação e Nutrição – Atan

Área Técnica de alimentação e nutrição (ATAN) compreende os cuidados relacionados à alimentação e nutrição, tendo como objetivo a promoção, proteção e prevenção, diagnósticos e tratamentos de agravo no contexto do SUS. A ATAN contempla tanto os aspectos individualizados como aspectos de família e comunidade, considerando os diferentes ciclos de vida e suas especificidades nutricionais. A Vigilância Nutricional foi concebida na década de 70 tendo como seu maior objetivo a promoção da informação contínua sobre as condições nutricionais da população e dos vários fatores que as influenciam.

As ações da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan) são inicialmente promocionais e preventivas (desnutrição, carências nutricionais específicas, doenças crônicas não transmissíveis, obesidade, entre outras) e também curativas, o que vem de encontro diretamente com o objetivo deste projeto, como exemplo, a implementação anual do Agosto Dourado.

- Área Técnica Programa Saúde na Escola - (PSE)

Programa Saúde na Escola - PSE foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio do Decreto

Federal nº 6286, de 05/12/2007 com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. No ano de 2017, os profissionais das equipes técnicas das secretarias de saúde e educação do município de Petrópolis criaram o Grupo de Trabalho PSE (GTIM) e por meio deste vêm desenvolvendo ações de forma articulada e integrada, em uma proposta de gestão compartilhada de Saúde na Escola.

- Área Técnica de Saúde da Mulher

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) implantado no município vem seguindo as diretrizes propostas pela política pública, que inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, em toda a rede de saúde nas três esferas da atenção, em detrimento ao seguimento da história desta política no Brasil.

- Área Técnica de Doenças e Agravos não transmissíveis

Área Técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) em Petrópolis contempla em sua composição os 4 (quatro) principais agravos não transmissíveis (Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Doenças Pulmonares Crônicas e Acidentes-Violências) que podem acometer as pessoas no decorrer da vida e atua no diagnóstico de saúde a nível municipal e planejamento de ações de enfrentamento através da promoção e prevenção, considerando que a DANT se constitui como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis.

- Área Técnica Saúde do Homem e Tabagismo

A Linha de Cuidados Integrals em Petrópolis para a população masculina visa ações de promoção e acessibilidade desta população aos serviços de saúde e prioriza também a qualificação dos profissionais, para este tipo de atendimento além da integralidade na assistência prestada pelo SUS a esta população, incluindo o fluxo de referência a serviços de maior complexidade. Dentre os

Eixos da atenção em saúde está a Paternidade e Cuidado e Pré-natal do parceiro. A estratégia de elaboração escolhida pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) foi investigar os principais agravos de saúde que acometiam tal grupo, por meio do recorte de sexo, na faixa etária entre 20 e 59 anos, e que, em 2009, correspondia a 41% da população de homens no Brasil e 27% no município de Petrópolis.

- Área Técnica de Saúde LGBTQIA+

Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. Dentre os eixos de atuação, está a criação do Ambulatório Saúde LGBT inaugurado no ano de 2023.

- Área Técnica saúde da Pessoa Idosa

As atividades desta área técnica envolvem a rede de assistência do município, expandindo para as Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs), de acordo com as ações estratégicas previstas na Portaria 894/2021.

O município de Petrópolis dispõe de 15 Instituições privadas e uma Filantrópica. Nestas, através da realização da Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), tem sido possível identificar o perfil dos idosos institucionalizados e propor ações para a melhoria da qualidade de vida e saúde. Soma-se a isso a entrega das Cadernetas do Idoso preenchidas e o espelho destas ficam disponíveis na Atenção Primária em Saúde quando faz parte do território (apenas duas) e as demais na Área Técnica do Idoso.

- Área Técnica de IST/AIDS

A Área Técnica de IST/AIDS do município de Petrópolis está caracterizada como SAE (Serviço de Atenção Especializada), e está localizada ao lado do Hospital Municipal Dr. Nelson de Sá Earp, tendo como finalidade reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis),

além de ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência – melhorando sua qualidade –, no que refere às IST/HIV/AIDS e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das IST e da AIDS.

4. AMAMENTA PETRÓPOLIS - RECONSTRUINDO A HISTÓRIA

O “Amamenta Petrópolis” é uma prática baseada em uma lei municipal, a Lei Ordinária 8.029 de 24 de setembro de 2020, que permite que mães amamentem presencialmente ou enviem leite humano ordenhado para alimentar seus bebês nas creches públicas, também conhecidas como Centros de Educação Infantil (CEIs). Em Petrópolis, contamos com 80 CEIs, sendo que 47 deles possuem berçários e recebem crianças de 0 a 5 anos. Os berçários são destinados a bebês a partir de 4 meses de idade. Para matricular um bebê em um dos CEIs do município, o responsável precisa fazer a matrícula na Secretaria de Educação, portando os devidos documentos, e aguardar a vaga ser disponibilizada para a criança.

O Programa Amamenta Petrópolis vem favorecer, principalmente, mulheres de comunidades, com

vulnerabilidade social, pretas, com pouca ou nenhuma rede de apoio; características predominantes das usuárias do SUS e da educação pública brasileira.

A percepção da necessidade da realização da prática veio pela inquietação de uma enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família do município. Durante consultas de enfermagem em puericultura, ela observou a angústia de mães lactantes que, com o término da licença-maternidade ou o retorno ao trabalho (trabalho este, muitas vezes, informal), ao matricularem seus bebês nos CEIs, recebiam a informação de que eles não poderiam estar em aleitamento materno exclusivo. Esses bebês, muitos deles com menos de 6 meses, precisariam receber fórmula ou iniciar a introdução alimentar como exigência para a permanência nas creches. Isso ocorria mesmo não havendo qualquer indicação para o uso de fórmula e muito menos para introdução alimentar precoce, pois estavam sendo amamentados por suas mães, e suas demandas estavam sendo supridas.

