RSR Revista Saúde em Redes

v. 12, n.sup 6 (2026)
ISSN 2446-4813

ANAIS

1º CONGRESSO DO GHC 100% SUS

Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde

editora redeunida

CaEPS
Cadernos de Ensino
e Pesquisa em Saúde
ESCOLAGHC

ANAIS 2026

1° Congresso GHC 100% SUS

Emergências Climáticas, cuidados integrados e participação social: desafiospara o fortalecimento do Sistema Único de Saúde

Copyright © 2026 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

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

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Diagramação
Lucia Pouchain

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
DIRETORIA
Gilberto Barichello - Diretor-Presidente
Quelen Tanize Alves da Silva - Diretora de Inovação, Gestão do Trabalho e Educação
João Constantino Pavani Motta - Diretor Administrativo e Financeiro
Rosana Reis Nothen - Diretora Técnica

GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
Dr. Alcindo Antônio Ferla

CADERNOS DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE

EDITOR CHEFE

Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

EDITORES ASSISTENTES
Dra. Cecilia Biasibetti Soster
Dr. Elisandro Rodrigues
Dr. Rodrigo de Oliveira Azevedo

CONSELHO EDITORIAL
Dr. Airton Tetelbom Stein - UFCSPA
Dra. Ananyr Porto Fajardo - GHC/FaCS
Dra. Betina Schuler - UNISINOS
Dra. Cristianne Famer Rocha – UFRGS
Dra. Daniele Noal Gai - UFRGS
Dra. Dinara Dornfeld - GHC/CETPS
Dr. Fernando Anschau - GHC/Setor de Pesquisa
Dr. Ivo Dickmann - UNOCHAPECÓ
Dra Luciane Bisognin Ceretta - UNESC
Dra. Luciane Kopittke - GHC/PPGATSUS
Dra. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri - UFMG
Dr. Rafael Wolski de Oliveira - UNISINOS
Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - UFRGS
Dr. Ricardo de Sousa Soares - UFPB

EDIÇÃO DE CRIAÇÃO
Dra. Cecilia Biasibetti Soster

BIBLIOTECÁRIA
Luciane Berto Benedetti

@2026 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
E-ISSN: 2764-2550
DOI: https://doi.org/10.29327/26976
revista.ghc.com.br
revista@ghc.com.br

COMISSÃO ORGANIZADORA

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

André Luiz Borba Gonzales
Edimar Luz (Independente)
Eduardo de Carvalho Cavalcanti Florio
Eliane Aparecida da Cruz (Presidente)
Flávio Koutzii (Independente)
Gilberto Barichello
Guilherme Cassel

CONSELHO FISCAL

Ana Luísa Marques Fernandes (Titular - TN)
Sílvia Vaz Ibiapina (Titular)
Caio de Carvalho Mousinho (Suplente)
Marcelo Kalume Reis (Suplente)

DIRETORIA

DIRETOR-PRESIDENTE:

Gilberto Barichello

DIRETOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO:

João Constantino Pavani Motta

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE:

Rosana Reis Nothen

DIRETORA DE INOVAÇÃO, GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO:

Quelen Tanize Alves da Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO:

Alcindo Antônio Ferla
Bruno Steffen Andreis
Daniel da Silva Fernandes
William Pereira Santos

A redação dos trabalhos é exclusiva responsabilidade dos autores

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

www.redeunida.org.br

editora rede unida

Sumário

APRESENTAÇÃO

UMA TRAGÉDIA CLIMÁTICA QUE PRODUZIU MOVIMENTOS INSTITUCIONAIS DE RESILIÊNCIA E DISRUPÇÃO: NARRANDO ACONTECIMENTOS DO I CONGRESSO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 21

Alcindo Antônio Ferla, Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva, Máicon Barbosa da Silva, Bruno Steffen Andreis, Lisiane Vieira dos Santos, Gabriel Calazans Baptista

UNA TRAGEDIA CLIMATICA CHE HA GENERATO MOVIMENTI ISTITUZIONALI DI RESILIENZA E DIROMPENTI: IL RACCONTO DEGLI EVENTI DEL 1° CONGRESSO DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 32

Alcindo Antônio Ferla, Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva, Máicon Barbosa da Silva, Bruno Steffen Andreis, Lisiane Vieira dos Santos, Gabriel Calazans Baptista

UNA TRAGEDIA CLIMÁTICA QUE PRODUJO MOVIMIENTOS INSTITUCIONALES DE RESILIENCIA Y DISRUPCIÓN: NARRANDO ACONTECIMIENTOS DEL I CONGRESO DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 43

Alcindo Antônio Ferla, Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva, Máicon Barbosa da Silva, Bruno Steffen Andreis, Lisiane Vieira dos Santos, Gabriel Calazans Baptista

A CLIMATE TRAGEDY THAT PRODUCED INSTITUTIONAL MOVEMENTS OF RESILIENCE AND DISRUPTION: NARRATING EVENTS FROM THE 1ST CONGRESS OF GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 54

Alcindo Antônio Ferla, Gilberto Barichello, Quelen Tanize Alves da Silva, Máicon Barbosa da Silva, Bruno Steffen Andreis, Lisiane Vieira dos Santos, Gabriel Calazans Baptista

PREFÁCIO

A CIÊNCIA DA GESTÃO E DO CUIDADO NA ERA DAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS: O LEGADO DE RESILIÊNCIA DO SUS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO..... 64

Gilberto Barichello

PREFAZIONE

LA SCIENZA DELLA GESTIONE E DELL'ASSISTENZA NELL'ERA DELLE EMERGENZE CLIMATICHE: L'EREDITÀ DI RESILIENZA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUTE BRASILIANO (SUS), DEL MINISTERO DELLA SALUTE E DEL GRUPPO OSPEDALIERO CONCEIÇÃO 69

Gilberto Barichello

PREFACIO

LA CIENCIA DEL CUIDADO EN LA ERA DE LAS EMERGENCIAS CLIMÁTICAS: EL LEGADO DE RESILIENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) DE BRASIL, DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 74

Gilberto Barichello

PREFACE

THE SCIENCE OF MANAGEMENT AND CARE IN THE ERA OF CLIMATE EMERGENCIES: THE RESILIENCE LEGACY OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM (SUS), THE MINISTRY OF HEALTH, AND THE CONCEIÇÃO HOSPITAL GROUP..... 79

Gilberto Barichello

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DETECÇÃO DA HANSENÍASE: ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO E VIGILÂNCIA 83

Mariana Toledo Dambrós, Anna Luiza Donatti, Jocinei Santos de Arruda

TERRITÓRIO E CUIDADO EM SAÚDE: O USO DO MAPA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA AÇÕES INTEGRADAS 84

Anna Luiza Donatti, Mariana Toledo Dambrós, Jocinei Santos de Arruda

TERRITÓRIOS EM REDE: EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS NO VER-SUS COMO CAMINHO PARA A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO 85

Walquíria Victória Marschner

PROMOÇÃO DE PESQUISA POPULAR INFORMATIVA SOBRE HANSENÍASE 87

Évelin Itaela Vogt, Diully Anne Mattioni, Fernanda Carlise Mattioni, Cristianne Maria Famer Rocha

IMPLEMENTAÇÃO DO HORÁRIO ESTENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS: ENFRENTAMENTO ÀS ENCHENTES QUE ATINGIRAM O RS 89

Elem Cristina Lira Rodrigues

O PAPEL DE UM GRUPO DE IDOSOS EM UM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA CLIMÁTICA E SEU AUXÍLIO NA SOLIDÃO 91

Ana Figueiredo de Jesus, Patrícia Lichtenfels

O QUE O CLIMATE CHANGE SUMMIT 2025 NOS ENSINOU SOBRE SAÚDE, CUIDADO E CRISE CLIMÁTICA 94

Leonardo Barros do Amarante

CANNABIS MEDICINAL E REDES DE ATENÇÃO: DESAFIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL E EMANCIPATÓRIO EM SAÚDE 96

Vinícius Viana Gonçalves, Jaqueline Miotto Guarnieri

EMERGÊNCIA, RESILIÊNCIA, INOVAÇÃO E CUIDADO: ZAP DA SAÚDE SÃO LÉO 100

Tiago Sperb Machado, Gustavo da Silva Beuren

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INSTRUMENTO DE EQUIDADE NO SUS: NOTA PRELIMINAR 102

Fernando Vieira Brandalise, Martina Dallagnol Bianchi, Rossano Sartori Dal Molin, Vanusa Prestes Perini

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL EM AMBIENTE HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA DO HNSC COM A AGRICULTURA FAMILIAR 104

Marília Unello Garcez, Liziane dos Santos Figueiredo, Alex Borba dos Santos, Alvarim de Souza Severo

A FORÇA NACIONAL DO SUS NO PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE COLETIVA – GESTÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE RESIDENTES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 106

Amanda Cruz Pereira, Graziela Zagonel Picolli, Rhuan Alexander da Silva Dornelles

O AUMENTO DO NÚMERO DE NOVOS CASOS DE TUBERCULOSE ASSOCIADOS A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE 108

Ântoni Henrique Silva Koboldt, Ana Clara Cordeiro dos Santos, Djhonatan Silveira da Silva, Lucas Siqueira Dornelles

O CONTROLE SOCIAL TAMBÉM ENSINA: DEMOCRACIA, DIVERSIDADE, PARTICIPAÇÃO E APRENDIZAGEM SOBRE O SUS E SOBRE OS EVENTOS QUE DEMANDAM AÇÕES NOS TERRITÓRIOS 110

William Pereira Santos, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Tânia Aparecida de Araujo, Daniel da Silva Fernandes, Alcindo Antônio Ferla

MODELAGEM DE SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE ARMAZÉM (WMS) PARA O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 112

Roberto Lemos Meyer, Daniel Demétrio Faustino da Silva, Filipe Santana da Silva

A PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA ESTATAL 100% SUS 114

Estella Maris da Silveira Dutra 114

DESASTRES CLIMÁTICOS E SAÚDE METABÓLICA: A INFLUÊNCIA DO CALOR E DA DESIDRATAÇÃO NA RESISTÊNCIA À INSULINA 115

Thaís Gabriela Weiss, Luísa Craide Haenssgen, Lívia Borba D'Avila da Silva, Ana Rita Breier

RESPOSTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) AOS EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS: PLANEJAMENTO, MITIGAÇÃO E SUSTENTABILIDADE 117

Julio Cesar da Silva do Valle

DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EM ZOONOSES NO ENFRENTAMENTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS 119

Isabel Martins Madrid

IMPACTOS E AÇÕES DURANTE A CALAMIDADE – ENCHENTE DE MAIO DE 2024: FORNECIMENTO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL AOS PACIENTES DO GHC 121

Clarissa Félix de Oliveira, Vanessa Hegele, Rosana Mirandola, Paula Ruffoni de Souza

CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA INFORMATIZADO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO – RELATO DE EXPERIÊNCIA 123

André Falcão do rego Barros, Bruno Coutinho Barreto, Péricles Israel Pilger, Verônica Oliveira da Costa

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO GHC NO AUXILIO EMERGENCIAL ÀS VITIMAS DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL 124

Emilene Barros da Silva, Marcos Samaroni da Silveira, Maria Elisa Gassen Toffoli, Clarissa Félix de Oliveira

INSERÇÃO DO TÉCNICO DE NUTRIÇÃO NA CLÍNICA: ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL 127

Caroline de Medeiros Correia

FORMAÇÃO DE CUIDADORAS DE IDOSOS PELO PROGRAMA MULHERES MIL: INCLUSÃO SOCIAL E FORTALECIMENTO DO SUS FRENTE A EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS 128

Danielle Santos Azevedo

O LETRAMENTO E A INCLUSÃO DIGITAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO NACIONAL SOBRE FATORES DETERMINANTES 131

Laís Thiele Felipe

VIGILÂNCIA GENÔMICA AMBIENTAL COMO FERRAMENTA PARA MONITORAR A CIRCULAÇÃO DO VÍRUS DA HEPATITE A (HAV) EM ÁGUAS PLUVIAIS AFETADAS POR EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS 131

Fernanda Muckler Pereira

SABERES QUILOMBOLAS E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ABORDAGEM CONTRACOLONIAL 133

Kelen Ferreira Rodrigues, Marina Soares Mota, Jorge Tadeu Teixeira Senna, Elisângela Martins da Rosa Silveira

IMPACTO NA SAÚDE DO IDOSO FRENTE À EMERGÊNCIA CLIMÁTICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL 135

Simone Konzen Ritter, Fernanda Seidel Pinheiro, Idiane Rosset, Ana Maria Müller de Magalhães

JOGOS DE TABULEIRO COMO FERRAMENTA NO ENSINO SOBRE O SUS 137

Kethlyn Martinez Gomes, Márcia Fernanda de Mello Mendes, Nara Consuelo Martinez Gomes, Tatiane Conceição de Freitas

ALGODÃO ORGÂNICO NO SUS: SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC) 139

Bruna Moser Torres, Céres Helena Pereira de Senna, Mara Inês de Lima, Vanessa de Souza Bonilha

HORTA COMUNITÁRIA E ARBORIZAÇÃO FRUTÍFERA: ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE 142

Marli Boniatti Colle, Tiago Jakubowski Jaeger, Maria Eduarda Rocha de Oliveira, Viviane Maisa de Ávila Guez

DESINFORMAÇÃO E DESIGUALDADES SOCIAIS: FATORES ASSOCIADOS AO DESCONHECIMENTO SOBRE MUDANÇAS CLIMÁTICAS 144

Priscila Pereira da Silva Lopes, Juliana Nichterwitz Scherer, Bárbara Christina Ritter, Mellanie Fontes-Dutra

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE IMUNIZAÇÕES NO PERÍODO DA ENCHENTE DE 2024 – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 146

Renata Lobatto Capponi, Ceura Beatriz de Souza Cunha, Augusto Badin Crippa, Daniela Warschauer

EMERGÊNCIA CLIMÁTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL: ATENDIMENTO À FAMÍLIAS VÍTIMAS DA INUNDAÇÃO EM SERVIÇO DE ABORDAGEM FAMILIAR DO SUS 148

Brendha Silva Givisiez, Carmen Luiza Correa Fernandes

REDUÇÃO DO TEMPO PARA INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO SUS: RESULTADOS DO PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS 151

Fernando Anschau

ENTRE DORES E SORRISOS: REFLETINDO SOBRE O IMPACTO DE AÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA 152

Leandro Rocha da Silva

TRANSFOBIA AMBIENTAL NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL: A EXCLUSÃO DE PESSOAS TRANS E QUEER EM SITUAÇÕES DE CRISE 154

Guilherme Abreu dos Reis, Lívia Starmac Costa, Kethlyn Martinez Gomes, Márcia Fernanda de Mello Mendes

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E ENCHENTE DE 2024: RESPOSTAS IMEDIATAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL 156

Ernanda Mezaroba, Simone Konzen Ritter, Emily da Silva Eberhardt, Idiane Rosset

INSERÇÃO DA ABORDAGEM DE UMA SÓ SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – RIO GRANDE DO SUL: EDUCAÇÃO CRÍTICA PARA A TRANSFORMAÇÃO TERRITORIAL 158

Fernanda Cardoso da Silva Feijó, Sarah Caterina Schramm, Yasmin Ali

CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL : UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INOVAÇÃO E MULTIDISCIPLINARIDADE 161

Lisiane Vieira dos Santos, Verusca Buzelato Prestes, Cristiano Schuch, Maicon Barbosa da Silva

TELEATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DURANTE AS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL: EXPERIÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DIGITAL 164

Gisele Baldez Piccoli, Virgílio da Rocha Olsen, Marcelo Rocha Cardozo, José Henrique Guimarães Floriani

TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO DO TRATO GENITAL FEMININO EM REGIÕES COM SANEAMENTO PRECÁRIO 166

Eduarda Dewitte Maciel, Maria Clara Reimann, Lauren Rigoti Nardelli, Luísa Rübenich Tonietto

GOVERNANÇA INTERSETORIAL EM UMA SÓ SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA REDE SAÚDE ÚNICA (RSU/FIOCRUZ) NO RIO GRANDE DO SUL 167

Joyce Schramm, Gustavo Buss, Danielle Cavalcante, William da Silva Alves

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DUAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL 169

Andriele Luísa Hemann

ATENDIMENTO FARMACÊUTICO A PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA ORAL 170

Emilene Barros da Silva

REDE BRASIL: ESTRATÉGIAS INOVADORAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE E OUTRAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS 171

Júlia Cristine Boll, Rafaela Madeira Pereira, Fernanda Carlise Mattioni, Cristianne Maria Famer Rocha

A ATENÇÃO DOMICILIAR COMO APOIO ASSISTENCIAL PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 172

Andreia Assunção Martins, Konrad Gutterres Soares, Raquel Jeanty de Seixas Mestriner, Sati Jaber Mahmud

EXPANSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR COMO PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E PERMANÊNCIA NO AMBIENTE DOMICILIAR 174

Konrad Gutterres Soares

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ E AS PRÁTICAS DE CURA PARA O QUE NÃO É DOENÇA 176

Daniele Mileski Elgert, Oscar de Souza Santos, Alexandre do Nascimento Almeida

VIVÊNCIAS CORPORAIS E OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS TRANS QUE REALIZARAM A CIRURGIA DE MAMOPLASTIA MASCULINIZADORA 178

Daniele Mileski Elgert, Simone Ávila, Alexandre do Nascimento Almeida

IMPACTO DAS ENCHENTES NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CAUSAS AMBIENTAIS: COMPARAÇÃO ENTRE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2024 E DE 2025 EM PORTO ALEGRE (RS) 180

Lucas Grill Silva Pereira, Otavio Grill Silva Pereira, Gabriela Vasconcelos de Moura, Emmanuele Coelho Machado

CONTINUIDADE DO CUIDADO DURANTE CRISES: TELECONSULTA COMO ALTERNATIVA AO SEGUIMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS NAS ENCHENTES DE ABRIL E MAIO DE 2024 EM PORTO ALEGRE, COMPARADA AOS MESMOS MESES DE 2023 E 2025 181

Lucas Grill Silva Pereira, Otavio Grill Silva Pereira, Gabriela Vasconcelos de Moura, Emmanuele Coelho Machado

ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS EM ABRIGOS ABERTOS EM DECORRÊNCIA DO DESASTRE POR CHUVAS INTENSAS E INUNDAÇÕES EM 2024 182

Gabriela Oliveira da Cunha, Marcelo Coelho da Silva, Alex Elias Lamas, Roxana Pinto Nishimura

TRATAMENTO DE ÚLCERA CUTÂNEA SECUNDÁRIA A POLICITEMIA VERA: RELATO DE CASO 184

Luciana Zinn Sostizzo, Eduarda Cristina da Silva, Dóris Baratz Menegon, Taline Bavaresco

DETECÇÃO DE NOROVÍRUS GI E GII EM ÁGUAS URBANAS DURANTE EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS: EVIDÊNCIAS DE RISCOS EMERGENTES 185

Luisa Setovski da Silveira

ENCHENTES EM PORTO ALEGRE E A VIVÊNCIA DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE 187

Luisa Setovski da Silveira

ENFRENTAMENTO ÀS ENCHENTES E A VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: PLANO DE CONJUNTO DE CONTINGÊNCIA RIO GRANDE DO SUL- RIO DE JANEIRO COM ÊNFASE NO SUS 190

Hosana Angelica Elliot Murta

IMPACTO DAS ENCHENTES NA OCORRÊNCIA DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE ECOLÓGICA (2023-2024) 192

Luiza Périco Borges, Larissa Coimbra Pereira, Ana Laura Brill Thum, Meligreize Zan

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO- HEMATOLÓGICO: ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM 2025 194

Gabriele Peres de Sousa

RESPOSTA RÁPIDA EM MEIO AO CAOS: AÇÃO EMERGENCIAL INTEGRADA FRENTE À MAIOR TRAGÉDIA CLIMÁTICA DO RIO GRANDE DO SUL 195

Maria Letícia Rodrigues Ikeda, Simone Ávila

ESTRATÉGIAS DE APOIO À APS NO CONTEXTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS DESENVOLVIDOS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS 196

Beatriz Raffi Lerm

IMPLANTAÇÃO DE ENERGIAS RENOVÁVEIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS 207

João Vinicius Schultz

FORMAÇÃO DE MONITORES NA 4ª CNGTES: DIVERSIDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS FORMATIVAS NO PROJETO "SAÚDE E DEMOCRACIA" 216

William Pereira Santos, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Tânia Aparecida de Araújo, Alcindo Antônio Ferla

AS DIMENSÕES DE UM TRABALHO INTERSETORIAL: APRENDIZAGENS E CONSTRUÇÕES EM UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL 219

Míriam Thais Guterres Dias, Elisangela Martins da Rosa Silveira

CONTRIBUIÇÕES DA CLASSE HOSPITALAR PARA A SAÚDE EMOCIONAL DOS ESTUDANTES EM INTERNAÇÃO 228

Adriane Vidal Vaz

4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: TRABALHADORES DO SUS COMO AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL 236

Maryana Alves Pedroza

APLICAÇÃO DA GESTÃO DE REQUISITOS NO SETOR DA SAÚDE 242

Brenda de Carvalho Ferreira, Carlos Aderbal Pereira Soares, Joseph Hakkinen Alves Santos, Juliana Giazzon Cavalli

EFICIÊNCIA HÍDRICA NO SUS: ESTRATÉGIA DE GESTÃO AMBIENTAL DIANTE DAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS 252

Alândia Keli Vilar de Araújo, Aline Assumpção Rodrigues Pinto, Rodrigo Prata de Oliveira, Romeu dos Santos Carneiro

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS EM CONTEXTOS SANITÁRIOS ADVERSOS: TENSÕES ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA 260

Eduardo Doering Zanella, José Roque Junges, Marina Rizza Fontoura, Sara Júlia Franzon

ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA DE TRABALHADORES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO DURANTE A CRISE CLIMÁTICA NO RIO GRANDE DO SUL 269

Lisiane Vieira dos Santos, Fernanda Picetti dos Santos, Aline Zeller Branchi

REGULAÇÃO HOSPITALAR: ARTICULAÇÃO DO CUIDADO COM A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE PARA A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PÓS-ALTA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR 272

Daniel Pires Conceição, Maria do Amparo de Lima, Roberta Machado da Costa Lameira

TECNOLOGIAS E INOVAÇÕES NAS AÇÕES DE CUIDAR, ENSINAR-APRENDER E NA GESTÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A DESASTRES 282

Roberta Machado da Costa Lameira, Joyce Costa Regis, Daniel Pires Conceição

GALT: GRUPO DE APOIO AO LARINGECTOMIZADO TOTAL 289

Rosimeri Limeira Ramos

ESTRATÉGIAS DE APOIO À APS NO CONTEXTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS DESENVOLVIDAS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS 292

Beatriz Raffi Lerm

RACISMO INSTITUCIONAL E O (NÃO)CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO DE MARIA ISABEL 296

Rose Mari Ferreira

ATUAÇÃO DOS TRABALHADORES NA SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM MISSÕES HUMANITÁRIAS: UMA LINHA DE TEMPO 299

Roselaine Murlik

UM NOVO FLORESCER 303
Gerusa Bittencourt

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE A MORTALIDADE E SUPERLOTAÇÃO NA UPA MOACYR SCLIAR: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA 304
Vinícius da Silva Leonhardt Monteiro, Carolina Zeni, Jesse James Marquezotti Selistre, Renata Alampi Moreira

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO ELO FUNDAMENTAL ENTRE COMUNIDADES RIBEIRINHAS E O NAVIO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA MARINHA DO BRASIL 311
Natália Paloschi Casagrande, Murilo Santos de Carvalho, Amanda Almeida Barcelos Carlos, Liane Nanci Rotta

ENTRE ENCHENTES E ESTIAGENS: A TESSITURA DE UM NOVO MUNDO NO CUIDADO PSICOSSOCIAL E INTERSETORIAL 313
Manoela Sassi Fantoni, Pamela Kenne

GESTÃO DE ENFERMAGEM E ORGANIZAÇÃO DE UM ABRIGO PÚBLICO PARA EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS NA ZONA NORTE DE PORTO ALEGRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA 317
Georges Peres de Oliveira, Susiane Czenvimski Ferreira

EKOBÉ: VIDA QUE VEM DA TERRA 321
Luciana Moreira Eufrazio, Maria Fernanda Rosa dos Santos, Monica Messias, Renata Rodrigues Lopes

PROJETO LIVROS COLORIDOS: A PALAVRA COMO SUPORTE DE VIDA NO REINO DA DOR E DA MORTE 325
Luciana Eufrasio, Maria Fernanda Rosa dos Santos Patrícia Lopes, Renata Rodrigues Lopes

COMUNICAÇÃO PÚBLICA HUMANIZADA E FUNCIONAL NO HFB/GHC 329
Vinícius Nogueira Duarte, Gabryelle Gonçalves dos Santos, Stephanye Vitoria Soares da Silva Correa

MULHERES PRETAS NA GESTÃO: MOVIMENTANDO PROCESSOS PARA A EFETIVAÇÃO DA DIVERSIDADE E DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO 332

VER-SUS E FORMAÇÃO EM COMUNICAÇÃO: ENTRE TERRITÓRIOS, SONS E IMAGENS 338
Márcia Fernanda de Méllo Mendes, Kethlyn Martinez Gomes, Jorge Marcos Mazarem Izaguirre, Lívia Starmac Costa

REDE DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: ESTAMOS ORGANIZADOS PARA ATUAR EM DESASTRES? 342
Glaucia Fragoso Hohenberger

A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO À DENGUE .. 343
Ana Celina de Souza

ARTICULAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS: O PERCURSO DO "CAMINHO DAS ÁGUAS", PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DE CRISES 347
Victoria Mello Fernandes, Morgana Schena Wickert, Marisete de Azevedo, Milena Leal Pacheco

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CURSO DE ATUALIZAÇÃO "ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES SOCIOAMBIENTAIS: O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS" COM SEDE EM GUAÍBA (RS) 350
Manuella Melo Cezar Vilar, Marcos Silveira da Costa Santos, Maria de Fátima Bueno Fischer, Marlon Bastos Farias

GARANTIA DO CUIDADO EM TEMPOS DE CRISE CLIMÁTICA: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR 354

Cristina Nunes Viana, Ilva Inês Rigo, Mauro Binz Kalil, Renata Müller Guarani Husch

O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS: REFLEXÕES SOBRE OS TERRITÓRIOS ATINGIDOS PELA ENCHENTE DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL 356

Raquel Moreira Wazlawosky, Jaqueline Tavares de Assis, Luiz Alberto dos Santos Ferreira, Nilson Lira Lopes

AS REPERCUSSÕES DA CRISE CLIMÁTICA NA SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E CAMINHOS PARA UM SUS RESILIENTE 359

Geraldo de Freitas de Souza Junior, Bruna Rodrigues Bosse, Ariel Siqueira Lemo, Antoni Henrique Silva Koboldt

IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DO ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS E EXAMES AMBULATORIAIS: UMA ANÁLISE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA MARIA (RS) 361

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DOS MUNICÍPIOS DE CHARQUEADAS E MINAS DO LEÃO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL 363

Mikael Leote de Oliveira, Pedro Henrique do Amaral Janoski, Fábio Caldana, Rosangela Dornelles

A TECITURA DOS AFLUENTES QUE DESAGUAM EM NÓS, OCEANOS DA RESILIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL 365

Elisa Helena Grumann, Gerônimo Paludo, Milena Leal Pacheco

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE TRIUNFO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL 367

Francieli dos Santos de Godoy, Lavínia da Silva Castro, Fábio Caldana, Rosangela Dornelles

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE AS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA NO SUS: ANÁLISE ECOLÓGICA (2022-2024) 368

Ana Cecília Marques, Larissa Coimbra Pereira, Júlia Lorenzetti Tomasetto, Ludymila da Silva Zuchetto

RELAÇÃO ENTRE VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E ACESSO A UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM BAIRROS DE PORTO ALEGRE 370

Júlia Lorenzetti Tomasetto, Larissa Coimbra Pereira, Ludymila da Silva Zuchetto, Ana Cecília Marques

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE GENERAL CÂMARA DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL. 372

Ângela Pascotini Penning, Daniela Konflanz Bubolz, Fábio Caldana, Rosangela Dornelles

PAPO RESPONSA NA AMAZÔNIA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA AGENTES DA TRANSFORMAÇÃO 373

Heitor Goveia de Souza, Yasmin Lyandra Bronstrup, Antônio Luis Dellamea, Claudia Bica

AURICULOTERAPIA COMO CUIDADO INTEGRATIVO NO PÓS-DESASTRE DE 2024: EXPERIÊNCIA EM BENTO GONÇALVES (RS) 375

Núbia Beche Lopes, Karen Cristiane Pereira de Morais, Ângela Kemel Zanella, Rosangela Marion da Silva

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE INDÍGENA NO AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UTI PEDIÁTRICA COM PACIENTE MBYÁ-GUARANI 378

Roselaine Murlik, Gabriel Tesche Roman, Flávia Ohlweiler Pinheiro, Juliane Carminati

AURICULOTERAPIA COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO E BEM-ESTAR NO PÓS-DESASTRE NATURAL DO RIO GRANDE DO SUL 381

Núbia Beche Lopes, Karen Cristiane Pereira de Morais, Ângela Kemel Zanella, Rosangela Marion da Silva

OS PRINCÍPIOS DO SUS APLICADOS DURANTE A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA DE 2024: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA EM UM ABRIGO PARA DESABRIGADOS NA CIDADE DE PELOTAS (RS) 382

Roger Waters Lima dos Santos, Letícia Oliveira de Menezes, Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira, Alice Duarte Lisboa

ENTRE A CRISE E O CUIDADO: O PAPEL DO SUS NAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS DO VALE DO TAQUARI 385

Andrey Godoy Duarte, Luiz Augusto Soares Silva

TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR ASMA E DPOC EM REGIÕES BRASILEIRAS COM MAIOR INCIDÊNCIA DE QUEIMADAS (2014-2023) 390

Larissa Coimbra Pereira

FISIOTERAPIA PÉLVICA NO SUS: RESULTADOS E APRENDIZADOS DO PROJETO DE EXTENSÃO SAÚDE PARA TODAS 391

Natália Paloschi Casagrande, Dyulia Chrusciel Gornicki, Aline Ester Alves Viana, Gabriela Tomedi Leites

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES SOCIOAMBIENTAIS: O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 393

Jaqueline Tavares de Assis, Milena Leal Pacheco, André Vinicius Pires Guerrero, Daniela Palma Araújo

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO JERÔNIMO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL 397

Adry Willian Battochia, Ana Paula Baptista Lima, Fábio Caldana, Rosangela Dornelles

COLETIVAMENTE – SAÚDE COLETIVA EM PAUTA 398

Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira, Bruna Fantinatti Guimarães, Miguel Oliveira Marques, Aline Duarte Lisboa

COZINHAS SOLIDÁRIAS E MUDANÇAS CLIMÁTICAS: RESPOSTAS COMUNITÁRIAS EM TEMPOS DE CRISE 399

Leonardo Konrath da Silveira, Juliana Nichterwitz Scherer, Priscila Pereira da Silva Lopes, Mellanie Fontes-Dutra

QUAL O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS NA RESPOSTA DO SUS ÀS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS? 401

Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira, Luciana Corrêa de Barros Cevenini, Tiago Maas, Natália Franco Tissot

A COLCHA DE RETALHOS – CONFERÊNCIA LIVRE: O IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NA SAÚDE, ETAPA PREPARATÓRIA PARA A 5ª CNMA/2025: O QUE EU, CIDADÃO, QUERO PARA ESSA CONFERÊNCIA? 403

Roselaine Murlik, Giovanna Pandolfo, Ana Lucia Valdez Poletto, Gislaine Lopes de Moraes

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE BARÃO DO TRIUNFO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL 404

Eduarda Macarini Nicoleti, Gabriela Przybulinski Prezotto Pinheiro, Fábio Caldana, Rosangela Dornelles

SAÚDE, TERRITÓRIO E JUSTIÇA AMBIENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DO PEA FOCO NO NORTE FLUMINENSE 405

Felipe da Silva Justo, Caroline Terra de Oliveira, Maria Odete da Rosa Pereira

TERRITÓRIO, VULNERABILIDADE E PARTICIPAÇÃO: O USO DE MAPAS VIVOS PARA FORTALECER A RESPOSTA DA APS ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS 415

Carolina Gomes da Silveira, Délisson Pereira da Luz, Giancarlo Tomazzoni de Oliveira, Thaina Silva de Lima

PROMOÇÃO DA VIDA, ARTE E SAÚDE: AÇÕES DE INTERAÇÃO, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E CUIDADO DE ESTUDANTES DE MEDICINA E RESIDENTES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO RS 419

Thalia Araujo Bezerra, Breno Silva Gomes, Carlos Augusto Macedo Callou

COMITÊ PELA VIDA E O ENCONTRO DA MEDICINA COM A HUMANIDADE 422

Thalia Araujo Bezerra, Breno Silva Gomes, Carlos Augusto Macedo Callou, Vanderléia Laodete Pulga

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE A SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS E CUIDADOS INTEGRADOS NO SUS 425

Gabriel Souza Scolari, Ludymila da Silva Zuchetto, Larissa Coimbra Pereira

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: UM ESTUDO DE CASO NA GERÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DIVERSIDADE DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO GHC 432

Mônica de Souza Messias, Annyeli Damião Nascimento

PERFIL DOS MORADORES DO BAIRRO MARÉ ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO/ GHC 439

Jessé Mendonça de Oliveira, Annyeli Damião Nascimento

A ACUPUNTURA COMO FERRAMENTA DE APOIO A SAÚDE MENTAL DE PESSOAS VÍTIMAS DE EVENTOS CLIMÁTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL DO INNAP AOS AFLIGIDOS PELAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL 447

Cristiano Silveira Neves, Ivo de Oliveira Leal João Ernesto Barbosa Piccoli, Natália Fernandes do Nascimento

EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS, CUIDADOS INTEGRADOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: DESAFIOS PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) 454

Lucinete Barros dos Reis

VOLUNTARIADO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO – ATUALIDADES E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO EM SAÚDE 456

Luciana Moreira Eufrázio, Patricia Lopes Ferreira Pinto dos Santos

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL EM 2024 459

Natália Fernandes do Nascimento, Ivo de Oliveira Leal, João Ernesto Barbosa Piccoli, Rhuan Alexander da Silva Dornelles

MUDANÇAS CLIMÁTICAS, RACISMO AMBIENTAL E ENVELHECIMENTO: A VULNERABILIDADE DOS IDOSOS NEGROS NO BRASIL 467

Jeferson Souto Pinheiro, Marlete Andrize de Oliveira

LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL EM CENÁRIOS DE DESASTRES CLIMÁTICOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O SUS 471

Larissa Coimbra Pereira, Ana Cecília Marques, Ludymila da Silva Zuchetto, Júlia Lorenzetti Tomasetto

TELEATENDIMENTO NO SUS COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO EM REGIÕES ISOLADAS POR DESASTRES AMBIENTAIS: REVISÃO NARRATIVA 474

Larissa Coimbra Pereira, Ana Cecília Marques, Ludymila da Silva Zuchetto, Júlia Lorenzetti Tomasetto

ATUAÇÃO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO DESASTRE DAS ENCHENTES NO MUNICÍPIO DE CANOAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA 476

Lilian Lopes Mattos, Cristiane Kenes Nunes, Jessica Pereira Souza

TÍTULO PROJETO PÚRPURA: ASSISTÊNCIA, PROTEÇÃO E IGUALDADE - RESPOSTA HUMANITÁRIA À CRISE CLIMÁTICA NO RIO GRANDE DO SUL COM FOCO EM DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS 478

Kelly Caroline Costa Portolan, Évilin Costa Gueterres, Ana Cristina Artz, Luciane Gomes

PANORAMA DA LEPTOSPIROSE NO RIO GRANDE DO SUL ENTRE 2020 E 2025 481

Hárisson Lucas Hossa, Camila Felix Simianer, Isabela Martins Lamas, Guilherme Tomasi