A orientação para introdução do uso de fórmula láctea também era dirigida às mães com bebês acima de 6 meses que estavam sendo amamentados e cuja alimentação era complementada com alimentos sólidos. Também era estimulado o uso de mamadeiras e chupetas,

levando, em grande parte dos casos, ao desmame precoce.

Essa era uma instrução presente em todas as creches públicas do município que, por sua vez, contribuiu para um saber cultural dentro das comunidades, o de que, se uma mãe fosse matricular seu bebê na creche, ele não poderia estar em aleitamento exclusivo e precisaria se acostumar com mamadeiras e fórmulas infantis.

Segundo o principal órgão de saúde, Ministério da Saúde, o aleitamento materno deve ser **exclusivo** até 6 meses, sendo que a orientação é que seja realizado até os 2 anos de idade ou mais (aleitamento materno predominante).

A prática anterior ao Programa Amamenta Petrópolis no ambiente escolar não favorecia a amamentação exclusiva, nem protegia a continuidade do aleitamento materno. Dessa forma a enfermeira idealizadora da Lei entrou em contato com o poder legislativo da cidade, de onde recebeu apoio de um representante legal, levando à criação e posterior aprovação da lei, garantindo à mulher seu direito de amamentar, e ao bebê de receber o melhor alimento. A Lei foi aprovada no mês de setembro de 2020.

Contudo, apesar de o município ter obtido excelente respaldo legal com a lei, isso não garantiu as mudanças, pois havia ainda a necessidade de torná-la uma prática!

Observou-se, então, que era preciso elaborar um projeto que servisse de terreno fértil no qual a lei pudesse ser estabelecida e para isso uma articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação foi necessária. A intermediação para essa articulação entre as secretarias aconteceu por intermédio do Programa Saúde na Escola (PSE), Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan) e Departamento de Educação Infantil.

Na época, as reuniões ocorreram na Secretaria de Educação, onde foram apresentados os inúmeros benefícios da manutenção do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil, no curto, médio e longo prazo, bem como a economia que o município teria com menos doenças diarreicas e respiratórias, além da diminuição de complicações e dos agravos com internações. Foram ressaltados também a simplicidade da implementação da prática e o baixo custo necessário para operacionalizá-la.

No primeiro momento foram selecionados dois CEIs, priorizando-se aqueles nos quais a infraestrutura fosse propícia e os sujeitos envolvidos fossem simpáticos à causa. Para tal, foram realizadas oficinas de sensibilização e capacitações com toda a equipe educadora. Essas equipes receberam orientações de boas práticas para recebimento, armazenamento, preparo e oferta segura do leite ordenhado, de acordo com as normas sanitárias vigentes no país. Nessas oficinas, a sensibilização sobre a importância do tema e suas vantagens para a saúde de curto e longo prazo também foram abordadas, contemplando à participação não apenas dos educadores, mas também dos profissionais de saúde. Cada profissional tem sua própria história de amamentação, mesmo aqueles que não amamentaram ou não conseguiram ser amamentados. Por sermos todos mamíferos, a amamentação faz parte da nossa história como seres humanos e, quando nos deparamos com famílias, mães e bebês no processo de amamentação, temos um impacto, uma interferência, seja ela positiva ou negativa, nessas histórias de amamentação.

Durante as oficinas, esse tema é um dos que geram maior sensibilidade e reflexões dos profissionais com a comunidade, já que foi sobre suas próprias narrativas de

sua amamentação, sendo, de sucesso ou não. Desfechos muito positivos se originaram dessas reflexões, e conscientizações sobre o papel de cada profissional na história de amamentação foram surpreendentes.

Questionamentos sempre aconteciam durante as capacitações, sendo que muitas das inseguranças eram por falta de informação. Mesmo assim, após sanadas as dúvidas, observou-se uma excelente aceitação da equipe escolar.

Além disso, foram necessárias capacitações com as equipes de Saúde da Família que abrangem os territórios dos CEIs contemplados. Essas unidades de saúde são as que fazem o pré-natal dessas famílias e o acompanhamento de puericultura das crianças que possivelmente frequentarão os CEIs.

Foi entendido que, para uma maior chance dessas famílias saberem da existência dessa prática, ou seja, para que tenham ciência e recebam o suporte necessário de forma a não desmamarem seus bebês pelo fato de que serão matriculados em uma creche pública, seria necessário que, desde o pré-natal, elas fossem informadas e conscientizadas sobre seus direitos e possibilidades.

Era importante que soubessem que no CEI do seu território existe uma creche pública que irá permitir e apoiar para que ela siga amamentando seu bebê, que, naquele local, ela poderá amamentar presencialmente ou deixar seu leite ordenhado para ser ofertado posteriormente ao seu filho.

As equipes de saúde, responsáveis pelo pré-natal e puerpério, foram igualmente consideradas e incluídas nas capacitações de forma a contribuírem positivamente com a comunicação e orientação das mulheres e superar as dificuldades na amamentação, de tal modo a evitarem o desmame de seus bebês pelo fato de matricularem eles em uma creche pública.

A capacitação e a sensibilização das 16 nutricionistas responsáveis pela alimentação escolar foi outro eixo importante a ser destacado para dar continuidade da prática.