O COMPUTADOR PODE NOS AJUDAR A VENCER O DIABETES? LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL 483

Marco Aurélio Silva, Évelin Itaela Vogt

O CUIDADO AO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DURANTE AS ENCHENTES NO MUNICÍPIO DE CANOAS 485

Lilian Lopes Mattos, Cristiane Kenes Nunes, Andressa dos Santos Schoen

A EDUCAÇÃO EM E NA SAÚDE COMO RESISTÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AOS AGROTÓXICOS AGRÍCOLAS EM RONDA ALTA (RS) 487

Carla Agostini, Rafael Arenhaldt

TERREIROS, SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E SAÚDE COLETIVA: SABERES TRADICIONAIS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO E À DESIGUALDADE EM SAÚDE 496

Ana Cristina Bergalo, Rosemar Silva da Silva, Rose Mari Ferreira

PLANEJAMENTO URBANO, ESGOTO PLUVIAL E VIGILÂNCIA COMUNITÁRIA: DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA CIDADES ANTIGAS DO RIO GRANDE DO SUL FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS 504

Vinícius Viana Gonçalves, Patricia da Costa Shibayama

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DE DOENÇAS INFECCIOSAS APÓS EVENTOS CLIMÁTICOS 507

Ingrid Teixeira Favorato, Aline Ramos Velasco, Fernanda Rocha Gorgulho, Paula Engel Martini, Manuella Reffatti Ciocca, Estela Augusta Sanchez Cirne, Júlia Schmitz Moschen

DESASTRES NATURAIS E MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL - UMA ANÁLISE DE VULNERABILIDADES ACUMULADAS (2010-2022) 511

Paula Engel Martini, Sophia Vanz de Andrade Canabarro, Daniela Seibert Alves, Nathália Feiten Stecker

RÁDIO TRAVESSIA – A RÁDIO FLUTUANTE EPISÓDIO 4: E AS ILHAS? 514

Gabriela Brasil Severgnini, Jorge Marcos Mazarem Izaguirre, Rosemar Silva da Silva, Márcia Fernanda de Mello Mendes

A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES REALIZADAS ATRAVÉS DA SUSTENTABILIDADE PLANETÁRIA NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA 516

Michele dos Santos Rodrigues Cotrim, Aline Ramos Velasco

ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO AO SURTO DE DENGUE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 518

Amanda Von der Heyde de Oliveira, Simone Valvassori

ORGANIZAÇÃO DO ABRIGO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PELOTAS DURANTE ENXURRADAS DE MAIO/2024 521

Bruna Abbud da Silva, Lilian Tavares, Mariana Borges, Mariana Vargas

ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM ABRIGO PÚBLICO EM PELOTAS (RS) 523

Ingrid Miriam Oliveira, Bruna Abbud da Silva

LEPTOSPIROSE EM GESTANTES NO BRASIL: IMPACTO DE EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS ENTRE 2020 E 2024 526

Isadora Grings Pereira, Julia Zagoury Carafini, Victória Biscaglia Neves, Laura Maria Plocharski Pedroso Brock

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO INCLUSIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PAPEL DA CEPPAM NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 529

Maria Salette Verdi da Silva, Ângela Gomes Susiane Czenvimski Ferreira, Alberi Adolfo Feltrin

RESPOSTA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR AO DESABASTECIMENTO DE INSULINA REGULAR: EXPERIÊNCIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 2024/2025 531

Marcos Rafael Silva Almeida, Rafaela de Oliveira Munhoz, Catiane Tiecher Cusinato, Maria Elisa Gassen Toffoli

O ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO NA RUA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE AS ENCHENTES EM PORTO ALEGRE 533

Carla Felix dos Santos

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS FERIDAS COMPLEXAS DURANTE AS ENCHENTES NO RS: RELATO DE CASO CLÍNICO COM ÊNFASE NA ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM ABRIGO TEMPORÁRIO 535

Lilian Rubira da Silva, Ana Alice Maciel, Candida Garcia Sinott Silveira Rodrigues

GESTÃO DE MATERIAIS MÉDICOS: INOVAÇÃO SUSTENTÁVEL A SERVIÇO DO SUS 538

Cristiane Lima Abrahão

GESTÃO LOGÍSTICA EMERGENCIAL NO SUS: A ATUAÇÃO DO GHC DURANTE AS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL NO ANO DE 2024 541

Cristiane Lima Abrahão, Andrea Augustin, Priscila Mendes, Rui Flores

O TAMBOR DE IBEJI ECOA AFASTANDO A MORTE DAS TERRAS DE UM HOSPITAL FEDERAL NO RIO DE JANEIRO 544

Maria Fernanda Rosa dos Santos, Renata Rodrigues Lopes, Monica Messias Patrícia Sequeira

PROTOCOLO ONCOBUSCA: UMA INOVAÇÃO PARA O CUIDADO CONTINUADO ONCOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E SOCIOECONÔMICA 546

Francisca Maria da Silva Nobre Paiva, Aline Ramos Velasco, Fernanda Rocha Gorgulho, Juliana Pessoa Detogne Surlo

SAÚDE PLANETÁRIA: AÇÕES FORMATIVAS PARA CONSCIENTIZAÇÃO AMBIENTAL NO AMBIENTE HOSPITALAR 549

Francisca Maria da Silva Nobre Paiva, Aline Ramos Velasco, Fernanda Rocha Gorgulho, Juliana Pessoa Detogne Surlo

A PRÁTICA DA HORTICULTURA E OS SABERES DAS COMUNIDADES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 551

Magnólia Aparecida Silva da Silva, Agda Henk, Almerinda Argenta, Elisabeth Susana Wartchow

RODA DE MULHERES: O PODER DO CÍRCULO E DA PALAVRA NO FORTALECIMENTO DO FEMININO NA SAÚDE..... 553

Luciana Moreira Eufrázio, Maria Fernanda Rosa dos Santos, Michelle da Silva Garcia, Renata Rodrigues Lopes

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

APRESENTAÇÃO

UMA TRAGÉDIA CLIMÁTICA QUE PRODUZIU MOVIMENTOS INSTITUCIONAIS DE RESILIÊNCIA E DISRUPÇÃO: NARRANDO ACONTECIMENTOS DO I CONGRESSO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Alcindo Antônio Ferla[1]
Gilberto Barichello[2]
Quelen Tanize Alves da Silva[3]
Máicon Barbosa da Silva[4]
Bruno Steffen Andreis[5]
Lisiane Vieira dos Santos[6]
Gabriel Calazans Baptista[7]

Introdução

No período de 28 a 30 de agosto de 2025, foi realizado o **I Congresso do Grupo Hospitalar Conceição**, no Centro de Eventos da FIERGS, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Esta publicação compartilha os mais de 170 trabalhos apresentados nas diversas rodas de conversa que compuseram a programação do evento. O tema central foi "Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)". O congresso mobilizou um volume significativo de recursos organizacionais e de tempo, até mais do que recursos financeiros, e essa situação pode ser explicada por algumas ideias que nos ocuparemos de apresentar.

A programação procurou articular temas relevantes e que já vinham sendo propostos, mas com ênfases temáticas muito específicas que mantinham fragmentados os processos que incidem sobre o trabalho realizado por agentes de políticas públicas e, singularmente, por trabalhadores e trabalhadoras da saúde. As ações prévias incluíam a participação em missões da Força Nacional do SUS e em incidentes nos territórios de referência e na rede de serviços própria. Mas o envolvimento institucional, presente pontualmente em episódios locais, nacionais e internacionais, estava distante das recomendações internacionais de que o sistema e os serviços de saúde sejam o centro das respostas às emergências climáticas. (WHO, 2023). O Congresso alavancou a integração, a expansão e a abrangência das ações, sem desconsiderar a experiência antecedente.

Desde 2001, em diversas situações, como desastres naturais, acidentes de grandes proporções e conflitos étnicos e geográficos, o GHC enviou equipes para apoiar a Força Nacional de Saúde. Entre as missões compostas por trabalhadores do GHC, podem ser citadas: Timor Leste e Haiti (cooperação humanitária internacional

1 Médico, doutor em educação, professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, gerente de Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação do GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6938715472729668. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504
2 Advogado, sanitarista, mestre em gestão de serviços, diretor-presidente do Grupo Hospitalar Conceição.
3 Fisioterapeuta, doutora em saúde coletiva, diretora de inovação, testão do trabalho e da educação na saúde do GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0791269795126912. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5464-6307.
4 Advogado, mestre em psicologia, gerente da assessoria jurídica do GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8311816801583531. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0809-9239
5 Arquiteto em formação, membro da comissão organizadora do I Congresso do Grupo Hospitalar Conceição. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4770132073159375. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9859-7237
6 Enfermeira, doutoranda em enfermagem, chefe de gabinete do Diretor Presidente do GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7002141857664667. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0565-0630
7 Psicólogo, doutor em psicologia, coordenador de pesquisas do GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7929046394572193. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7391-8803

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

para o enfrentamento de terremotos, emergências climáticas e crises humanitárias), Alagoas e Pernambuco (enchentes), Rio de Janeiro (desastres climáticos na Região Serrana e Jogos Olímpicos e Paralímpicos), Roraima (crise humanitária e sanitária no território indígena Yanomami), Mato Grosso (arboviroses), entre outros. Além da atuação em eventos climáticos e emergências sanitárias em outros países e em outros estados do Brasil, a atuação em municípios gaúchos também foi significativa: em vários municípios das regiões dos vales, serra e metropolitana nas emergências climáticas de 2023 e 2024, em São Lourenço do Sul (emergências climáticas) e em Santa Maria (incêndio na Boate Kiss). Em Porto Alegre e na Região Metropolitana, durante o enfrentamento à dengue e à gripe A (H1N1), também houve atuação da Força Nacional de Saúde envolvendo trabalhadores do GHC (GHC, 2009-2010; 2023; 2025).

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de forma muito intensa, a emergência climática de maio de 2024 tomou instalações e interseccionou processos de trabalho, dado que a Força Nacional de Saúde (assim como outras iniciativas do Governo Federal mobilizadas para o enfrentamento da condição aguda da enchente e para as primeiras iniciativas de reconstrução do sistema de saúde e da infraestrutura das políticas sociais e da economia do estado) ficou sediada, em grande medida, nas instalações do GHC, obtendo apoio significativo nos processos de trabalho desenvolvidos no seu interior. Ou seja, a dinâmica do GHC não foi atingida apenas pelos danos materiais e pelos prejuízos em relação à disponibilidade da força de trabalho, de forma direta e indireta (familiares e pessoas próximas atingidas). O cotidiano do complexo de serviços foi afetado pela sobrecarga de trabalho assistencial, mas também pelo planejamento e pela execução das estratégias do Governo Federal para mitigar os efeitos da emergência climática no território gaúcho. O "quadrilátero da formação em saúde" (Ceccim; Feuerwerker, 2004) foi colocado num movimento frenético, com tensões fortes em cada um dos seus vértices.

Para além da condição pragmática relatada nos parágrafos anteriores, a dinâmica cotidiana do GHC nos aproximadamente três meses em que os efeitos agudos da emergência climática de 2024 atingiram o território gaúcho foi profundamente afetada, tanto em termos de danos estruturais e perda de insumos quanto em iniciativas que atingiram os seus trabalhadores e trabalhadoras. O mapeamento rápido e permanente dos empregados atingidos pela enchente, o suporte psicológico integrado, a conversão de salas em dormitórios, a oferta de transporte gratuito, a abertura de espaços de convívio e acolhimento para os filhos dos funcionários, a contratação temporária de 890 trabalhadores para suprir as demandas de trabalho provocadas pelo impedimento dos empregados afetados pela enchente, entre outras ações, foram situações bastante impactantes para a dinâmica institucional e para a dimensão micropolítica do trabalho.

Neste artigo, além de cumprir a função de apresentar e contextualizar o material que compõe a publicação (os trabalhos apresentados em rodas de conversa, como disseminação científica e, igualmente, como estratégia de educação permanente em saúde), nos propusemos a estruturar uma narrativa que explicita as conexões entre o evento, a imagem e o cotidiano institucional de um complexo de serviços de saúde de grande abrangência e relevância, de tal forma que não seja compreendido apenas como evento, mas como *acontecimento*. O *acontecimento*, na filosofia crítica, significa um fato que ocupa e ultrapassa a fronteira do pensamento vigente num determinado tempo; uma emergência que produz novos sentidos e rompe com a ordem anterior das coisas (Deleuze, 2006), ou seja, que surge de forma algo imprevisível e abre espaço para novos possíveis, como multiplicidades. Na linguagem e no pensamento, o *acontecimento* ocupa um sentido de fronteira, desprendendo-se dos objetos estáticos e da realidade visível. Também tem uma dimensão ética, que é a abertura do desejo ("estar à altura dele") para captar e compreender uma verdade que opera transformações na existência. (Deleuze; Guattari, 1992; Deleuze, 2006). A emergência climática desesperou, despedaçou, lançou pessoas à própria sorte, mas também despertou um sentido de responsabilidade para os fazeres da saúde e de solidariedade àqueles que estavam em condições de maior fragilidade.

O *acontecimento*, diferente de um fato em si ou das interpretações que se fazem sobre ele, define algo inédito, emergente, que produz novos sentidos e libera o pensamento da ordem anterior das coisas, atuando

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

mais como devir do que como uma simples e linear sucessão de causas e efeitos (Deleuze, 2006). Com inspiração na filosofia crítica francesa, mas com o pé no cotidiano do trabalho institucional em tempos de crises sanitárias e climáticas, o *acontecimento* aqui diz de movimentos que não são apenas a tradução da sobrecarga de trabalho no complexo de serviços diante das emergências climáticas. Fala de uma ordem de coisas que emerge nesse contexto e produz outro GHC, com o desenvolvimento de novos processos de trabalho e novas ideias, que "estava aí", na cena institucional, mas que estavam soterradas em um fazer institucional que parecia restrito à assistência às pessoas doentes e, em particular, aos atingidos pelas sucessivas emergências.

Do lugar de onde falamos sobre isso, de onde narramos o Congresso como *acontecimento*, estão visíveis movimentos institucionais derivados de forças que produzem tensões entre si e com os modelos de pensamento mais tomados pela lógica da saúde como assistência às doenças e seus sinais e sintomas. A emergência do acontecimento no cotidiano institucional também é uma inovação quando consideramos os serviços de saúde, sobretudo os hospitais, como instituições complexas, mas colonizadas por uma ordem moderna que é, ao mesmo tempo, política e pedagógica. (Ferla, 2002; 2021). A participação, a programação e a produção de autorias compartilhadas nas rodas de conversa da programação, no nosso entendimento, sinalizam um Congresso-acontecimento.

As emergências climáticas e os serviços de saúde: qual intencionalidade do Congresso?

As marcas das principais emergências climáticas e sanitárias e tragédias ambientais compõem o "corpo organizativo" do GHC, pela participação em inúmeras frentes de trabalho externas e internas, como se revisou brevemente acima. A literatura alerta que eventos relevantes das emergências climáticas são expressivos atualmente e serão mais frequentes e graves no futuro. (WHO, 2023). Mas a motivação para a realização do I Congresso do Grupo Hospitalar Conceição incluiu uma leitura da Direção, sintonizada com as orientações do Ministério da Saúde e as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), que deslocou o eixo das ações realizadas, consolidando uma compreensão de que é preciso preparar-se, reorientar a ação institucional para o enfrentamento das consequências e reconstruir fluxos, processos e estruturas, com a inteligência do fazer aprendendo (Ferla, 2021).

Uma das estratégias globais para o monitoramento e a previsão de crises climáticas e ambientais, das quais o Brasil faz parte, é o Painel Intergovernamental sobre Mudança do Clima (IPCC), criado pelo Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (ONU Meio Ambiente) e pela Organização Meteorológica Mundial (OMM) ainda em 1988. Tem como objetivo fornecer aos formuladores de políticas avaliações científicas regulares sobre a mudança do clima, suas implicações e possíveis riscos futuros, bem como para propor opções de adaptação e mitigação. (IPCC, 2020). Segundo a literatura, as previsões e predições oferecem uma oportunidade para antecipar respostas, fornecendo bases sólidas para a tomada de decisões, e a mitigação dos efeitos, sobre a vida e a provisão de condições adequadas para mantê-la (WMO, 2026).

A ação dos organismos internacionais, como o IPCC, prospecta modelos, sistematiza o estado do conhecimento sobre a mudança do clima, identifica onde há consenso na comunidade científica e em que áreas mais pesquisas são necessárias. As avaliações e os modelos preditivos constituem insumos fundamentais para as negociações internacionais que visam ao enfrentamento da mudança do clima. Nos últimos anos, e para os próximos meses, há alertas fortes que indicam a necessidade de coordenação de respostas, de qualificação dos serviços de informação climática e de apoio aos sistemas de alerta precoce para ajudar os governos, os organismos humanitários, os setores mais sensíveis ao clima (como a agricultura e a saúde) e as comunidades mais expostas às vulnerabilidades climáticas a se prepararem diante dos possíveis impactos das emergências climáticas. (WMO, 2026).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

As previsões sobre as alterações climáticas, mas também sobre outras temáticas que envolvem risco de crises sanitárias de grandes proporções em territórios localizados ou planetários, ainda são algo otimistas quando prospectam cenários futuros, sobretudo na presença das articulações internacionais e de decisões governamentais e na mobilização da sociedade civil. As orientações envolvem a garantia de coerência, clareza e precisão nas políticas, com decisões governamentais para alinhar políticas, incentivos e recursos para acelerar a transição energética justa; o investimento em infraestrutura necessária para o sistema energético do próximo século; a atenção às novas demandas por eletricidade com energias renováveis, especialmente para setores em rápido crescimento, como o das grandes empresas de tecnologia, singularmente em relação à Inteligência Artificial (IA) e aos centros de dados; o deslocamento das pessoas e da equidade para o centro da transição energética justa para impulsionar o desenvolvimento econômico local inclusivo; de aceleração da transição por meio do aumento da cooperação em comércio e investimento entre instituições e serviços; a eliminação de barreiras estruturais para mobilizar financiamento para a transição energética nos países em desenvolvimento. Segundo as orientações atuais, o desenvolvimento e a implantação de tecnologias de energia limpa para substituir os combustíveis fósseis são o imperativo econômico e a oportunidade determinante desta década, com políticas inteligentes e pragmáticas e maior cooperação internacional para desenvolver um sistema energético global limpo, seguro, acessível e equitativo. As previsões, talvez demasiado otimistas diante de um contexto de ocupação predatória do ambiente, apontam que as soluções disponíveis estão ao nosso alcance e devemos aproveitá-las. (United Nations, 2025). A sustentabilidade passou a ser um tema e um valor em várias áreas do conhecimento, inclusive na dinâmica de funcionamento e na arquitetura de serviços de saúde (Andreis, 2026).