Dessa forma, temos como agentes da prática: profissionais da educação (diretores, orientadores pedagógicos, merendeiras, educadoras), profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal) e equipe multiprofissional, integrantes das equipes de Saúde

da Família que abrangem o território de atuação do CEI. Igualmente como agentes da prática, contamos com a equipe do Programa Saúde na Escola, a Atan, a equipe da Saúde da Mulher e a equipe da Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA). Na Secretaria de Educação, o Departamento de Educação Infantil e a equipe de nutricionistas responsáveis pela alimentação escolar, constituindo uma rede que dá forma e sustentabilidade à prática.

4.1 Desafios e superação

Um dos grandes desafios da prática é a comunicação com as famílias para que saibam da existência do “Amamenta Petrópolis”, pois mesmo com a publicação da lei desde 2022, tem se mantido presente a arraigada cultura em nossa sociedade de que, ao retornar ao trabalho e matricular o bebê em uma creche pública, é preciso acostumá-lo a fórmulas lácteas, mamadeiras e chupetas. No momento, é nisso que a maior parte da população petropolitana acredita e, portanto, o que precisamos desconstruir através de atividades de capacitação, eventos, dentre outros.

Uma das fragilidades da prática é o baixo número de multiplicadores, o que dificulta a logística para que mais CEIs possam ser contempladas com o programa. Existe também a necessidade de construirmos uma metodologia para que os indicadores da prática e os resultados sejam contabilizados, levando em conta o número de bebês que chegam já desmamados aos CEIs, o número de crianças que continuam sendo amamentadas e por quanto tempo, o número de atividades realizadas para a promoção da amamentação com as famílias, entre outros.

O diálogo intersetorial com os gestores mostrou ser um campo de aprimoramento para a comunicação e o avanço da prática. As atividades realizadas pela prática e pela curadoria tem trazido melhoria na perspectiva da transversalidade do “Amamenta Petrópolis” nas ações de Atenção Primária de Saúde.

Outro ponto a ser mencionado é o baixo número de CEIs contemplados com a prática, em decorrência da falta de recursos para o financiamento, no entanto, a operacionalização apresenta características de baixo custo, uma vez que para sua implementação, é necessária a capacitação de mão de obra e a obtenção de kits com possibilidade de reutilização após término do uso de uma família (bastando apenas a esterilização dos utensílios).

Outra grande ameaça ao programa é a frequente rotatividade dos profissionais, o que desencadeia a necessidade das capacitações com maior frequência.

Em contrapartida, a prática apresenta muitas fortalezas e oportunidades: o significado e o objetivo da prática, por eles próprios, já simbolizam uma construção de vínculo com as famílias, um ressignificado do ambiente escolar como local de acolhimento e de proteção ao aleitamento materno e promotor da saúde das crianças. Outros pontos fortes são a garantia de um direito da mulher e da criança e a promoção da saúde da criança no curto, médio e longo prazo, entre tantos outros significados que a amamentação carrega.

A construção de parcerias entre a educação e a saúde e seus diversos departamentos faz com que a prática ganhe uma transversalidade que impulsiona o crescimento do programa.

A premiação da prática na 3ª Mostra Estadual de Práticas de Saúde Cosems RJ/IdeiaSUS Fiocruz, foi um divisor de águas para o fortalecimento do “Amamenta Petrópolis”, proporcionando organização, alinhamento e direcionamento dos próximos passos a seguirmos para a ampliação da prática “Amamenta Petrópolis”. Além disso,

possibilita também um estreitamento das parcerias já citadas acima e uma maior conscientização dos diversos profissionais envolvidos em relação a seus papéis na construção e fortalecimento do programa, bem como da sensibilização de todos os envolvidos.

Após o início da curadoria IdeiaSUS Fiocruz, outras parcerias foram realizadas com instituições de pesquisa de diversos municípios, como: UFRJ, UFRJ-Macaé, UFF e UERJ, com possibilidade de que novos projetos sejam agregados ao Amamenta Petrópolis.

O respaldo legal com a aprovação da Lei Municipal 8.029 também é uma grande fortaleza que a prática possui, bem como a elaboração da Nota Técnica pela SMS contendo orientações sobre o manejo, transporte correto, cuidados e oferta segura do leite materno direcionadas aos profissionais da educação e às famílias é um grande legado que o município recebe para se diferenciar como uma cidade que possui políticas públicas que garantem o direito e a promoção do aleitamento materno.

Muito ainda precisa ser feito para a expansão e consolidação do “Amamenta Petrópolis”, como a priorização de ações em datas de calendário de saúde para promover a prática, por exemplo: Mês da Mulher,

Agosto Dourado, ações de promoção na pré-matrícula do bebê na creche, conscientização e orientação das famílias desde o pré-natal; uso de estações de TV e rádio local para divulgação do programa; e realização de educação permanente com regularidade.

5. A HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

“Se fosse possível dizer em uma frase por que o leite materno e a amamentação são tão importantes, diríamos que ‘amamentar é muito mais do que alimentar uma criança’ (Editorial História da Amamentação, Sesc/SP, 2022). “O leite materno é o primeiro contato das crianças pequenas com uma comida de verdade e o período da amamentação é especial, cercado de afeto e cuidado”, segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, documento lançado pelo Ministério da Saúde em 2019, com ampla e profunda abordagem sobre a alimentação no início da vida humana.

No Código de Hamurabi, um conjunto de leis criadas na sociedade mesopotâmica por volta de XVIII a.C., já estavam presentes palavras a respeito da prática do desmame e das amas de leite (mulher que amamenta o filho de outra em uma troca econômica). Há registros do

tema ao longo dos séculos, em textos como a Bíblia e documentos egípcios, gregos e romanos.

Nessa última sociedade, inclusive, a importância biológica da amamentação é o centro de um dos mitos mais famosos: após serem jogados no rio Tibre por um tirano em busca de poder, os irmãos Rômulo e Remo foram levados pela correnteza e, à beira das águas, encontrados e amamentados por uma loba. Na história, o animal oferece o alimento necessário à sobrevivência até eles serem encontrados por um pastor e depois Rômulo lutar e fundar a cidade de Roma, tornando-se seu primeiro rei.

Historiadores relatam que, quando os portugueses chegaram ao Brasil em 1500, encontraram indígenas que também mantinham o hábito do aleitamento materno. Já o aleitamento dos filhos das nobres europeias era exercido pelas amas de leite. Na época do Império, a Princesa Isabel escolheu pessoalmente Anna Grunewald, petropolitana descendente de colonos alemães, para ser a ama de leite de seu filho mais velho, o Príncipe do Grão, Pará, D. Pedro de Orleans e Bragança. As amas de leite contratadas pela família real europeia eram assalariadas, diferente da maioria das famílias de posses do Brasil da

época, cujas amas de leite eram em sua maioria mulheres escravizadas.

A preocupação com o a alimentação das crianças foi uma premissa para D. Pedro, que na época encomendou 200 cabras para que fossem levadas a Petrópolis para que os imigrantes germânicos conseguissem alimentar seus filhos.

Figura 8 - No colo da ama de leite: a prática cultural da amamentação e dos cuidados das crianças na Província do Grão Pará no século XIX



Fonte: GUTIERRES, Damiana Valente Guimarães Gutierres, 2013.
Foto de Anna Grünewald.

5.1 Cultura da mamadeira e desnutrição

A primeira metade do século XX no Brasil é marcada por uma série de transformações sociais e econômicas, um período no qual se verificam fenômenos como a migração de famílias do campo à cidade em busca de melhores condições de vida, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Acompanhando essas mudanças, em especial a possibilidade das mulheres trabalharem, verifica-se o distanciamento de mães e filhos ainda no período de lactação.

O resultado é um declínio das taxas de aleitamento materno até a década de 1970 e a intensificação do que foi cunhada como cultura da mamadeira, a preferência pelos substitutos industrializados do leite materno. No entanto, além desses compostos não terem as mesmas propriedades do leite da mãe, outro problema é que foram (e ainda são) utilizados de forma inadequada, segundo Vieira, por ausência de saneamento básico, renda, informação e pela necessidade de fazer render o composto.

6. AMAMENTA PETRÓPOLIS E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diante do desafio de implementação do Programa Amamenta Petrópolis em todos os Centros de Educação Infantil que possuem berçários (44 unidades) no município, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma pedra angular para alicerçar o Programa de forma contínua e funcional.

A Atenção Primária em Saúde atuante no território localizado nas proximidades dos CEIs trabalha de forma multiprofissional para apoiar e incentivar o aleitamento materno tanto aos profissionais da educação quanto aos familiares que aderem ao Programa Amamenta Petrópolis.

Certamente os profissionais envolvidos têm experiências exitosas e outras um tanto desafiadoras no processo de adesão das mulheres que amamentam permanecerem em aleitamento exclusivo ao matricularem seus bebês no CEI; afinal, são diversos fatores que influenciam a adesão, bem como uma rede de apoio social e outras influências que interferem nesta prática. A seguir teremos depoimentos das equipes envolvidas com os CEIs de seus respectivos territórios que demonstram suas expectativas e experiências ao Programa Amamenta Petrópolis.

A Unidade Básica de Saúde em Itaipava salienta:

A garantia da oferta do aleitamento materno no período escolar reforça todos os benefícios gerados pela amamentação na primeira infância, bem como evitar o desmame precoce das crianças matriculadas, economia, nutrição, proteção contra infecções, entre outros, assim, o programa Amamenta Petrópolis é uma estratégia fortalecedora para as mães que precisam trabalhar, uma vez que incentiva a continuidade do aleitamento após o término da licença maternidade.

Já pelo Programa Criança Feliz, da Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância, aplicado pela Secretaria Municipal de Assistência Social:

Estudos evidenciam que parte do desenvolvimento cerebral do bebê ocorre entre a gestação e o primeiro ano de vida. O nosso cérebro se desenvolve de forma contínua e na relação entre fatores genéticos e vivências desde a vida intrauterina.

O Programa Criança Feliz, por meio de visitas domiciliares, acompanha crianças de 0 a 6 anos e gestantes, estimulando o desenvolvimento infantil e fortalecendo os vínculos familiares. Diversos fatores influenciam no pleno desenvolvimento da criança, como as

condições ambientais, nutricionais e vínculos afetivos.

O Projeto Amamenta Petrópolis que garante o direito à amamentação e incentiva a utilização do leite materno nas unidades escolares é um trabalho que assegura a proteção e favorece o desenvolvimento dessas crianças, para as mães proporcionam a sensação do cuidado.

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006). No caso das crianças menores de 6 meses, o leite materno é o melhor e o mais seguro alimento a ser oferecido. Dessa forma, o incentivo ao aleitamento materno pode ser considerado uma ferramenta importante para garantir a SAN, trazendo diversos impactos nas fases da vida infantil. Sabemos que o leite materno é um alimento completo nutricionalmente, sendo rico em nutrientes e anticorpos essenciais para o desenvolvimento infantil. Devido a tamanha importância, o incentivo ao aleitamento materno

exclusivo deve ser realizado por meio da criação de um processo de conscientização e de apoio para que as mães possam alimentar suas crianças. Dessa maneira, nós, da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – ATAN, acreditamos que o “Amamenta Petrópolis” possui papel fundamental na efetividade e continuidade da amamentação.