O fato é que a relação entre emergências climáticas e tragédias humanitárias e sanitárias nos estabelecimentos e no trabalho em saúde é reconhecida e tem dupla incidência: a) de um lado, os serviços de saúde e seus agentes são atingidos direta e indiretamente pelas emergências, que atingem instalações e insumos, tendendo a reduzir a capacidade de resposta se não houver preparação prévia e planos de contingência, e atingem também os trabalhadores de saúde, seus familiares e suas residências e demais bens de manutenção da vida, o que reduz a disponibilidade de sua presença nos estabelecimentos de saúde onde atuam, com agravamento da capacidade de resposta nos momentos agudos de crise; e 2) de outro lado, há um aumento agudo de demandas, seja de pessoas diretamente atingidas pelos eventos (doenças cardíacas e respiratórias associadas a ondas de calor, doenças respiratórias e de transmissão hídrica associadas às enchentes, atendimentos de urgência para situações de acidentes de grandes proporções, incêndios e epidemias e endemias) (Brasil, 2017; Freitas, 2020; Barichello *et al*., 2025). Essa foi uma das motivações para o esforço institucional de transformar o GHC numa instituição resiliente, ou seja, capaz de enfrentar situações adversas com proatividade e disruptividade, protegendo a vida das pessoas e fortalecendo o SUS (Barichello; Alves, 2025). É necessário também referir a inclusividade como valor, em movimento de produção de equidade (Silva, 2025). A outra foi uma disputa conceitual em relação à resiliência, propriamente dita, que, no nosso entendimento, se constrói e se verifica na organização em rede de um sistema local de saúde. Portanto, está mais assentada no desenvolvimento do trabalho do que nos aspectos teóricos e normativos. Essa ideia tem contexto no próximo item do texto.

Participação, diversidade e adversidades: marcas que dizem do lugar do trabalho no GHC

Um desafio relevante, durante o planejamento do I Congresso, foi relacionado à expectativa de participação dos trabalhadores do complexo de serviços do GHC. O tema central, "Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde" era certamente oportuno e muito atual. Entretanto, havia nele um aspecto desafiador: tratava-se de um tema constitutivo do campo de saberes e práticas da saúde coletiva e as conexões com a assistência à saúde não

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

tinham visibilidade cotidiana. Não tinha a visibilidade da assistência à saúde de pessoas doentes nos serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Entretanto, há um esforço sempre importante para, por meio de ações formativas e da educação permanente em saúde, atualizar as práticas e o contexto de inserção do complexo de serviços no SUS. Mas não se podia antever a adesão dos trabalhadores, mesmo com situações recentes e bem fortes no cotidiano do complexo de serviços.

Durante a crise climática de 2024 (entre o início de abril e o final de julho), as instalações do GHC abrigaram o Comitê Local do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) para a situação de chuvas intensas e inundações na Região Sul. O Comitê tinha a competência de coordenar a gestão das respostas do SUS às emergências em saúde pública decorrentes das intensas chuvas, inundações e outros desastres associados à crise meteorológica na Região Sul do país. Nas instalações do GHC, e com a participação intensiva de gestores e trabalhadores do Grupo, houve intensa mobilização para a coordenação local unificada das ações do Ministério da Saúde e do Governo Federal no estado, monitoramento de eventos epidemiológicos associados à enchente, planejamento e coordenação das ações da Força Nacional de Saúde de apoio aos territórios atingidos e de cuidado às pessoas, apoio logístico às iniciativas federais e à circulação de insumos/equipamentos e pessoal e, por fim, medidas de reconstrução do sistema de saúde, sobretudo nas regiões mais atingidas.

Além da situação aguda no período da catástrofe climática, o GHC tem iniciativas de diálogo intenso com os territórios. No período da catástrofe climática de 2024, mas também nas frequentes situações de transbordamento da malha hidrográfica que constitui os territórios onde se localizam unidades e serviços do GHC, as ações educativas e de vigilância territorial já eram realizadas cotidianamente, mesmo antes daquele evento. Em 2024, a ação dos trabalhadores do GHC (empregados, residentes, estagiários e voluntários) incluiu organização e o apoio a albergues e iniciativas de acolhimento de pessoas e famílias desalojadas pelas águas, situação que perdurou por mais de três meses.

Por outro lado, a emergência climática atingiu também a infraestrutura do GHC e diversos empregados. Houve comprometimento direto de instalações e insumos em alguns serviços territoriais e, mesmo, nos prédios dos hospitais, demandando respostas rápidas para repor materiais de consumo, reorganizar ambulatórios e leitos e deslocar unidades de saúde para áreas protegidas. As adaptações infraestruturais foram ágeis e permitiram a continuidade das ações, absorvendo a sobrecarga assistencial gerada pela própria emergência climática. Importante registrar que um conjunto significativo de empregados, sobretudo médicos, enfermeiros, técnicos e psicólogos, foi destacado para apoiar as ações assistenciais da Força Nacional de Saúde e, assim, foram reorganizados os fluxos assistenciais. Algumas instalações foram rapidamente adequadas para abrigar empregados atingidos pela catástrofe e para manter esquemas de contingência para suprimentos captados pelo movimento de solidariedade da população e doações vindas da esfera federal. A agilidade institucional foi motivada, em grande medida, pelo choque diante da situação de emergência e por uma vertente de solidariedade que brotou particularmente forte no interior da instituição.

Mas a emergência climática também afetou diretamente um conjunto expressivo de trabalhadores do GHC. Muitos empregados do GHC e outros trabalhadores vinculados à instituição (higienização, vigilância e outros vínculos com empresas prestadoras de serviço, além de residentes e estagiários) foram afetados diretamente ou tiveram suas famílias desalojadas, com perdas materiais significativas. Como estratégia de gestão solidária do trabalho, foram mobilizadas iniciativas de compreensão dos efeitos da emergência sobre a força de trabalho e implementadas ações para minimizar os efeitos. Muitos trabalhadores perderam suas residências e bens, além de terem familiares e pessoas próximas atingidos. A instituição abriu creches para os filhos dos trabalhadores, ofereceu transporte gratuito para garantir o deslocamento e implementou jornadas diferenciadas. Além disso, desenvolveu ações de apoio à saúde mental, para minimizar o desgaste físico e psicológico extremo, assim como implementou redes de apoio psicológico para lidar com o trauma coletivo. Parte significativa dos empregados afetados optou por, após o primeiro momento de choque e de iniciativas de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

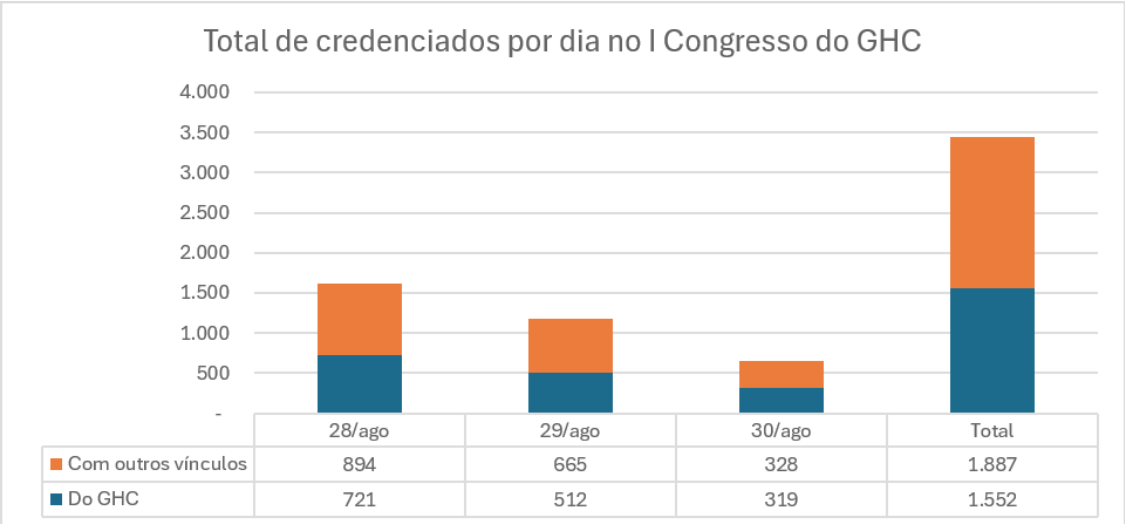
reacomodação, retornar ao trabalho, para não descontinuar o atendimento aos demais afetados. Alguns relatos foram de que retomar uma rotina, que incluía o tempo do trabalho, as refeições de boa qualidade nos refeitórios instalados em diversos serviços, ajudava a superar o sofrimento. Apoiar e acolher os filhos dos empregados também foi um desafio, pois a diversidade (etária, neurodivergências, doenças de infância e, mesmo, o impacto da emergência sobre suas vidas) mobilizava os trabalhadores e os imaginários. Relevante destacar que o GHC possui, no complexo de serviços localizados na capital gaúcha, algo em torno de 13 mil trabalhadores.

Todas essas questões listadas acima representaram diferentes intersecções da emergência climática no cotidiano do complexo de serviços e na diversidade de trabalhadores do GHC. Entretanto, o reconhecimento da vigência de um imaginário que reduz as emergências climáticas como "desastre natural", sem conectar os eventos repetidos entre si e naturalizando esses eventos como do âmbito da natureza, sem reconhecer a ação humana, deixava dúvidas sobre a adesão dos trabalhadores de saúde ao evento, planejado justamente para tensionar essa associação.

Tal dúvida foi fortemente dissipada pelas evidências que se apresentaram nos dias do Congresso. As salas estiveram sempre lotadas, os espaços de circulação constituíram encontros de grande potência e relevância (os grupos de conversa que se fizeram no entorno das barracas da feira solidária, com produtos de consumo ou artesanato manufaturado com técnicas sustentáveis; ou mesmo as pequenas conferências que lotavam as mesas do espaço do café), evidenciaram que a temática teve capacidade de convocação dos trabalhadores do GHC e de um conjunto expressivo de pessoas do Brasil e de outros países.

Apesar de as expectativas apontarem uma participação expressivamente menor, o I Congresso alcançou um total de 3.439 (três mil, quatrocentos e trinta e nove) pessoas credenciadas, sendo que 45,13% eram trabalhadores do GHC. 1.887 pessoas credenciadas tinham outros vínculos, com instituições brasileiras e de outros países. Mais de 80% das pessoas inscritas o fizeram nos dois primeiros dias, o que traduz uma presença expressiva durante toda a programação do congresso. O Gráfico 1 ilustra o número de pessoas credenciadas em cada um dos dias. O dado de credenciamento é mais fidedigno quanto ao total de pessoas participantes, sendo que não houve controle da presença de pessoas externas em cada atividade. Esse controle somente foi feito para empregados do GHC, para fins de abono de ponto.

Gráfico 1. Total de pessoas credenciadas por dia do I Congresso do GHC, segundo o vínculo, Porto Alegre, agosto de 2025.



	28/ago	29/ago	30/ago	Total
Com outros vínculos	894	665	328	1.887
Do GHC	721	512	319	1.552

Fonte: relatório do sistema de credenciamento. Dados tratados pelos autores.

Os dados supradescritos mostram uma parte do vigor do acontecimento, do qual falávamos inicialmente. Visivelmente, a magnitude da participação de pessoas no evento descreve um interesse que transborda a lógica

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

do trabalho assistencial, típico do imaginário vigente, onde procedimentos de alta densidade tecnológica são mais valorados e a atenção básica e o cuidado nos territórios têm menos valoração técnica e ocupam lugares menos nobres no imaginário. Veja-se que aqui, de forma alguma, se está dizendo da substituição de um imaginário mais clássico por um imaginário mais inovador. Está se falando de uma emergência, do Congresso como um dispositivo que desacomodou e atualizou as afecções mobilizadas pelo cotidiano do trabalho na emergência climática. Ora, emergência de desejo (no caso o desejo de fazer-se capaz de responder de forma mais efetiva e ágil às consequências da catástrofe climática) constitui devir. Dito em outras bases, Merhy (2002) fala da organização do trabalho como combinação de tecnologias duras, leve-duras e leves, mas coloca a gestão do trabalho que pretende integralidade no contexto das tecnologias leves, como trabalho vivo em ato. Essa compreensão permite chamar de inovação a aprendizagem em ato, que embasa o fazer vivo, que interage com o contexto de uma demanda, considerando a experiência prévia atualizada (um fazer vivo e em ato que interroga também sua própria experiência prévia) e a produção científica e normativa prévia (educação permanente em saúde não é negacionismo; ao contrário, é conhecimento profundo e atualização dos saberes prévios), assim como a conexão com os outros saberes da cena do cuidado e da gestão. Articulam-se, nesse processo, educação permanente em saúde, trabalho colaborativo e em equipe, aprendizagem significativa, compromisso ético e político com o SUS e com cada pessoa que demanda cuidados, conhecimento atualizado da cena/território de cuidados (consciência do que está disponível em termos de recursos e força de trabalho, de tal forma que seja possível fazer ofertas resolutivas, o que representa bem a ideia freireana de "inteligência" como aprendizagem para a ação). (Ceccim; Ferla, 2008; Ferla, 2021). Óbvio que é um viés de leitura se a narrativa até agora soar como romantização dos impactos das emergências climáticas e desastres no trabalho em saúde. Reiteramos que até aqui pretendemos que tenha ficado evidente, e a literatura e as políticas do SUS orientam essa percepção, que esses eventos serão cada vez mais frequentes e graves e que afetarão potencialmente de forma mais severa os territórios e os sistemas de saúde. Sendo assim, a aprendizagem institucional e pessoal, como aprendizagem significativa, é saída necessária e impostergável no nosso tempo.

Sem ampliar o percurso analítico, o que se pretendeu até aqui foi deixar explícito que o I Congresso não foi um evento apenas, mas foi planejado e "funcionou" como acontecimento. O resultado é um amálgama entre as temáticas ambientais e a organização do trabalho em saúde em uma instituição concreta e complexa, como o GHC, em que as marcas das emergências climáticas e tragédias prévias tomaram a proporção não de eventos isolados, mas de situações que precisam compor os cenários prospectivos para o trabalho institucional. Acreditamos que a análise dos trabalhos autorais de agentes da instituição e de outras instituições, que foram apresentados diretamente pelos autores no Congresso, sinaliza essa condição.

As rodas de conversa com trabalhos aprovados: intercâmbio e educação permanente

A organização do I Congresso incluiu uma chamada pública para trabalhos autorais, de agentes dos fazeres sociais e sanitários, com temas associados ao temário central. Não estava em questão um formato acadêmico de resumos simples e expandidos, mas, ao contrário, textos narrativos sobre as respostas locais aos efeitos das crises climáticas, tanto de 2024 quanto de 2023. O estilo narrativo, diversamente do relato de experiências, conecta o percurso dos autores ou dos serviços às reflexões que lhes foram externas, seja no âmbito da literatura técnica e científica, seja nos saberes compartilhados das equipes e dos territórios. (Ferla, 2021; Ceccim; Ferla, 2008).

O edital com a chamada de resumos foi aberto e aos trabalhadores do GHC foi ofertado apoio na escrita e na revisão, prévias à submissão. Também foi ofertada aos autores que fizeram as submissões no período inicial, uma estratégia de avaliação formativa, que lhes dava a possibilidade de submeter novamente os resumos com contribuições dos avaliadores. A ideia central era que a própria elaboração dos manuscritos tivesse a potência da educação permanente em saúde, que se somaria ao efeito das interações nas rodas de conversa.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A resposta em termos de inscrição de trabalhos foi surpreendente. A expectativa inicial foi amplamente superada, o que impactou a expansão do espaço planejado para as atividades do I Congresso. A dinâmica das apresentações consistiu na apresentação oral, em sessões grupais temáticas, mediadas por facilitadores. Uma primeira etapa era uma breve apresentação do trabalho e dos autores, seguida por uma etapa em que os facilitadores faziam perguntas transversais aos trabalhos selecionados, o que gerava um diálogo entre autores e facilitadores. As rodas de apresentação de trabalhos, com debates e diálogos transversais, fazem parte de uma metodologia já utilizada há alguns anos nos Congressos Internacionais da Rede Unida, que apoiou a organização do I Congresso, particularmente na organização operacional e metodológica das sessões de trabalho.

O Gráfico 2 apresenta os totais de trabalhos e as modalidades de apresentação, incluindo as sessões organizadas presencialmente no local do evento e nas dependências do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro, que se conectaram à programação de forma virtual.

Gráfico 2. Total de trabalhos aprovados e apresentados nas rodas de conversa que compuseram a programação do I Congresso do GHC, segundo a modalidade de apresentação, Porto Alegre, agosto de 2025.

Fonte: relatório do sistema de credenciamento. Dados tratados pelos autores.

Optamos por não aprofundar a análise das temáticas dos trabalhos, dado que estarão disponíveis na íntegra na publicação. Preliminarmente, entretanto, é possível afirmar que tiveram grande adesão à temática do I Congresso e mobilizaram narrativas a partir de experiências de serviços e equipes em diversos territórios. A adesão às apresentações dos trabalhos mobilizou um volume expressivo de pessoas, que organizaram sessões informais ao longo do Congresso para aprofundar as conversas e trocar contatos para futuros encontros.