A ATAN se refere aos cuidados relacionados à alimentação e nutrição tendo como objetivo a promoção, proteção e prevenção, diagnósticos e tratamentos de agravos no contexto do SUS, contemplando tanto os aspectos individualizados quanto aspectos de família e comunidade, considerando os diferentes ciclos de vida e suas especificidades nutricionais, inclusive na primeira fase da vida.

Assim, acreditamos que nossa participação contribuiu na implementação do “Amamenta Petrópolis” e no suporte ao longo do processo de ampliação. Um exemplo dessa contribuição foi a articulação com o setor de gerência da merenda escolar do Município para realização de uma sensibilização a todos os profissionais nutricionistas sobre a atuação do Programa.

A partir dessa formação houve avanços na ampliação de mais CEIs credenciados a esse programa, passando de duas para sete unidades credenciadas. Além disso, essa capacitação potencializou o suporte técnico aos profissionais dos CEIs, uma vez que os nutricionistas desenvolvem um papel importante na padronização das práticas de amamentação e na promoção da saúde infantil no âmbito familiar e escolar fortalecendo a Segurança Alimentar e Nutricional.

Outra contribuição importante para o desenvolvimento do “Amamenta Petrópolis”, foram às educações permanentes realizadas no Agosto Dourado para os profissionais da Atenção Primária com o intuito de fortalecer a prática do aleitamento materno. Essa campanha é realizada anualmente e contribui para o avanço do programa.

Outro marco importante foi a 1ª Reunião Presencial da Curadoria Fiocruz que ocorreu em maio de 2024 e que reuniu representantes das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, refletindo na criação de mais parcerias ao Programa.

Na visão da equipe técnica das Estratégias de Saúde da Família, o Enfermeiro Vinícius Romanholi, do PSF Boa Vista, ressalta:

“Em um contexto permeado por intensos desafios sociais que dificultam o processo de amamentar, o aleitamento materno e a oferta do leite materno no Centro de Educação Infantil surgem como um ato de resistência e compromisso inabalável com o bem-estar infantil. A disponibilidade de leite materno em creches não só nutre os corpos em crescimento, mas também alimenta o vínculo afetivo crucial entre mães e seus filhos. Em contraste com uma cultura que muitas vezes subestima o valor do cuidado materno, o aleitamento materno não apenas fornece nutrição ideal, mas também reafirma a grande importância da presença e do amor materno na formação saudável e emocional das crianças.”

“O Projeto Amamenta Petrópolis é essencial não apenas pelos resultados obtidos nas consultas médicas, mas também pelo impacto positivo no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Esses profissionais podem orientar as novas mães sobre como manter uma rotina saudável e segura, permitindo que continuem a amamentar mesmo ao deixarem seus bebês na creche, prolongando a amamentação até os dois anos de idade.

Essas possibilidades proporcionam segurança e conforto para a comunidade, refletindo positivamente em todo o sistema de saúde, desde a saúde mental até a prevenção de doenças. Portanto, o projeto se destaca como uma ação de extrema importância ao se considerar a saúde de forma abrangente”, diz Maria Ângela Gomes Gonçalves - Agente Comunitária de Saúde - USF Boa Vista

O Paisca observa a importância do Programa Crescer e do quão gratificante é saber que há muitas pessoas de forma interprofissional e intersetorial que lutam pelo aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e de forma complementar até os 2 anos de idade, conforme o Ministério da Saúde preconiza; é uma esperança que temos em somar forças para termos um indicador de aleitamento materno cada vez mais alto.

Sabemos que a adesão ao aleitamento materno é uma das metas que o Sistema Único de Saúde possui, mas existem muitas famílias que ainda não vivem esta realidade. O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. (Ferreira *et al*, 2018). O Programa Amamenta Petrópolis tem papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com habilidades técnicas

de lactação e cuidado integral e considerando os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos junto com cada indivíduo em particular.

Nossa expectativa enquanto Área Técnica de Saúde da Criança é que a lei municipal seja regulamentada de forma com que todos CEIs com berçário façam parte do Programa e, aos poucos, o desmame precoce não seja uma prática cultural em nosso município.

Podemos constatar, com a vivência da implantação em algumas unidades de ensino, o quanto o Projeto Amamenta pode oferecer qualidade na possibilidade de manter este vínculo. A Área Técnica da Saúde da Mulher compreende a importância, quando os direitos da mulher são analisados, que vêm ao encontro de tudo o que o projeto representa.

Manter a amamentação é um direito de expressar e compartilhar pensamentos, incentivando outras mães com a mesma atitude. Dar condições para todo esse processo nos dá direito à liberdade em sua totalidade. Mas potente que tudo, o leite materno é comprovadamente saúde, e isso também é um direito, saúde de qualidade.

Podemos acreditar que o Programa Amamenta Petrópolis faz diferença na vida quando recebemos depoimentos das diretoras dos Centros de Educação Infantil que já tem implementado o Programa.

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL JORGE ROLANDO DA SILVA

Depoimento da Diretora Monica Aparecida Achão

“O Programa Amamenta Petrópolis trouxe para nossa unidade uma nova possibilidade de manutenção do aleitamento na creche sendo a oferta feita já no ato da matrícula”.

A participação do CEI Jorge Rolando da Silva teve a adesão de duas famílias desde a implementação. No primeiro caso, o processo aconteceu de forma tranquila e com duração curta, atendendo ao desejo da família. Ainda temos a segunda família fazendo eventualmente o processo.

Respeitamos o direito e o desejo das famílias e continuamos trazendo o projeto em momentos de fala (reunião de pais) e no grupo de pais para a divulgação e garantia de conhecimento de todos.

O aleitamento é para nós a garantia de direito entendendo os benefícios para a vida e para a relação mãe/filho.

Notamos que na dinâmica de trabalho das mães e o não desejo de manutenção do aleitamento por razões pessoais, faz parte do grupo de mães dos bebês atendidos.”

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BOA VISTA

Depoimento de Patrícia Hansen Xavier - Diretora do CEI

“Desde sua inauguração em 2020, quando fui convidada para assumir essa direção, fiquei muito feliz em poder contribuir com meu trabalho para a comunidade Boa Vista, que tenho um laço afetivo desde a minha juventude e que tanto amo.

Ofertar uma alimentação saudável aos nossos pequenos sempre foi uma preocupação da Rede Municipal de Ensino de Petrópolis e também minha, onde no meu dia a dia sempre procurava me certificar de que todos estavam se alimentando bem e corretamente. Porém, até então, nossos bebês que ainda eram lactantes recebiam a fórmula apropriada para cada faixa etária, mas

infelizmente tinham que deixar de receber o leite materno no período em que estavam na unidade.

Foi quando a Secretaria de Educação entrou em contato dizendo que esta unidade seria contemplada a participar do Projeto Amamenta Petrópolis, idealizado por Patrícia Santos que luta pela causa do aleitamento materno e que é uma fonte de inspiração e força para todos.

Confesso que receber este projeto foi um momento de muita alegria. Poder unir forças nessa causa tão importante tanto nutricionalmente e afetivamente visando sempre a saúde e o bem-estar dos nossos bebês, foi e está sendo muito importante para mim enquanto gestora, para toda a comunidade e, principalmente, para as mães que precisam deixar seus filhos na creche e que reconhecem a importância do aleitamento materno.

Os desafios são muitos, mas com o incentivo de todos, a garra da idealizadora do projeto e a alegria das famílias que são contempladas com a ação, tenho a certeza de que estamos no caminho certo e, enquanto gestora e mãe que teve o privilégio de amamentar seus filhos, desejo que, em breve, todas as creches de

Petrópolis possam viver essa realidade, que é tão rica e gratificante.

As Políticas de Saúde e Educação focadas nas crianças e nos adolescentes, jovens e adultos da educação básica pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral, fortalecendo, assim, ações de enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes.”

Figura 9 - Visita da equipe da Curadoria da IdeiaSUS-Fiocruz ao Centro de Educação Infantil Boa Vista, 22/05/2024



Fonte: Acervo da SMS Petrópolis.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF:** Ministério da Saúde, 2015 BRASIL. Lei n. 11346, de 15 de setembro de 2006.

BRASIL Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, SENARC, **Demonstrativo Físico/Financeiro do Programa Bolsa Família.**

BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARULA, Karoline. **Perigosas amas de leite:** aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãe de Família. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 2012, v. 19, suppl 1 [Acessado 17 Julho 2022], p. 197-214.

Gota a gota – Editorial, A História da Amamentação do Brasil, Sesc, São Paulo, 2022.

www.sescsp.org.br/editorial/historia-amamentacao .

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda *et al.* Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.683-690, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0683.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2020.

IBGE, Ano 2023, www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/petropolis.

MOURA, E. C. Nutrição e Bioquímica. In: CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 4, p.49-72.

NERI, Daniela. **Aleitamento materno no Brasil:** práticas, determinantes, evidências da importância e ações de promoção. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde. Universidade de São Paulo.

POSFÁCIO

Experiências exitosas locais: catalisadores do desenvolvimento do SUS

A intensa e volumosa descentralização do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir da Constituição Federal de 1988, e posteriormente com a promulgação da Lei 8.080 de 1990, ampliou sobremaneira as responsabilidades dos municípios na oferta de serviços, tornando-os protagonistas no desenvolvimento do SUS. É senso comum, na saúde pública do Brasil, afirmarmos que é no município, onde o território é vivo e pulsante, que as coisas acontecem. No entanto, o aumento de tais competências não foi acompanhado na mesma proporção, de transferências de recursos financeiros e capacidade técnica, promovendo grandes desafios às administrações municipais na gestão e financiamento do SUS.

Desde a década de 1990 observa-se um expressivo aumento dos gastos municipais em saúde acompanhado, em menor proporção, dos gastos da esfera estadual e da retração dos gastos federais, cenário modificado apenas nos anos de 2020 e 2021, em virtude

da pandemia da Covid-19, período em que houve maior desembolso da União.

Enfrentar maiores responsabilidades na oferta de serviços de saúde mediante um crônico frágil financiamento tornou-se uma dura realidade para os municípios, agravada por uma fragilidade no processo de regionalização, fundamental para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Não obstante tais desafios, as cidades seguem escrevendo suas histórias e protagonizando marcantes experiências nas ofertas de cuidados no SUS, conforme tivemos o prazer de ler nos capítulos anteriores e aqui ressalto, apenas para reforçar a mensagem de que boas práticas sendo inovadoras ou conservadoras, dispendiosas ou de baixo custo, de grande ou pequeno alcance e tantas outras características, podem mudar a vida de muitas pessoas. É preciso uma ideia, um tanto de motivação, de recursos financeiros, de planejamento e capacidade de mobilizar pessoas e apoiadores para que sejam efetivadas.