Considerações finais

O I Congresso do Grupo Hospitalar Conceição pode ser compreendido como mais do que um evento institucional; ao articular emergências climáticas, cuidados integrados e participação social, produziu deslocamentos no modo como o trabalho em saúde é pensado, narrado e compartilhado no interior da instituição. A emergência climática de 2024 no Rio Grande do Sul, ao atingir estruturas, trabalhadores, fluxos assistenciais e processos de gestão, evidenciou tanto as vulnerabilidades dos serviços de saúde diante de crises

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

dessa magnitude quanto a capacidade institucional de resposta, solidariedade e articulação com o SUS, a Força Nacional de Saúde e os territórios atingidos. O Congresso, que foi uma iniciativa desencadeada pela direção da instituição, atraiu interesses de diversas regiões do Brasil e de outros países, tornando-se também um excelente dispositivo de intercâmbio. Não interessava apenas uma resposta oportuna, adequada e em rede; interessava aprender intensivamente com a tragédia, de tal forma a ampliar a capacidade de enfrentar as próximas.

Nesse sentido, o Congresso operou como acontecimento, na medida em que tornou visíveis saberes dispersos no cotidiano dos serviços, fortaleceu redes internas e externas de cooperação, ampliou a autoria dos trabalhadores sobre suas próprias práticas e consolidou a emergência climática como tema estratégico para a gestão, a formação e o planejamento do GHC. Ao transformar experiências de crise em narrativas compartilhadas, o encontro reposicionou o trabalho institucional como espaço de aprendizagem, invenção e produção de respostas coletivas para o SUS. O GHC é referência institucional do SUS e do Ministério da Saúde para emergências e tragédias, e as atividades desenvolvidas, somadas às intensas trocas, fortaleceram a instituição como laboratório para as respostas aos eventos dessa natureza em diferentes territórios. Além de respostas ágeis e oportunas, o efeito de abertura do pensamento, estruturando uma resposta-acontecimento, foi visível. Emergiram forças, conhecimentos e reflexões sobre práticas que nos indicam caminhos.

A literatura técnica e científica já indica que as emergências climáticas compõem o cotidiano dos serviços de saúde e tendem a se tornar mais frequentes e graves. No caso do GHC, a catástrofe de 2024 incidiu simultaneamente sobre a infraestrutura, a força de trabalho e a organização dos processos assistenciais e de gestão. Ao mesmo tempo, revelou a importância de uma instituição capaz de reorganizar fluxos, cuidar de seus trabalhadores, atuar em rede e produzir aprendizagens em situação, para além de respostas normativas ou previamente estabilizadas.

Como dispositivo de educação permanente, o Congresso permitiu transformar experiências vividas em reflexão, autoria, intercâmbio e aprendizagem coletiva. A ampla adesão de participantes e autores sugere uma disposição institucional para pensar o trabalho em saúde para além da assistência imediata à doença, incorporando território, clima, participação social e cuidado integral como dimensões constitutivas da produção do cuidado. Não é menor o esforço de constituir redes de cooperação, cujo resultado foi visível na enorme abrangência dos vínculos institucionais dos participantes, em instituições brasileiras e de outros países.

Entre os principais efeitos institucionais do Congresso, destacam-se a reorganização simbólica e pragmática da instituição diante da agenda climática, a consolidação de redes de cooperação, a valorização da autoria compartilhada dos trabalhadores e o fortalecimento do SUS como horizonte ético-político do trabalho. O encontro contribuiu para deslocar a compreensão do GHC de um complexo assistencial voltado apenas à resposta imediata para uma instituição capaz de produzir conhecimento, articular cuidado em rede e incorporar as emergências climáticas ao seu horizonte estratégico. Por certo, o caminho é longo e complexo, mas a capacidade institucional de aprendizagem viva e coletiva está lançada.

Por fim, os aprendizados produzidos no Congresso apontam para a necessidade de consolidar uma agenda institucional permanente sobre emergências climáticas, cuidado, território e gestão em rede. Tal agenda deve fortalecer planos de contingência, ampliar estratégias de cuidado aos trabalhadores, manter espaços regulares de sistematização de experiências e sustentar processos formativos capazes de preparar a instituição para crises futuras. Assim, o Congresso não se encerra em sua programação; permanece como acontecimento que convoca a instituição a aprender com o vivido, produzir respostas coletivas e afirmar o SUS como projeto público de cuidado, democracia e proteção da vida.

A leitura das produções que compõem esta publicação é demonstrativa da potência das catástrofes climáticas como eventos preveníveis, com o estabelecimento de relações mais sustentáveis com o ambiente, inclusive nos serviços de saúde; como eventos com efeitos mitigáveis, pela ação do trabalho dos agentes que atuam em sistemas e serviços de saúde, que, por meio da aprendizagem na ação direta e na atualização pela

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ciência e produções técnicas e normativas; e também alertam que a ação dos trabalhadores no cotidiano das instituições, em relação às emergências e catástrofes, inclui ações educativas que explicitem os nexos entre a ação humana, a crise civilizatória que vivemos e a produção das saúdes no cotidiano dos territórios.

Referências

ANDREIS, B. S. **Arquitetura para a Atenção Primária de Saúde em contextos de emergência climática**. Trabalho de Conclusão de Curso I (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2026.

BARICHELLO, G. *et al*. O Grupo Hospitalar Conceição, o quadrilátero da formação e o enfrentamento às emergências climáticas: mais do que um complexo de serviços de atenção à saúde, um laboratório de boas práticas para o SUS. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 18–57. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

BARICHELLO, G.; SILVA, Q. T. A. Para enfrentar desastres e emergências climáticas, precisamos de um Sistema Único de Saúde forte e resiliente. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 10–17. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003. Acesso em: 20 ago. 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004. Acesso em: 20 ago. 2026.

DELEUZE, G. **El Leibniz de Deleuze**: exasperación de la filosofía. 1. ed. Buenos Aires: Cactus, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução de B. Prado Jr. e A. A. Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educação na Saúde, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022. Acesso em: 20 ago. 2026.

FREITAS, C. M. de *et al*. **Mudanças climáticas, redução de riscos de desastres e emergências em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%AAncias-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Social 2009–2010**. Porto Alegre: GHC, 2010. Disponível em: http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9531.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2023**. Porto Alegre: GHC, 2023. Disponível em: http://www.ghc.com.br/files/2024.05.21_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2023.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2024**. Porto Alegre: GHC, 2024. Disponível em: http://www.ghc.com.br/files/2025.05.28_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2024.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório de Gestão Integrado 2025**. Porto Alegre: GHC, 2025. Disponível em: http://www.ghc.com.br/files/2026.05.15_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2025.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (IPCC). **Mudança climática e terra**: relatório especial do IPCC sobre mudança climática, desertificação, degradação do solo, manejo sustentável da terra, segurança alimentar e fluxos de gases de efeito estufa em ecossistemas terrestres. Brasília, DF: PNUD; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/sirene/publicacoes/relatorios-do-ipcc/arquivos/pdf/srcl-port-web.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SILVA, M. B. **Da resistência ao empoderamento**: trajetórias psicossociais de mulheres trans no Brasil. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2025.

UNITED NATIONS. **Seizing the moment of opportunity**: supercharging the new energy era of renewables, efficiency, and electrification. New York: United Nations, 2025. Disponível em: http://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-energy-transition-report_2025.pdf. Acesso em: 20 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2023 WHO review of health in Nationally Determined Contributions and long-term strategies**: health at the heart of the Paris Agreement. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/9789240074729-v2.pdf?sfvrsn=f4c8b157_4. Acesso em: 20 ago. 2026.

WORLD METEOROLOGICAL ORGANIZATION (WMO). **Strong El Niño expected to intensify**. Geneva: WMO, 31 July 2026. Disponível em: https://wmo.int/news/media-centre/strong-el-nino-expected-intensify. Acesso em: 20 ago. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

UNA TRAGEDIA CLIMATICA CHE HA GENERATO MOVIMENTI ISTITUZIONALI DI RESILIENZA E DIROMPENTI: IL RACCONTO DEGLI EVENTI DEL 1° CONGRESSO DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Alcindo Antonio Ferla[1]
Gilberto Barichello[2]
Quelen Tanize Alves da Silva[3]
Máicon Barbosa da Silva[4]
Bruno Steffen Andreis[5]
Lisane Vieira dos Santos[6]
Gabriele Calazans Baptista[7]

Introduzione

Dal 28 al 30 agosto 2025 si è tenuto presso il Centro Eventi FIERGS di Porto Alegre, Rio Grande do Sul, il **1° Congresso del Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**. Questa pubblicazione raccoglie gli oltre 170 interventi presentati nei vari panel di discussione che hanno composto il programma dell'evento. Il tema centrale era "Emergenze climatiche, assistenza integrata e partecipazione sociale: sfide per il rafforzamento del Sistema Único de Saúde (SUS)", che è il nome dato al sistema sanitario nazionale del Brasile. Il congresso ha mobilitato un volume significativo di risorse organizzative e di tempo, persino superiori a quelle finanziarie, e questa situazione può essere spiegata da alcune idee che presenteremo.

Il programma si proponeva di articolare temi rilevanti già proposti, ma con enfasi tematiche molto specifiche che mantenevano processi frammentati, con un impatto sul lavoro svolto dagli agenti delle politiche pubbliche e, in particolare, dagli operatori sanitari. Le azioni precedenti includevano la partecipazione a missioni della Forza Nazionale de Salute, che é que è la strategia del Ministero della Salute per supportare i sistemi sanitari locali (e di altri Paesi) nella gestione delle emergenze sanitarie su larga scala, con interventi nei territori di riferimento e nella rete stessa dei servizi. Tuttavia, il coinvolgimento istituzionale, presente sporadicamente in episodi locali, nazionali e internazionali, era ben lontano dalle raccomandazioni internazionali secondo cui il sistema e i servizi sanitari dovrebbero essere al centro delle risposte alle emergenze climatiche (OMS, 2023). Il Congresso ha sfruttato l'integrazione, l'ampliamento e la portata delle azioni, senza trascurare l'esperienza pregressa.

Dal 2001, in varie situazioni, siano esse disastri naturali, incidenti su larga scala, conflitti etnici e geografici, il GHC ha inviato squadre a supporto della Forza Sanitaria Nazionale. Tra le missioni composte da operatori del GHC si possono citare: Timor Est e Haiti (cooperazione umanitaria internazionale per affrontare terremoti, emergenze climatiche e crisi umanitarie), Alagoas e Pernambuco (alluvioni), Rio de Janeiro (disastri climatici nella regione montuosa e Giochi Olimpici e Paralimpici), Roraima (crisi umanitaria e sanitaria nel territorio indigeno

1 Medico, Dottore di Ricerca in Scienze dell'Educazione, Professore Ordinario nel Programma di Dottorato in Sanità Pubblica presso l'UFRGS, Responsabile di Didattica, Ricerca, Divulgazione e Innovazione presso il GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6938715472729668 . ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504
2 Avvocato, specialista in sanità pubblica, laurea magistrale in gestione dei servizi, Amministratore delegato del Gruppo Ospedaliero Conceição. Lattes CV: [Link al CV di Lattes]. ORCID: [Link all'ORCID]
3 Fisioterapista, Dottore di Ricerca in Sanità Pubblica, Direttore dell'Innovazione, Supervisore del Lavoro e della Formazione in Sanità presso GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0791269795126912 . ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5464-6307 .
4 Avvocato, Laurea Magistrale in Psicologia, Responsabile dell'Ufficio Legale presso GHC. CV di Lattes: http://lattes.cnpq.br/8311816801583531 . ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0809-9239
5 Architetto in formazione, membro del comitato organizzatore del 1° Congresso del Gruppo Ospedaliero di Conceição. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4770132073159375 . ORCID: https://orcid.org/ 0009-0007-9859-7237
6 Infermiera, dottoranda in scienze infermieristiche, Capo di Gabinetto del CEO di GHC. CV Lattes: http://lattes.cnpq.br/7002141857664667 . ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0565-0630
7 Psicologa, Dottore di Ricerca in Psicologia, Coordinatrice della Ricerca presso GHC. CV di Lattes: http://lattes.cnpq.br/7929046394572193 . ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7391-8803

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Yanomami), Mato Grosso (arbovirus), tra gli altri. Oltre al suo lavoro in occasione di eventi climatici ed emergenze sanitarie in altri paesi e stati del Brasile, è stato significativo anche il suo lavoro nei comuni del Rio Grande do Sul: in diversi comuni delle valli, delle montagne e delle aree metropolitane durante le emergenze climatiche del 2023 e del 2024, a São Lourenço do Sul (emergenze climatiche) e a Santa Maria (incendio al nightclub Kiss). A Porto Alegre e nella Regione Metropolitana, durante la lotta contro la dengue e l'influenza H1N1, la Forza Sanitaria Nazionale ha impiegato anche operatori del GHC. (GHC, 2009-2010; 2023; 2025)

Presso il Gruppo Ospedaliero di Conceição (GHC), l'emergenza climatica del maggio 2024 ha avuto un impatto intenso sulle strutture e sui processi lavorativi, dato che la Forza Sanitaria Nazionale (così come altre iniziative del Governo Federale mobilitate per affrontare la grave situazione di alluvione e per la ricostruzione iniziale del sistema sanitario e delle infrastrutture delle politiche sociali e dell'economia statale) era in gran parte dislocata nelle strutture del GHC, ricevendo un supporto significativo nei processi lavorativi sviluppati al suo interno. In altre parole, le dinamiche del GHC non sono state influenzate solo dai danni materiali e dalle perdite in termini di disponibilità di personale, sia direttamente che indirettamente (familiari e collaboratori stretti colpiti). Le operazioni quotidiane del complesso di servizi sono state influenzate non solo dal sovraccarico di lavoro sanitario, ma anche dalla pianificazione e dall'attuazione delle strategie del Governo Federale per mitigare gli effetti dell'emergenza climatica nello stato del Rio Grande do Sul. Il "quadrilatero dell'educazione sanitaria" (Ceccim ; Feuerwerker, 2004) è stato messo in moto frenetico, con forti tensioni a ciascuno dei suoi vertici.

Al di là della situazione pragmatica descritta nei paragrafi precedenti, le dinamiche quotidiane di GHC durante i circa 3 mesi in cui gli effetti acuti dell'emergenza climatica del 2024 hanno colpito lo stato del Rio Grande do Sul sono state profondamente influenzate, sia in termini di danni strutturali e perdita di forniture, sia per le iniziative che hanno avuto un impatto sui suoi dipendenti. La rapida e continua mappatura dei dipendenti colpiti dall'alluvione, il supporto psicologico integrato, la conversione degli uffici in dormitori, la fornitura di trasporti gratuiti, l'apertura di spazi comuni e accoglienti per i figli dei dipendenti, l'assunzione temporanea di 890 lavoratori per far fronte alle esigenze lavorative causate dall'incapacità dei dipendenti colpiti dall'alluvione, tra le altre azioni, hanno avuto un forte impatto sulle dinamiche istituzionali e sulla dimensione micropolitica del lavoro.

In questo articolo, oltre a presentare e contestualizzare il materiale che compone la pubblicazione (i lavori presentati nei gruppi di discussione, come divulgazione scientifica e, allo stesso modo, come strategia di formazione continua in ambito sanitario), ci siamo proposti di strutturare una narrazione che chiarisca le connessioni tra l'evento, l'immagine e la vita quotidiana istituzionale di un ampio e rilevante complesso di servizi sanitari, in modo che esso non venga inteso semplicemente come un evento, ma come un *avvenimento* . Nella filosofia critica, un *avvenimento* indica un fatto che occupa e trascende i confini del pensiero dominante in un dato momento; un'emergere che produce nuovi significati e rompe con l'ordine preesistente delle cose (Deleuze, 2006), ovvero che si manifesta in modo imprevedibile e apre spazi a nuove possibilità, come la molteplicità. Nel linguaggio e nel pensiero, l' *accaduto* occupa un senso di confine, distaccandosi dagli oggetti statici e dalla realtà visibile. Ha anche una dimensione etica, che è l'apertura del desiderio ("essere uguale a esso") di cogliere e comprendere una verità che opera trasformazioni nell'esistenza. (Deleuze & Guattari, 1992; Deleuze, 2006). L'emergenza climatica ha causato disperazione, sconvolto e abbandonato le persone a se stesse, ma ha anche risvegliato un senso di responsabilità per l'assistenza sanitaria e di solidarietà verso coloro che si trovavano nelle condizioni più vulnerabili.

L' *evento* , a differenza di un fatto in sé o delle interpretazioni che ne derivano, definisce qualcosa di inedito, di emergente, che produce nuovi significati e libera il pensiero dal precedente ordine delle cose, agendo più come divenire che come una semplice e lineare successione di cause ed effetti (Deleuze, 2006). Ispirato alla filosofia critica francese, ma radicato nella quotidianità del lavoro istituzionale in tempi di crisi sanitaria e climatica, l' *evento* qui si riferisce a movimenti che non sono semplicemente una traduzione del sovraccarico di

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

lavoro nel complesso dei servizi di fronte alle emergenze climatiche. Parla di un ordine delle cose che emerge in questo contesto e produce un altro GHC (Global Health Care), con lo sviluppo di nuovi processi lavorativi e nuove idee che "erano già presenti" nel panorama istituzionale, ma che erano sepolte nella prassi istituzionale che sembrava limitata all'assistenza ai malati e, in particolare, a coloro che erano colpiti da emergenze successive.

Dalla prospettiva da cui discutiamo di questo, da cui narriamo il Congresso come un *evento* , sono visibili movimenti istituzionali derivanti da forze che producono tensioni tra loro e tra i modelli di pensiero maggiormente influenzati dalla logica della salute come assistenza alle malattie e ai loro segni e sintomi. L'emergere dell'evento nella vita quotidiana istituzionale è anche un'innovazione se consideriamo i servizi sanitari, in particolare gli ospedali, come istituzioni complesse, ma colonizzate da un ordine moderno che è al contempo politico e pedagogico (Ferla, 2002; 2021). La partecipazione, la programmazione e la produzione di autorialità condivisa nei circoli di discussione del programma, a nostro avviso, segnalano un congresso-evento.

Emergenze climatiche e servizi sanitari: qual è l'intenzione del Congresso?

I segni delle principali emergenze climatiche e sanitarie e delle tragedie ambientali costituiscono il "corpo organizzativo" del GHC (Grupo Hospitalar Conceição), attraverso la partecipazione a numerosi fronti di lavoro esterni e interni, come brevemente riassunto in precedenza. La letteratura avverte che gli eventi rilevanti di emergenza climatica sono significativi oggi e saranno più frequenti e gravi in futuro (OMS, 2023). Ma la motivazione per lo svolgimento del 1° Congresso del Grupo Hospitalar Conceição è stata un'analisi del Consiglio, in linea con le linee guida del Ministero della Salute e le politiche del Sistema Sanitario Unificato (SUS), che ha spostato l'attenzione delle azioni intraprese, consolidando la consapevolezza della necessità di prepararsi, riorientare l'azione istituzionale per affrontare le conseguenze e ricostruire flussi, processi e strutture, con l'intelligenza dell'apprendimento attraverso la pratica (Ferla, 2021).

Una delle strategie globali per il monitoraggio e la previsione delle crisi climatiche e ambientali, di cui il Brasile fa parte, è il Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici (IPCC), creato nel 1988 dal Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (UNEP) e dall'Organizzazione meteorologica mondiale (OMM). Il suo obiettivo è fornire ai decisori politici valutazioni scientifiche periodiche sui cambiamenti climatici, le loro implicazioni e i potenziali rischi futuri, nonché proporre opzioni di adattamento e mitigazione (IPCC, 2020). Secondo la letteratura, le previsioni offrono l'opportunità di anticipare le risposte, fornendo una solida base per il processo decisionale e per mitigare gli effetti sulla vita, garantendo condizioni adeguate per la sua sostenibilità (OMM, 2026).

Le azioni di organizzazioni internazionali, come l'IPCC, esplorano modelli, sistematizzano lo stato delle conoscenze sui cambiamenti climatici, individuano i punti di consenso nella comunità scientifica e determinano in quali aree sono necessarie ulteriori ricerche. Le valutazioni e i modelli predittivi costituiscono input fondamentali per i negoziati internazionali volti ad affrontare i cambiamenti climatici. Negli ultimi anni, e per i prossimi mesi, si registrano forti avvertimenti che indicano la necessità di risposte coordinate, di servizi di informazione climatica migliorati e di sostegno ai sistemi di allerta precoce per aiutare i governi, le organizzazioni umanitarie, i settori più sensibili al clima (come l'agricoltura e la sanità) e le comunità più esposte alle vulnerabilità climatiche a prepararsi ai potenziali impatti delle emergenze climatiche (OMM, 2026).

Le previsioni sui cambiamenti climatici, così come su altre questioni che comportano il rischio di crisi sanitarie su larga scala a livello locale o globale, rimangono piuttosto ottimistiche nella proiezione di scenari futuri, soprattutto nel contesto del coordinamento internazionale, delle decisioni governative e della mobilitazione della società civile. Le linee guida prevedono di garantire coerenza, chiarezza e precisione nelle politiche, con decisioni governative che allineino politiche, incentivi e risorse per accelerare una transizione energetica equa; investimenti nelle infrastrutture necessarie per il sistema energetico del prossimo secolo; attenzione alle nuove

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

richieste di elettricità da energie rinnovabili, in particolare per i settori in rapida crescita come le grandi aziende tecnologiche, soprattutto in relazione all'intelligenza artificiale (IA) e ai data center; porre le persone e l'equità al centro della transizione energetica equa per promuovere uno sviluppo economico locale inclusivo; accelerare la transizione attraverso una maggiore cooperazione in materia di commercio e investimenti tra istituzioni e servizi; ed eliminare le barriere strutturali alla mobilitazione di finanziamenti per la transizione energetica nei paesi in via di sviluppo. Secondo le attuali linee guida, lo sviluppo e l'implementazione di tecnologie per l'energia pulita in sostituzione dei combustibili fossili rappresentano l'imperativo economico e l'opportunità determinante di questo decennio, con politiche intelligenti e pragmatiche e una maggiore cooperazione internazionale per sviluppare un sistema energetico globale pulito, sicuro, accessibile ed equo. Le previsioni, forse eccessivamente ottimistiche dato il contesto di sfruttamento ambientale predatorio, indicano che le soluzioni disponibili sono alla nostra portata e dovremmo coglierle (Nazioni Unite , 2025). La sostenibilità è diventata un tema e un valore in diversi campi del sapere, comprese le dinamiche operative e l'architettura dei servizi sanitari (Andreis, 2026).

Il fatto è che la relazione tra emergenze climatiche e tragedie umanitarie e sanitarie nelle strutture sanitarie e sul lavoro è riconosciuta e ha un duplice impatto: a) da un lato, i servizi sanitari e i loro operatori sono colpiti direttamente e indirettamente dalle emergenze : ciò ha un impatto sulle strutture e sulle forniture, che tendono a ridurre la capacità di risposta in assenza di preparazione preventiva e piani di emergenza; e sugli operatori sanitari, le loro famiglie, le loro case e altri beni essenziali per la sopravvivenza, riducendo la loro disponibilità nelle strutture sanitarie in cui lavorano, peggiorando la capacità di risposta durante i momenti di crisi acuta; e 2) dall'altro lato, si registra un forte aumento delle richieste, sia da parte delle persone direttamente colpite dagli eventi (malattie cardiache e respiratorie associate alle ondate di calore, malattie respiratorie e trasmesse dall'acqua associate alle inondazioni, cure di emergenza per incidenti su larga scala, incendi, epidemie ed endemia). (Brasile, 2017; Freitas, 2020; Barichello et al., 2023). Questa è stata una delle motivazioni alla base dello sforzo istituzionale per trasformare GHC in un'istituzione resiliente, ovvero capace di affrontare situazioni avverse con proattività e capacità di adattamento, proteggendo la vita delle persone e rafforzando il SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) (Barichello & Alves, 2023). È inoltre necessario menzionare l'inclusività come valore, in un percorso verso la creazione di equità (Silva, 2025). L'altra motivazione riguardava una controversia concettuale sulla resilienza stessa, che, a nostro avviso, si costruisce e si verifica nell'organizzazione di rete di un sistema sanitario locale. Pertanto, si basa più sullo sviluppo del lavoro che su aspetti teorici e normativi. Questa idea verrà contestualizzata nel punto successivo del testo.

Partecipazione, diversità e capacità di affrontare le avversità: questi sono i tratti distintivi che caratterizzano l'ambiente di lavoro di GHC

Una sfida significativa durante la pianificazione del 1° Congresso è stata la prevista partecipazione dei lavoratori del complesso di servizi del GHC. Il tema centrale, "Emergenze climatiche, assistenza integrata e partecipazione sociale: sfide per il rafforzamento del Sistema Sanitario Unificato", era certamente attuale e di grande rilevanza. Tuttavia, presentava un aspetto problematico: essendo un tema costitutivo del campo delle conoscenze e delle pratiche di sanità pubblica, i suoi collegamenti con l'assistenza sanitaria quotidiana mancavano di visibilità. Mancava la visibilità dell'assistenza sanitaria per i malati all'interno dei servizi del Gruppo Ospedaliero di Conceição (GHC). Ciononostante, si compie sempre un grande sforzo per aggiornare le pratiche e il contesto di integrazione del complesso di servizi nel SUS attraverso la formazione e l'aggiornamento professionale in ambito sanitario. Ma la partecipazione dei lavoratori non era prevedibile, nemmeno alla luce delle recenti e significative situazioni che hanno inciso sulla vita quotidiana del complesso di servizi.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Durante la crisi climatica del 2024 (tra l'inizio di aprile e la fine di luglio), le strutture del GHC hanno ospitato il Comitato Locale del Centro Operativo di Emergenza Sanitaria (COE) per la situazione di piogge intense e inondazioni nella Regione Meridionale. Il Comitato era responsabile del coordinamento della gestione delle risposte del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) alle emergenze sanitarie derivanti da piogge intense, inondazioni e altri disastri associati alla crisi meteorologica nella regione meridionale del paese. Presso le strutture del GHC, e con l'intensa partecipazione di dirigenti e operatori del Gruppo, si è svolta un'intensa mobilitazione per il coordinamento locale unificato delle azioni del Ministero della Salute e del Governo Federale a livello statale, il monitoraggio degli eventi epidemiologici associati alle inondazioni, la pianificazione e il coordinamento delle azioni della Forza Sanitaria Nazionale a supporto dei territori colpiti e dell'assistenza alla popolazione, il supporto logistico per le iniziative federali e la circolazione di forniture/attrezzature e personale e, infine, le misure per la ricostruzione del sistema sanitario, in particolare nelle regioni più colpite.

Oltre alla situazione acuta causata dalla catastrofe climatica, il GHC ha avviato iniziative di dialogo intenso con i territori. Durante la catastrofe climatica del 2024, ma anche nelle frequenti situazioni di allagamento della rete idrografica che costituisce i territori in cui si trovano le unità e i servizi del GHC, vengono svolte quotidianamente azioni di educazione e sorveglianza territoriale, anche prima dell'evento stesso. Nel 2024, l'azione dei lavoratori del GHC (dipendenti, residenti, tirocinanti e volontari) ha incluso l'organizzazione e il supporto di rifugi e iniziative di accoglienza per persone e famiglie sfollate a causa delle acque, una situazione che si è protratta per oltre tre mesi.

D'altro canto, l'emergenza climatica ha avuto un impatto anche sulle infrastrutture del GHC e su numerosi dipendenti. Si sono registrati danni diretti a strutture e forniture in alcuni servizi territoriali e persino in edifici ospedalieri, il che ha richiesto risposte rapide per rifornire i materiali di consumo, riorganizzare ambulatori e posti letto e trasferire le unità sanitarie in aree protette. Gli adattamenti infrastrutturali sono stati rapidi e hanno permesso la continuità delle attività, assorbendo il sovraccarico del sistema sanitario generato dall'emergenza climatica stessa. È importante sottolineare che un numero significativo di dipendenti, in particolare medici, infermieri, tecnici e psicologi, è stato impiegato a supporto delle attività sanitarie della Forza Sanitaria Nazionale, consentendo così una riorganizzazione dei flussi sanitari. Alcune strutture sono state rapidamente adattate per ospitare il personale colpito dalla catastrofe e per mantenere i piani di emergenza per le forniture ottenute grazie alla solidarietà pubblica e alle donazioni del governo federale. L'agilità istituzionale è stata in gran parte motivata dallo shock della situazione di emergenza e da una particolare ondata di solidarietà emersa all'interno dell'istituzione.

Tuttavia, l'emergenza climatica ha colpito direttamente anche un numero significativo di lavoratori del GHC. Molti dipendenti del GHC e altri lavoratori legati all'istituzione (addetti alle pulizie, alla sicurezza e ad altri servizi, nonché residenti e tirocinanti) sono stati direttamente colpiti o hanno visto le proprie famiglie sfollate, subendo ingenti perdite materiali. Come strategia di gestione del lavoro basata sulla solidarietà, sono state mobilitate iniziative per comprendere gli effetti dell'emergenza sulla forza lavoro e sono state implementate azioni per minimizzarne le conseguenze. Molti lavoratori hanno perso la casa e i propri beni, compresi familiari e amici stretti. L'istituzione ha aperto asili nido per i figli dei lavoratori, ha offerto trasporti gratuiti per garantire gli spostamenti e ha implementato orari di lavoro scaglionati. Inoltre, ha sviluppato azioni di supporto alla salute mentale per ridurre al minimo l'eccessivo stress fisico e psicologico, nonché implementato reti di supporto psicologico per affrontare il trauma collettivo. Una parte significativa dei dipendenti colpiti ha scelto di tornare al lavoro dopo lo shock iniziale e le iniziative di reinsediamento, per non interrompere i servizi per gli altri colpiti. Alcune testimonianze hanno indicato che la ripresa di una routine, che includeva orari di lavoro e pasti di buona qualità nelle mense situate nei vari reparti, ha contribuito a superare la sofferenza. Anche il sostegno e l'accoglienza dei figli dei dipendenti hanno rappresentato una sfida, poiché la diversità (età, neurodivergenze, malattie infantili e persino l'impatto dell'emergenza sulle loro vite) ha mobilitato i lavoratori

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

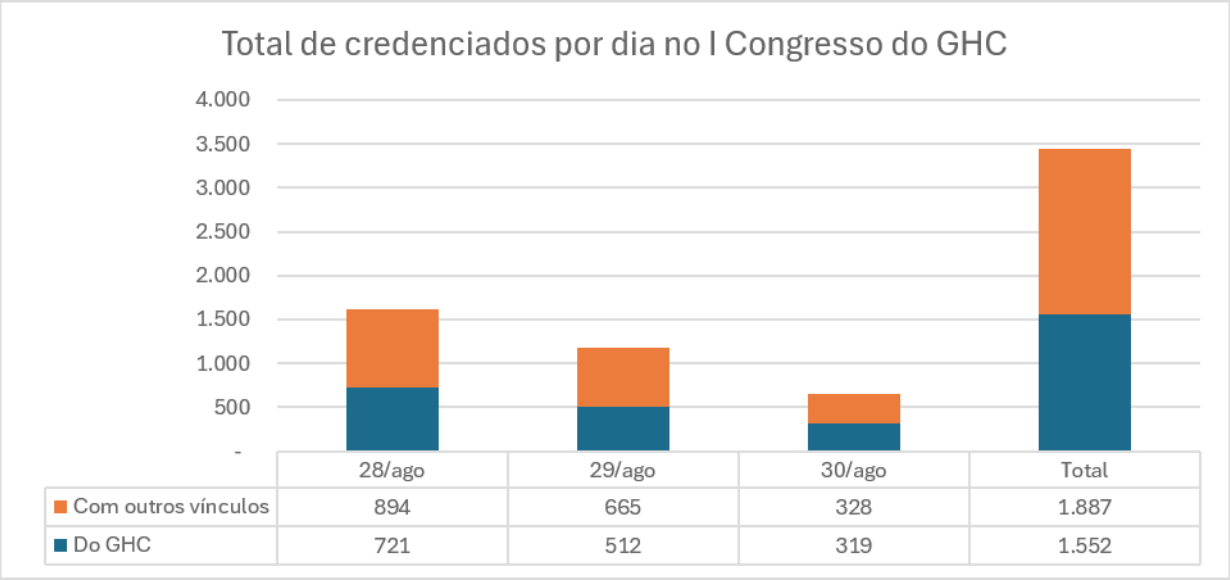
e la loro immaginazione. È importante sottolineare che GHC ha circa 13.000 dipendenti nel suo complesso di servizi situato nella capitale del Rio Grande do Sul.

Tutte le problematiche sopra elencate rappresentavano diverse intersezioni dell'emergenza climatica nella vita quotidiana del complesso di servizi e della variegata forza lavoro del GHC. Tuttavia, il riconoscimento della prevalenza di un immaginario che riduce le emergenze climatiche a "disastri naturali", senza collegare gli eventi ricorrenti tra loro e naturalizzando tali eventi come appartenenti alla sfera della natura, senza riconoscere l'azione umana, ha sollevato dubbi sull'adesione degli operatori sanitari all'evento, che era stato pianificato proprio per sfidare questa associazione.

Tali dubbi sono stati ampiamente dissipati dalle prove presentate durante il Congresso. Le sale erano sempre piene, gli spazi di circolazione si sono trasformati in incontri di grande impatto e rilevanza (i gruppi di conversazione che si sono svolti attorno agli stand della fiera della solidarietà, con prodotti di consumo o artigianato realizzati con tecniche sostenibili; o anche le piccole conferenze che hanno riempito i tavoli nell'area caffè), a dimostrazione della capacità del tema di attrarre i lavoratori di GHC e un numero significativo di persone provenienti dal Brasile e da altri paesi.

Nonostante le aspettative indicassero una partecipazione significativamente inferiore, il 1° Congresso ha raggiunto un totale di 3.439 (tremilaquattrocentotrentanove) persone accreditate, di cui il 45,13% erano dipendenti di GHC. 1.887 persone accreditate avevano altre affiliazioni con istituzioni brasiliane e internazionali. Oltre l'80% degli iscritti si è registrato nei primi due giorni, il che si traduce in una presenza significativa durante tutto il programma del congresso. Il Grafico 1 illustra il numero di persone accreditate in ciascun giorno. I dati di accreditamento sono più affidabili per il numero totale di partecipanti, poiché non è stato effettuato alcun controllo sulla presenza di persone esterne a ciascuna attività. Tale controllo è stato effettuato solo per i dipendenti di GHC, ai fini della gestione dei permessi.

Grafico 1. Numero totale di persone accreditate al giorno del 1° Congresso GHC, per affiliazione, Porto Alegre, agosto 2025.



	28/ago	29/ago	30/ago	Total
Com outros vínculos	894	665	328	1.887
Do GHC	721	512	319	1.552

Fonte: Rapporto del sistema di accreditamento. Dati elaborati dagli autori.