A experiência de Volta Redonda/RJ que mostra a mudança de paradigma da atenção primária, substituindo as equipes de especialistas pelas de saúde da família, introduzindo o apoio matricial, metas e indicadores de desempenho e integrando 100% de médicos a essas equipes foi capaz de trazer grandes melhorias no plano de cuidado dos pacientes, que passou a ser integral. Além do provimento de profissionais, foram realizados investimentos em capacitação profissional, melhoria na remuneração salarial, aquisição de equipamentos e sistemas eletrônicos de informação e saúde e obras de reformas nas unidades de saúde. Para além do exponencial aumento do número de atendimentos apresentados ao final de três anos da reforma da Atenção Primária, observou maior vínculo e confiança da população com a equipe de saúde da família. Segue agora o desafio de manter permanente a qualificação dos profissionais, o monitoramento dos resultados assistenciais e os investimentos em recursos materiais e físicos.

A reforma psiquiátrica brasileira trouxe desafios para a implantação dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. A cidade de Carmo/RJ traduz a complexidade dessa reforma, uma vez que abrigou por

muitos anos um hospital psiquiátrico, fechado no início dos anos 2000, levando a uma reorientação do plano de cuidados, o que demandou a construção de uma forte rede de dispositivos de atenção psicossocial e atenção primária à saúde. Após cerca de duas décadas de implantação dessa rede, constituída de Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Equipes de Saúde da Família, Samu, Centro de Referência à Infância e Adolescência e Centro de Convivência, este último de destaca nessa experiência, por trazer à tona a relevância do cuidado intersetorial, em especial com a cultura, habitação, educação, emprego e renda e assistência social, e os limites da área de saúde adentrar esses campos sem que haja uma real inserção do serviço na comunidade e no cotidiano da cidade.

Já o desconforto provocado pela angústia de mães que precisavam interromper o aleitamento materno, motivou e mobilizou uma enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Petrópolis/RJ, a desenvolver o Projeto “Amamenta Petrópolis”, promovendo a amamentação e ordenha nos Centros de Educação Infantis da cidade. Para sua implantação foi necessário construir a base legal, o apoio técnico e material, mas, sobretudo, a sensibilização dos profissionais da Educação

e da Saúde para a adesão à ideia, ao final bem-sucedida, uma vez que, para além de ser um alimento único e essencial às crianças, também fortalece os laços de parentalidade e ressignifica a creche/escola como um espaço de acolhimento. Os desafios são diários, mas há gestores e apoiadores dispostos a seguir com a experiência e demonstrar que é possível transformar o cuidado para que ele seja centrado naquele que mais precisa.

O apoio luxuoso da curadoria do IdeiaSUS-Fiocruz em parceria com o Conselho de Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro materializa a apresentação dessas experiências na forma desse livro, permitindo sua divulgação e disseminação e, ainda, nos trazem esperança. Sim, a de que somos capazes de criar, inovar e promover boas práticas de saúde e nos trazem a crença de que as palmas oferecidas pelas janelas nas casas do país, em homenagem aos profissionais de saúde e do SUS durante a pandemia da Covid-19 não foram em vão. Muito cuidado qualificado segue acontecendo silencioso ao largo e extensão do nosso país, diária e cotidianamente, em todas as áreas da saúde.

Os obstáculos financeiros, interfederativos, burocráticos e de acesso a qualificação técnica não se dissociam da gestão do SUS, pelo contrário, são capazes de minar iniciativas e experiências bem-sucedidas e inovadoras. Por isso, é preciso apoiar, acompanhar e estimular tais experiências, disseminando, assim, a cultura da construção de um sistema público de saúde de qualidade.

Anamaria Carvalho Schneider

SOBRE OS AUTORES

PREFÁCIO

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 Piraí 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

OS MUNICÍPIOS E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL: BRASIL E ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ana Maria Auler Matheus Peres

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (Cepesc) e Professora Titular do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto – Unifase FMP.

E-mail: amamperes@gmail.com

Isabelle de Almeida Motta

Historiadora Licenciada pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Assistente de Pesquisa do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (Cepesc).

E-mail: isabelledealmeidamotta@gmail.com

Marcela de Souza Caldas

Enfermeira. Mestre 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

Paulo Henrique Rodrigues

Sociólogo. Professor associado do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Mestre e Doutor em Saúde Coletiva IMS/UERJ.

E-mail: pharodrigues@gmail.com

Thauanne de Souza Gonçalves

Enfermeira. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. Bolsista Nota 10 de Doutorado da FAPERJ

E-mail: thauannesg@gmail.com

CURADORIA EM SAÚDE IDEIASUS FIOCRUZ E COSEMS RJ: MODOS DE OLHAR AS PRÁTICAS MUNICIPAIS DE GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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 IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz.

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

Leila Adesse

Médica. Doutora em Saúde Coletiva no Instituto Nacional da Mulher e da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz. Secretarias de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do município do Rio de Janeiro. Curadora da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: leila.adesse@gmail.com

Marta Gama de Magalhães

Psicóloga. Mestra em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Analista de Gestão em Saúde e Gestora da Curadoria em Saúde, IdeiaSUS – Presidência da Fiocruz. Colaboradora do Projeto Apoiadores 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 IdeiaSUS Fiocruz.

Email: simiones@gmail.com

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa. Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS - Campus Passo Fundo RS. Curadora da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz. e Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

E-mail: vanderleiapulga2@gmail.com

A REFORMA DA APS EM VOLTA REDONDA - RJ: O PROVIMENTO MÉDICO DE 100% DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Sílvia Mello dos Santos

Médica de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família pela UERJ. Apoio técnico do Setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda - RJ. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda.