I dati sopra descritti mostrano una parte del vigore dell'evento di cui abbiamo inizialmente parlato. Visibilmente, l'entità della partecipazione del pubblico all'evento rivela un interesse che trascende la logica del lavoro di assistenza, tipica dell'immaginario dominante, dove le procedure ad alta tecnologia sono più valorizzate e l'assistenza di base e quella basata sulla comunità hanno un valore tecnico inferiore e occupano un posto meno nobile nell'immaginario collettivo. Si noti che qui non stiamo affatto dicendo che un immaginario più classico venga

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

sostituito da uno più innovativo. Stiamo parlando di un'emergere, del Congresso come strumento che ha dislocato e aggiornato gli affetti mobilitati dal lavoro quotidiano nell'emergenza climatica. Ora, l'emergere del desiderio (in questo caso, il desiderio di diventare capaci di rispondere in modo più efficace e rapido alle conseguenze della catastrofe climatica) costituisce il divenire. In altre parole, Merhy (2002) parla dell'organizzazione del lavoro come una combinazione di tecnologie dure, semi-dure e morbide, ma colloca la gestione del lavoro che mira all'integralità nel contesto delle tecnologie morbide, come lavoro vivo in azione. Questa comprensione ci permette di definire l'innovazione come l'apprendimento in azione che sottende la pratica vissuta, la quale interagisce con il contesto di una domanda, considerando l'esperienza pregressa aggiornata (una pratica viva e attiva che mette in discussione anche la propria esperienza pregressa) e la produzione scientifica e normativa pregressa (la formazione continua in ambito sanitario non è negazionismo; al contrario, è conoscenza profonda e aggiornamento delle conoscenze pregresse), nonché la connessione con altre conoscenze nel contesto assistenziale e gestionale. Formazione continua in ambito sanitario, collaborazione e lavoro di squadra, apprendimento significativo, impegno etico e politico nei confronti del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) e di ogni persona che necessita di cure, conoscenza aggiornata del contesto/territorio assistenziale (consapevolezza di ciò che è disponibile in termini di risorse e personale, in modo tale da poter formulare offerte efficaci, che ben rappresenta l'idea di "intelligenza" di Freire come apprendimento per l'azione). (Ceccim & Ferla, 2008; Ferla, 2021). È evidente che si tratta di un pregiudizio interpretativo se la narrazione finora presentata sembra romanticizzare l'impatto delle emergenze e dei disastri climatici sul lavoro sanitario. Ribadiamo che fino a questo punto intendiamo chiarire, e la letteratura e le politiche del Sistema Sanitario Unificato brasiliano (SUS) guidano questa percezione, che questi eventi diventeranno sempre più frequenti e gravi, potenzialmente colpendo in modo più severo territori e sistemi sanitari. Pertanto, l'apprendimento istituzionale e personale, inteso come apprendimento significativo, è una soluzione necessaria e urgente nel nostro tempo.

Senza approfondire l'ambito analitico, l'intento finora è stato quello di chiarire che il 1° Congresso non è stato un semplice evento, ma è stato pianificato e "funzionato" come tale. Il risultato è una fusione di temi ambientali e di organizzazione del lavoro in ambito sanitario all'interno di un'istituzione concreta e complessa come il GHC, dove i segni delle precedenti emergenze e tragedie climatiche hanno assunto le proporzioni non di eventi isolati, ma di situazioni che devono essere integrate in scenari prospettici per l'attività istituzionale. Riteniamo che l'analisi dei lavori redatti da rappresentanti dell'istituzione e di altre istituzioni, presentati direttamente dagli autori al Congresso, indichi proprio questa condizione.

Tavole rotonde con presentazioni di articoli approvati: scambio e formazione continua

L'organizzazione del primo Congresso prevedeva un bando pubblico per la presentazione di lavori originali da parte di operatori del settore sociale e sanitario, con tematiche correlate al tema centrale. L'obiettivo non era quello di presentare semplici abstract accademici espansi, bensì testi narrativi sulle risposte locali agli effetti della crisi climatica, sia nel 2024 che nel 2023. Lo stile narrativo, a differenza del resoconto di esperienze, collega i percorsi degli autori o dei servizi a riflessioni esterne , sia nell'ambito della letteratura tecnico-scientifica sia nella conoscenza condivisa dei team e dei territori (Ferla, 2021; Ceccim & Ferla, 2008).

È stato aperto il bando per la presentazione degli abstract e ai dipendenti di GHC è stato offerto supporto nella stesura e nella revisione dei loro lavori prima dell›invio. Agli autori che hanno inviato i loro contributi durante il periodo iniziale è stata inoltre offerta una strategia di valutazione formativa, che ha permesso loro di ripresentare i propri abstract con il feedback dei revisori. L›idea centrale era che il processo stesso di scrittura dei manoscritti avrebbe avuto il potere di promuovere la formazione continua in ambito sanitario, effetto che si sarebbe sommato a quello delle interazioni nei gruppi di discussione.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

La risposta in termini di contributi presentati è stata sorprendente. Le aspettative iniziali sono state ampiamente superate, il che ha comportato l'ampliamento dello spazio previsto per le attività del 1° Congresso. Il formato delle presentazioni consisteva in interventi orali in sessioni di gruppo tematiche, moderate da facilitatori. La prima fase prevedeva una breve presentazione del lavoro e dei suoi autori, seguita da una fase in cui i facilitatori ponevano domande trasversali relative ai lavori selezionati, generando un dialogo tra autori e facilitatori. Queste tavole rotonde di presentazione dei lavori, con dibattiti e dialoghi trasversali, fanno parte di una metodologia già utilizzata da diversi anni nei Congressi Internazionali della rete Rede Unida, che ha supportato l'organizzazione del 1° Congresso, in particolare nell'organizzazione operativa e metodologica delle sessioni di lavoro.

Il grafico 02 presenta il numero totale di lavori e modalità di presentazione, comprese le sessioni organizzate di persona presso la sede dell'evento e presso le strutture dell'Ospedale Federale di Bonsucesso (HFB) di Rio de Janeiro, che si sono collegate al programma virtualmente.

Grafico 2. Numero totale di articoli approvati e presentati nelle sessioni di discussione che componevano il programma del 1° Congresso GHC, in base alla modalità di presentazione, Porto Alegre, agosto 2025.

Fonte: Rapporto del sistema di accreditamento. Dati elaborati dagli autori.

Abbiamo scelto di non approfondire ulteriormente i temi trattati nelle relazioni, poiché saranno disponibili integralmente nella pubblicazione. Tuttavia, in via preliminare, possiamo affermare che sono state accolte molto positivamente in relazione al tema del 1° Congresso e hanno dato impulso a narrazioni basate su esperienze di servizi e team in diversi territori. La partecipazione alle presentazioni ha mobilitato un numero significativo di persone, che hanno organizzato sessioni informali durante tutto il Congresso per approfondire le discussioni e scambiarsi contatti per futuri incontri.

Considerazioni finali

Il congresso del Gruppo Ospedaliero Conceição può essere inteso come molto più di un semplice evento istituzionale: articolando le emergenze climatiche, l'assistenza integrata e la partecipazione sociale, ha prodotto cambiamenti nel modo in cui il lavoro sanitario viene concepito, narrato e condiviso all'interno dell'istituzione. L'emergenza climatica del 2024 nel Rio Grande do Sul, impattando su strutture, operatori, flussi assistenziali e

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

processi gestionali, ha evidenziato sia la vulnerabilità dei servizi sanitari di fronte a crisi di tale portata, sia la capacità istituzionale di risposta, solidarietà e coordinamento con il SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano), la Forza Sanitaria Nazionale e i territori colpiti. Il congresso, un'iniziativa lanciata dalla dirigenza dell'istituzione, ha suscitato interesse in diverse regioni del Brasile e in altri Paesi, diventando anche un eccellente strumento di scambio. L'obiettivo non era semplicemente una risposta tempestiva, adeguata e coordinata; si trattava di imparare intensamente dalla tragedia, al fine di ampliare la capacità di affrontare quelle future.

In questo senso, il Congresso ha funzionato come un evento, in quanto ha reso visibile la conoscenza dispersa nella routine quotidiana dei servizi, ha rafforzato le reti di cooperazione interne ed esterne, ha ampliato la capacità dei lavoratori di autodeterminarsi sulle proprie pratiche e ha consolidato l'emergenza climatica come tema strategico per la gestione, la formazione e la pianificazione del GHC (Grupo Hospitalar Conceição). Trasformando le esperienze di crisi in narrazioni condivise, l'incontro ha riposizionato il lavoro istituzionale come spazio di apprendimento, innovazione e produzione di risposte collettive per il SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano). Il GHC rappresenta un punto di riferimento istituzionale per il SUS e il Ministero della Salute in caso di emergenze e tragedie, e le attività svolte, unite agli intensi scambi, hanno rafforzato l'istituzione come laboratorio per le risposte a eventi di questa natura in diversi territori. Oltre a risposte agili e tempestive, è stato evidente l'effetto di apertura mentale e di strutturazione di un evento di risposta. Sono emersi punti di forza, conoscenze e riflessioni sulle pratiche che indicano possibili percorsi futuri.

La letteratura tecnico-scientifica indica già che le emergenze climatiche fanno parte della routine quotidiana dei servizi sanitari e tendono a diventare più frequenti e gravi. Nel caso di GHC, la catastrofe del 2024 ha avuto un impatto simultaneo su infrastrutture, personale e organizzazione dei processi di cura e gestione. Allo stesso tempo, ha rivelato l'importanza di un'istituzione capace di riorganizzare i flussi di lavoro, prendersi cura dei propri dipendenti, creare reti e generare apprendimento sul campo, andando oltre le risposte normative o predefinite.

In quanto strumento di formazione continua, il Congresso ha permesso la trasformazione delle esperienze vissute in riflessione, creazione, scambio e apprendimento collettivo. L'ampia partecipazione di partecipanti e autori suggerisce una volontà istituzionale di considerare il lavoro sanitario al di là del trattamento immediato della malattia, integrando territorio, clima, partecipazione sociale e assistenza globale come dimensioni costitutive della produzione di cure. Altrettanto importante è lo sforzo di costruire reti di cooperazione, il cui risultato è stato visibile nella vasta gamma di affiliazioni istituzionali dei partecipanti, sia in istituzioni brasiliane che in quelle di altri paesi.

Tra i principali effetti istituzionali del Congresso, spiccano: la riorganizzazione simbolica e pragmatica dell'istituzione di fronte all'agenda climatica, il consolidamento delle reti di cooperazione, la valorizzazione della responsabilità condivisa dei lavoratori e il rafforzamento del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) come orizzonte etico-politico di lavoro. L'incontro ha contribuito a trasformare la concezione del GHC (Grupo Hospitalar Conceição) da complesso sanitario focalizzato unicamente sulla risposta immediata a istituzione capace di produrre conoscenza, articolare l'assistenza in rete e integrare le emergenze climatiche nel proprio orizzonte strategico. Certamente, il percorso è lungo e complesso, ma la capacità istituzionale di apprendimento attivo e collettivo è stata consolidata.

Infine, gli insegnamenti tratti dal Congresso evidenziano la necessità di consolidare un'agenda istituzionale permanente sulle emergenze climatiche, l'assistenza, il territorio e la gestione della rete. Tale agenda dovrebbe rafforzare i piani di emergenza, ampliare le strategie di tutela dei lavoratori, mantenere spazi regolari per la sistematizzazione delle esperienze e sostenere processi formativi in grado di preparare l'istituzione alle crisi future. Pertanto, il Congresso non si conclude con la sua programmazione: rimane un evento che invita l'istituzione a imparare dalle proprie esperienze, a produrre risposte collettive e ad affermare il SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) come progetto pubblico di assistenza, democrazia e tutela della vita.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

La lettura dei contributi che compongono questa pubblicazione dimostra il potenziale delle catastrofi climatiche come eventi prevenibili, attraverso l'instaurazione di relazioni più sostenibili con l'ambiente, anche nei servizi sanitari; con effetti mitigabili, grazie al lavoro degli operatori che lavorano nei sistemi e servizi sanitari, i quali, attraverso l'apprendimento in azione diretta e l'aggiornamento tramite la scienza e le produzioni tecnico-normative; e avverte inoltre che l'azione dei lavoratori nella routine quotidiana delle istituzioni, in relazione alle emergenze e alle catastrofi, include azioni educative che esplicitano i legami tra l'azione umana, la crisi di civiltà che stiamo vivendo e la produzione di salute nella vita quotidiana dei territori.

Riferimenti

Andreis, BS. Architettura per l'assistenza sanitaria di base in contesti di emergenza climatica. 2026. 60 p. Tesi di laurea (Laurea triennale in Architettura e Urbanistica) – Università Feevale, Novo Hamburgo, 2026.

Barichello , G *et al* . (2023). Il Gruppo Ospedaliero di Conceição, il quadrilatero della formazione e il confronto con le emergenze climatiche: più di un complesso di servizi sanitari, un laboratorio di buone pratiche per il SUS. (P. 18-57). In: Machado, CA; Soster , CB; Rodrigues, E. La performance del SUS in situazioni di disastro: esperienze di ricostruzione dell'assistenza sanitaria. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. Disponibile all'indirizzo: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf

Barichello , G.; Silva, QTA. Per affrontare i disastri e le emergenze climatiche, abbiamo bisogno di un Sistema Sanitario Unificato forte e resiliente. (P. 10-17). In: Machado, CA; Soster , CB; Rodrigues, E. Il ruolo del SUS nelle situazioni di disastro: esperienze nella ricostruzione dell'assistenza sanitaria. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. Disponibile all'indirizzo: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf

Brasile. Ministero della Salute. (2017). Guida alla preparazione e alla risposta alle emergenze sanitarie pubbliche dovute ad alluvioni. Brasilia: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf

Ceccim , R.B., & Ferla, A.A. (2008). Educazione e sanità: didattica e cittadinanza come attraversamento dei confini. Trabalho, Educação e Saúde, 6(3), 443–456. https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003

Ceccim, RB, & Feuerwerker, LCM. (2004). Il quadrilatero della formazione per l'area sanitaria: didattica, gestione, cura e controllo sociale. Physis : Revista De Saúde Coletiva, 14(1), 41–65. https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004

Deleuze, Gilles. (2006). Il Leibniz di Deleuze: esasperazione della filosofia – 1ª ed. – Buenos Aires: Cactus.

Deleuze, Gilles; Guattari, Félix. (1992). Cos'è la filosofia?. Tradotto da Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz . Rio de Janeiro: ed. 34.

Ferla, AA (2002). Clinica nomade e pedagogia medica meticcia: cartografia delle idee ufficiali e popolari alla ricerca di innovazioni nella formazione medica e nella pratica clinica. 2002. Tesi di dottorato (Scienze dell'educazione) – Corso di laurea specialistica in Scienze dell'educazione, Università Federale del Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponibile all'indirizzo: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1897 .

Ferla, AA. Un saggio sull'apprendimento significativo nell'educazione sanitaria: l'interazione con territori complessi come strumento. Saberes Plurais Educação na Saúde, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: 10.54909/ sp.v 5i2.119022. Disponibile all'indirizzo: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022 .

Freitas, CM de et al. (2020). Cambiamenti climatici, riduzione del rischio di catastrofi ed emergenze sanitarie pubbliche. Rio de Janeiro: Ensp /Fiocruz, 2020. Disponibile su: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C 3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%AAncias-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2010). **Bilancio Sociale 2009-2010** . Porto Alegre, GHC. Disponibile su: www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9531.pdf

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2023). Rapporto Integrato 2023. Porto Alegre, GHC. Disponibile su www.ghc.com.br/files/2024.05.21_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2023.pdf

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2024). Rapporto Integrato 2024. Porto Alegre, GHC. Disponibile su www.ghc.com.br/files/2025.05.28_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2024.pdf

GHC. Grupo Hospitalar Conceição. (2025). Rapporto sulla gestione integrata 2025. Porto Alegre, GHC. Disponibile su: www.ghc.com.br/files/2026.05.15_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2025.pdf

IPCC. Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici. (2020). Brasilia, UNDP e Ministero della Scienza, della Tecnologia, dell'Innovazione e delle Comunicazioni. Disponibile all'indirizzo: www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/sirene/publicacoes/relatorios-do-ipcc/arquivos/pdf/srcl-port-web.pdf

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Merhy, EE. (2002). Salute: cartografia del lavoro vivente. São Paulo, Hucitec .

Silva, MB. (2025). Dalla resistenza all'emancipazione: traiettorie psicosociali delle donne trans in Brasile. Tesi di laurea (Master in Psicologia) – Università Feevale. Novo Hamburgo, 2025.

Nazioni Unite . (2025). Cogliere l'attimo: dare impulso alla nuova era energetica delle energie rinnovabili, dell'efficienza e dell'elettrificazione. New York, Nazioni Unite. Disponibile all'indirizzo: www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-energy-transition-report_2025.pdf

OMS. Organizzazione Mondiale della Sanità. (2023). Revisione dell'OMS del 2023 sulla salute nei Contributi Nazionali Determinati e nelle strategie a lungo termine: la salute al centro dell'Accordo di Parigi. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/9789240074729-v2.pdf?sfvrsn=f4c8b157_4

OMM. Organizzazione meteorologica mondiale. (2026). Previsto un forte El Niño in intensificazione. Ginevra/ Svizzera , OMM. Disponibile all'indirizzo: https://wmo.int/news/media-centre/strong-el-nino-expected-intensify

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

UNA TRAGEDIA CLIMÁTICA QUE PRODUJO MOVIMIENTOS INSTITUCIONALES DE RESILIENCIA Y DISRUPCIÓN: NARRANDO ACONTECIMIENTOS DEL I CONGRESO DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Alcindo Antônio Ferla[1]
Gilberto Barichello[2]
Quelen Tanize Alves da Silva[3]
Máicon Barbosa da Silva[4]
Bruno Steffen Andreis[5]
Lisiane Vieira dos Santos[6]
Gabriel Calazans Baptista[7]

Introducción

Del 28 al 30 de agosto de 2025, se realizó el I Congreso del Grupo Hospitalar Conceição en el Centro de Eventos FIERGS, en Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Esta publicación reúne más de 170 trabajos presentados en las diversas ruedas de conversación que conformaron la programación del evento. El tema central fue Emergencias climáticas, cuidados integrados y participación social: desafíos para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS). El Congreso movilizó un volumen significativo de recursos organizativos y de tiempo, incluso superior al de los recursos financieros, situación que puede explicarse por algunas de las ideas que presentamos a continuación.

El programa procuró articular temas relevantes que ya venían siendo propuestos, pero con énfasis temáticos muy específicos que mantenían fragmentados los procesos que inciden sobre el trabajo realizado por agentes de políticas públicas y, particularmente, por trabajadores y trabajadoras de la salud. Las acciones previas incluían la participación en misiones de la Fuerza Nacional del SUS y en incidentes ocurridos en los territorios de referencia y en la propia red de servicios. Sin embargo, la participación institucional, presente de manera puntual en episodios locales, nacionales e internacionales, estaba lejos de las recomendaciones internacionales de que el sistema y los servicios de salud estén en el centro de las respuestas a las emergencias climáticas (OMS, 2023). El Congreso impulsó la integración, la expansión y el alcance de las acciones, sin desconsiderar la experiencia previa.