E-mail: silviarji@gmail.com

Albanea Baylao Trevisan

Enfermeira. Mestre em Administração em Saúde e Especialista em Saúde da Família pela UERJ. Secretária Municipal de Saúde de Pirai.

E-mail: albatrevisan@uol.com.br

Francine da Silva Costa

Enfermeira. Pós-graduada em Saúde Pública, Auditoria em Sistemas de Saúde pela Faculdade São Camilo. Enfermeira Gerente da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

E-mail: franscrodrigues@hotmail.com

Julyana Oliveira de Araujo

Enfermeira. Enfermeira Gerencial na Unidade Básica de Saúde da Família Maria Nilce Fagundes Costa, da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

E-mail: juraujoenf@outlook.com

Lucas Reis de Barros Ribeiro

Médico. Pós-graduando em Saúde Mental pela PUC-PR. Médico da Estratégia de Saúde da Família e Responsável Técnico UBS da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

E-mail: med.lucasribeiro@gmail.com

Luisa de Carvalho Fiedler

Médica. Pós-Graduada em Medicina de Família: Ensino e Assistência do Hospital Israelita Albert Einstein e Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS) pela Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírío-

Libanês. Médica da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Preceptora do IX período do Internato médico do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA).

E-mail: luisafiedler93@gmail.com

Maicon de Avila Oliveira

Psicólogo. Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Coordenador Técnico Equipe de Consultório na Rua III da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.

E-mail: maiconavilaoliveira@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. Curadora da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: simiones@gmail.com

Tássio de Faria Huguenin

Médico Ginecologista e obstetra. Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente. Apoio médico da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Docente no UniFOA – Universidade Fundação Oswaldo Aranha.

E-mail: tassioaps@gmail.com

O CENTRO DE CONVIVÊNCIA COMO FERRAMENTA DE CUIDADO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CARMO - RJ

Érica Regina Victorio da Rocha

Psicóloga. Mestre em Atenção Psicossocial. Diretora Geral de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Carmo - RJ, Preceptora de Medicina.

E-mail: erica_victorio@hotmail.com

Angela Maria da Silva Câmara

Professora. Oficina de Centro de Convivência da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

E-mail: camaraleonina@hotmail.com

Antônio José Pinheiro da Rosa

Teólogo em Ciências da Religião. Oficineiro do Centro de Convivência da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

E-mail: antkysavelle@gmail.com

Arianna da Silva Santos

Professora. Licenciada em Dança pela UFS. Oficineira do Centro de Convivência da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

Email: santosarianna@outlook.com

Carla Laroca Nóbrega

Professora. Pós-graduada em Artes Visuais. Oficineira do Centro de Convivência da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

E-mail: carlalaroca@outlook.com

Catarina Maria Grazia Guida

Terapeuta Ocupacional. Coordenadora do Centro de Convivência Paula Cerqueira da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

E-mail: catarinaguida@hotmail.com

Marcos José Ferreira

Mestre Costelinha de Capoeira. Oficineiro do Centro de Convivência da Secretaria Municipal de Saúde de Carmo - RJ.

E-mail: marcosjoseferreira877@gmail.com

Patrícia Ferreira Moraes

Nutricionista. Referência Técnica da AUFASSAMC.

E-mail: patriciaferreira.nutricao@gmail.com

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa. Doutora em Educação com ênfase na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS - Campus Passo Fundo - RS. Curadora da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz e Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

E-mail: vanderleiapulga2@gmail.com

AMAMENTA PETRÓPOLIS – RJ: AMAMENTAÇÃO E LEITE MATERNO ORDENHADO NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIS

Patrícia Alexandre Santos

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Programa Amamenta Petrópolis e Estratégia Saúde da Família.

E-mail: patriciasalexandre@gmail.com

Danielle Carmo de Holanda Ferrer

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher.

E-mail: dcholandaferrier@gmail.com

Deborah Cinelli Corrêa Netto

Cirurgiã-dentista. Especialista em Odontopediatra pela PUC-RJ. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis – RJ, Coordenadora do PSE - Programa Saúde Escola.

E-mail: deborah.cinelli@gmail.com

Izabel Ester Pires

Nutricionista. Especialista em Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

E-mail: izabelpires1995@gmail.com

Leila Adesse

Médica. Doutora em Saúde Coletiva no Instituto Nacional da Mulher e da Criança e do Adolescente Fernandes Filgueira – Fiocruz. Secretarias de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do município do Rio de Janeiro. Curadora da Plataforma IdeiaSUS Fiocruz.

E-mail: leila.adesse@gmail.com

Lorrene Rodrigues Pimentel Rezende Nutricionista. Especialista em Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Área Técnica de Alimentação e Nutrição.

E-mail: nutri.lorrene@gmail.com

Miriã Rocha de Medeiros Paiva

Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente.

E-mail: miriamdrsenf@outlook.com

Patrícia Ramos Pereira Rodrigues

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Gerencial pela Universidade São Camilo. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Coordenadora Geral de Áreas Técnicas de Saúde.

E-mail: areastecnicaspetropolis@gmail.com

Sol da Silva

Enfermeira. Pós-graduada em Saúde da Criança e Adolescente. Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Coordenadora da Área da Saúde da Criança e Adolescente.

E-mail solsilvamartins32@gmail.com

POSFÁCIO

Anamaria Carvalho Schneider

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

E-mail: anaschneider13@gmail.com



Organizadoras

Ana Maria Auler M Peres
Claudia Beatriz Le Cocq D'Oliveira
Marcela de Souza Caldas
Marta Gama de Magalhães