Desde 2001, en diversas situaciones, ya sean desastres naturales, accidentes a gran escala, conflictos étnicos y geográficos, el GHC ha enviado equipos para apoyar a la Fuerza Nacional de Salud. Entre las misiones compuestas por trabajadores del GHC, se pueden citar las siguientes: Timor Oriental y Haití (cooperación humanitaria internacional para abordar terremotos, emergencias climáticas y crisis humanitarias), Alagoas y

1 Médico, Doctor en Educación, profesor permanente del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la UFRGS, gerente de Enseñanza, Investigación, Extensión e Innovación del GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6938715472729668. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504
2 Abogado, sanitarista, Máster en Gestión de Servicios, director-presidente del Grupo Hospitalar Conceição.
3 Fisioterapeuta, Doctora en Salud Colectiva, directora de Innovación y de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0791269795126912. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5464-6307.
4 Abogado, Máster en Psicología, gerente de la Asesoría Jurídica del GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8311816801583531. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0809-9239
5 Arquitecto en formación, miembro de la comisión organizadora del I Congreso del Grupo Hospitalar Conceição. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4770132073159375. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9859-7237
6 Enfermera, doctoranda en Enfermería, jefa de gabinete del director-presidente del GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7002141857664667. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0565-0630
7 Psicólogo, Doctor en Psicología, coordinador de investigaciones del GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7929046394572193. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7391-8803

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Pernambuco (inundaciones), Río de Janeiro (desastres climáticos en la región montañosa y Juegos Olímpicos y Paralímpicos), Roraima (crisis humanitaria y sanitaria en el territorio indígena Yanomami), Mato Grosso (arbovirus), entre otras. Además de su trabajo en eventos climáticos y emergencias sanitarias en otros países y estados de Brasil, su trabajo en municipios de Rio Grande do Sul también fue significativo: en varios municipios de los valles, montañas y regiones metropolitanas durante las emergencias climáticas de 2023 y 2024, en São Lourenço do Sul (emergencias climáticas) y en Santa Maria (incendio en la discoteca Kiss). En Porto Alegre y la Región Metropolitana, durante la lucha contra el dengue y la influenza H1N1, la Fuerza Nacional de Salud también desplegó trabajadores del GHC. (GHC, 2009-2010; 2023; 2025)

En el Grupo Hospitalar Conceição (GHC), la emergencia climática de mayo de 2024 afectó intensamente las instalaciones e incidió sobre los procesos de trabajo, dado que la Fuerza Nacional de Salud —así como otras iniciativas del Gobierno Federal movilizadas para afrontar la situación aguda de la inundación y para las primeras acciones de reconstrucción del sistema de salud y de la infraestructura de las políticas sociales y de la economía del estado— tuvo su sede, en gran medida, en las instalaciones del GHC, recibiendo un apoyo significativo de los procesos de trabajo desarrollados en su interior. Es decir, la dinámica del GHC no se vio afectada únicamente por los daños materiales y las pérdidas en términos de disponibilidad de la fuerza de trabajo, de forma directa e indirecta (familiares y personas cercanas también fueron afectadas). La vida cotidiana del complejo de servicios se vio impactada por la sobrecarga del trabajo asistencial, pero también por la planificación y ejecución de las estrategias del Gobierno Federal para mitigar los efectos de la emergencia climática en Rio Grande do Sul. El "cuadrilátero de la formación en salud" (Ceccim; Feuerwerker, 2004) entró en un movimiento frenético, con fuertes tensiones en cada uno de sus vértices.

Más allá de la situación pragmática descrita en los párrafos anteriores, la dinámica cotidiana del GHC durante los aproximadamente tres meses en que los efectos agudos de la emergencia climática de 2024 afectaron a Rio Grande do Sul se vio profundamente alterada, tanto por los daños estructurales y la pérdida de insumos como por las iniciativas que incidieron sobre sus trabajadores y trabajadoras. El mapeo rápido y permanente de los empleados afectados por la inundación, el apoyo psicológico integrado, la conversión de salas en dormitorios, la oferta de transporte gratuito, la apertura de espacios de convivencia y acogida para los hijos de los empleados, la contratación temporal de 890 trabajadores para responder a las demandas de trabajo generadas por la imposibilidad de trabajar de los empleados afectados por la inundación, entre otras acciones, tuvieron un impacto considerable en la dinámica institucional y en la dimensión micropolítica del trabajo.

En este artículo, además de presentar y contextualizar el material que compone esta publicación (los trabajos presentados en ruedas de conversación, como forma de difusión científica y, asimismo, como estrategia de Educación Permanente en Salud), nos propusimos estructurar una narrativa que explicite las conexiones entre el evento, la imagen y la vida cotidiana institucional de un complejo de servicios de salud de gran alcance y relevancia, de modo que no sea comprendido solamente como un evento, sino como un *acontecimiento*. El *acontecimiento*, en la filosofía crítica, significa un hecho que ocupa y sobrepasa la frontera del pensamiento vigente en un determinado tiempo; una emergencia que produce nuevos sentidos y rompe con el orden anterior de las cosas (Deleuze, 2006), es decir, que surge de manera algo imprevisible y abre espacio para nuevas posibilidades, como las multiplicidades. En el lenguaje y el pensamiento, el *acontecimiento* ocupa un sentido de frontera, desprendiéndose de los objetos estáticos y de la realidad visible. También posee una dimensión ética, que es la apertura del deseo («estar a la altura de él») para captar y comprender una verdad que opera transformaciones en la existencia (Deleuze; Guattari, 1992; Deleuze, 2006). La emergencia climática causó desesperación, destrozó vidas y dejó a personas a su propia suerte, pero también despertó un sentido de responsabilidad por las prácticas de salud y de solidaridad con quienes se encontraban en condiciones de mayor fragilidad.

El *acontecimiento*, a diferencia de un hecho en sí mismo o de las interpretaciones que se hacen de él, define algo inédito y emergente que produce nuevos sentidos y libera el pensamiento del orden anterior de las

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

cosas, actuando más como devenir que como una simple y lineal sucesión de causas y efectos (Deleuze, 2006). Inspirado en la filosofía crítica francesa, pero con los pies en la vida cotidiana del trabajo institucional en tiempos de crisis sanitarias y climáticas, el *acontecimiento* aquí se refiere a movimientos que no son solamente la traducción de la sobrecarga de trabajo en el complejo de servicios frente a las emergencias climáticas. Habla de un orden de cosas que emerge en este contexto y produce otro GHC, con el desarrollo de nuevos procesos de trabajo y nuevas ideas que «ya estaban allí», en la escena institucional, pero que se encontraban sepultadas bajo una práctica institucional que parecía restringida a la atención de las personas enfermas y, en particular, de quienes habían sido afectados por emergencias sucesivas.

Desde el lugar desde el cual hablamos de este tema y narramos el Congreso como *acontecimiento*, se hacen visibles movimientos institucionales derivados de fuerzas que producen tensiones entre sí y con modelos de pensamiento fuertemente atravesados por la lógica de la salud como asistencia a las enfermedades y a sus signos y síntomas. La emergencia del *acontecimiento* en la vida cotidiana institucional también constituye una innovación cuando consideramos los servicios de salud, especialmente los hospitales, como instituciones complejas, pero colonizadas por un orden moderno que es, al mismo tiempo, político y pedagógico (Ferla, 2002; 2021). La participación, la programación y la producción de autorías compartidas en las ruedas de conversación de la programación señalan, a nuestro entender, un *Congreso-acontecimiento*.

Emergencias climáticas y servicios de salud: ¿cuál es la intencionalidad del Congreso?

Las huellas de las principales emergencias climáticas y sanitarias, así como de las tragedias ambientales, conforman el "cuerpo organizativo" del GHC (Grupo Hospitalar Conceição), a través de la participación en numerosos frentes de trabajo externos e internos, como se revisó brevemente anteriormente. La literatura advierte que los eventos relevantes de emergencias climáticas son significativos hoy y serán más frecuentes y severos en el futuro (OMS, 2023). Pero la motivación para realizar el I Congreso del Grupo Hospitalar Conceição incluyó un análisis de la Junta Directiva, alineado con las directrices del Ministerio de Salud y las políticas del Sistema Único de Salud (SUS), que cambió el enfoque de las acciones realizadas, consolidando la comprensión de que es necesario prepararse, reorientar la acción institucional para enfrentar las consecuencias y reconstruir flujos, procesos y estructuras, con la inteligencia del aprendizaje mediante la práctica (Ferla, 2021).

Una de las estrategias globales para el seguimiento y la previsión de las crisis climáticas y ambientales, de la que Brasil forma parte, el Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC), fue creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización Meteorológica Mundial (OMM) en 1988. Su objetivo es proporcionar a los responsables políticos evaluaciones científicas periódicas del cambio climático, sus implicaciones y los posibles riesgos futuros, así como proponer opciones de adaptación y mitigación (IPCC, 2020). Según la literatura, los pronósticos y las predicciones ofrecen la oportunidad de anticipar las respuestas, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones y la mitigación de los efectos sobre la vida, además de brindar las condiciones adecuadas para su sostenibilidad (OMM, 2026).

Las acciones de organizaciones internacionales, como el IPCC, exploran modelos, sistematizan el estado del conocimiento sobre el cambio climático, identifican los consensos en la comunidad científica y determinan las áreas que requieren mayor investigación. Las evaluaciones y los modelos predictivos constituyen insumos fundamentales para las negociaciones internacionales destinadas a abordar el cambio climático. En los últimos años, y durante los próximos meses, se han emitido fuertes advertencias que indican la necesidad de respuestas coordinadas, mejores servicios de información climática y apoyo a los sistemas de alerta temprana para ayudar a los gobiernos, las organizaciones humanitarias, los sectores más sensibles al clima (como la agricultura y la salud) y las comunidades más expuestas a las vulnerabilidades climáticas a prepararse para los posibles impactos de las emergencias climáticas (OMM, 2026).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Las predicciones sobre el cambio climático, así como sobre otros temas que implican el riesgo de crisis sanitarias a gran escala en territorios locales o globales, siguen siendo algo optimistas al proyectar escenarios futuros, especialmente en el contexto de la coordinación internacional, las decisiones gubernamentales y la movilización de la sociedad civil. Las directrices implican garantizar la coherencia, la claridad y la precisión en las políticas, con decisiones gubernamentales que alineen las políticas, los incentivos y los recursos para acelerar una transición energética justa; inversiones en la infraestructura necesaria para el sistema energético del próximo siglo; atención a las nuevas demandas de electricidad provenientes de energías renovables, especialmente para sectores de rápido crecimiento como las grandes empresas tecnológicas, particularmente en relación con la Inteligencia Artificial (IA) y los centros de datos; situar a las personas y la equidad en el centro de la transición energética justa para impulsar un desarrollo económico local inclusivo; acelerar la transición mediante una mayor cooperación en comercio e inversión entre instituciones y servicios; y eliminar las barreras estructurales para movilizar financiamiento para la transición energética en los países en desarrollo. Según las directrices actuales, el desarrollo y la implementación de tecnologías de energía limpia para reemplazar los combustibles fósiles constituyen el imperativo económico y la oportunidad clave de esta década, con políticas inteligentes y pragmáticas y una mayor cooperación internacional para desarrollar un sistema energético global limpio, seguro, accesible y equitativo. Las predicciones, quizás demasiado optimistas dado el contexto de explotación ambiental depredadora, indican que las soluciones disponibles están a nuestro alcance y debemos aprovecharlas (Naciones Unidas, 2025). La sostenibilidad se ha convertido en un tema y un valor en diversos campos del conocimiento, incluyendo la dinámica operativa y la arquitectura de los servicios de salud (Andreis, 2026).

La relación entre las emergencias climáticas y las tragedias humanitarias y sanitarias en los establecimientos y en el trabajo en salud es reconocida y presenta una doble incidencia: a) por un lado, los servicios de salud y sus agentes son afectados directa e indirectamente por las emergencias, que comprometen instalaciones e insumos y tienden a reducir la capacidad de respuesta cuando no existe preparación previa ni planes de contingencia; también afectan a los trabajadores de la salud, a sus familias, sus viviendas y otros bienes necesarios para el sostenimiento de la vida, lo que reduce su disponibilidad en los establecimientos de salud donde trabajan y agrava la capacidad de respuesta en los momentos agudos de crisis; y 2) por otro lado, se produce un aumento agudo de la demanda, ya sea de personas directamente afectadas por los eventos (enfermedades cardíacas y respiratorias asociadas a olas de calor, enfermedades respiratorias y de transmisión hídrica asociadas a inundaciones, atención de urgencia ante accidentes de grandes proporciones, incendios, epidemias y endemias) (Brasil, 2017; Freitas, 2020; Barichello et al., 2025). Esta fue una de las motivaciones del esfuerzo institucional por transformar el GHC en una institución resiliente, es decir, capaz de enfrentar situaciones adversas con proactividad y capacidad disruptiva, protegiendo la vida de las personas y fortaleciendo el SUS (Barichello; Alves, 2025). También es necesario mencionar la inclusividad como un valor, en un movimiento de producción de equidad (Silva, 2025). La otra motivación fue una disputa conceptual en torno a la resiliencia propiamente dicha, que, a nuestro entender, se construye y se verifica en la organización en red de un sistema local de salud. Por lo tanto, se sustenta más en el desarrollo del trabajo que en aspectos teóricos y normativos. Esta idea se contextualiza en el siguiente apartado.

Participación, diversidad y adversidades: marcas del lugar del trabajo en el GHC

Un desafío relevante durante la planificación del I Congreso estuvo relacionado con la expectativa de participación de los trabajadores del complejo de servicios del GHC. El tema central, «Emergencias climáticas, cuidados integrados y participación social: desafíos para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud», era ciertamente oportuno y muy actual. Sin embargo, presentaba un aspecto desafiante: se trataba de un tema constitutivo del campo de saberes y prácticas de la Salud Colectiva, mientras que sus conexiones con la asistencia

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

en salud no siempre tenían visibilidad en la vida cotidiana. No poseía la visibilidad inmediata de la atención a las personas enfermas en los servicios del Grupo Hospitalar Conceição (GHC). No obstante, existe un esfuerzo permanente por actualizar las prácticas y el contexto de inserción del complejo de servicios en el SUS mediante acciones formativas y la Educación Permanente en Salud. Aun así, no era posible prever la adhesión de los trabajadores, incluso frente a situaciones recientes e intensas en la vida cotidiana del complejo de servicios.

Durante la crisis climática de 2024 (entre principios de abril y finales de julio), las instalaciones del GHC albergaron el Comité Local del Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COE) para la situación de lluvias torrenciales e inundaciones en la Región Sur. El Comité fue responsable de coordinar la gestión de las respuestas del SUS (Sistema Único de Salud de Brasil) a las emergencias de salud pública derivadas de lluvias torrenciales, inundaciones y otros desastres asociados a la crisis meteorológica en la región sur del país. En las instalaciones del GHC, y con la participación intensiva de gestores y trabajadores del Grupo, se llevó a cabo una intensa movilización para la coordinación local unificada de las acciones del Ministerio de Salud y el Gobierno Federal en el Estado, el monitoreo de eventos epidemiológicos asociados a las inundaciones, la planificación y coordinación de las acciones de la Fuerza Nacional de Salud para apoyar a los territorios afectados y brindar atención a la población, apoyo logístico para iniciativas federales y la circulación de suministros, equipos y personal, y finalmente, medidas para reconstruir el sistema de salud, especialmente en las regiones más afectadas.

Más allá de la grave situación provocada por la catástrofe climática, el GHC cuenta con iniciativas para un diálogo intenso con los territorios. Durante la catástrofe climática de 2024, y también ante las frecuentes inundaciones de la red hidrográfica que abarca los territorios donde se ubican las unidades y servicios del GHC, se llevaron a cabo diariamente acciones educativas y de vigilancia territorial, incluso antes de que ocurriera el evento. En 2024, la labor del personal del GHC (empleados, residentes, pasantes y voluntarios) incluyó la organización y el apoyo a refugios e iniciativas para acoger a personas y familias desplazadas por las aguas, una situación que se prolongó durante más de tres meses.

Por otro lado, la emergencia climática también afectó la infraestructura del GHC y a numerosos empleados. Hubo daños directos en instalaciones e insumos de algunos servicios territoriales e incluso en edificios hospitalarios, lo que exigió respuestas rápidas para reponer materiales de consumo, reorganizar ambulatorios y camas y trasladar unidades de salud a áreas protegidas. Las adaptaciones de infraestructura fueron ágiles y permitieron la continuidad de las acciones, absorbiendo la sobrecarga asistencial generada por la propia emergencia climática. Es importante registrar que un conjunto significativo de empleados, especialmente médicos, enfermeros, técnicos y psicólogos, fue destinado a apoyar las acciones asistenciales de la Fuerza Nacional de Salud y, de este modo, se reorganizaron los flujos asistenciales. Algunas instalaciones fueron rápidamente adaptadas para alojar a empleados afectados por la catástrofe y mantener esquemas de contingencia para los suministros obtenidos mediante la solidaridad de la población y las donaciones procedentes del Gobierno Federal. La agilidad institucional estuvo motivada, en gran medida, por el impacto de la situación de emergencia y por una fuerte ola de solidaridad que surgió en el interior de la institución.

Sin embargo, la emergencia climática también afectó directamente a un conjunto significativo de trabajadores del GHC. Muchos empleados del GHC y otros trabajadores vinculados a la institución (personal de limpieza, vigilancia y otros prestadores de servicios, además de residentes y pasantes) fueron afectados directamente o tuvieron a sus familias desplazadas, con pérdidas materiales significativas. Como estrategia de gestión solidaria del trabajo, se movilizaron iniciativas para comprender los efectos de la emergencia sobre la fuerza de trabajo y se implementaron acciones para minimizarlos. Muchos trabajadores perdieron sus viviendas y bienes, y familiares y personas cercanas también fueron afectados. La institución abrió guarderías para los hijos de los trabajadores, ofreció transporte gratuito para garantizar los desplazamientos e implementó jornadas diferenciadas. Además, desarrolló acciones de apoyo a la salud mental para minimizar el desgaste físico y psicológico extremo e implementó redes de apoyo psicológico para afrontar el trauma colectivo. Una

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

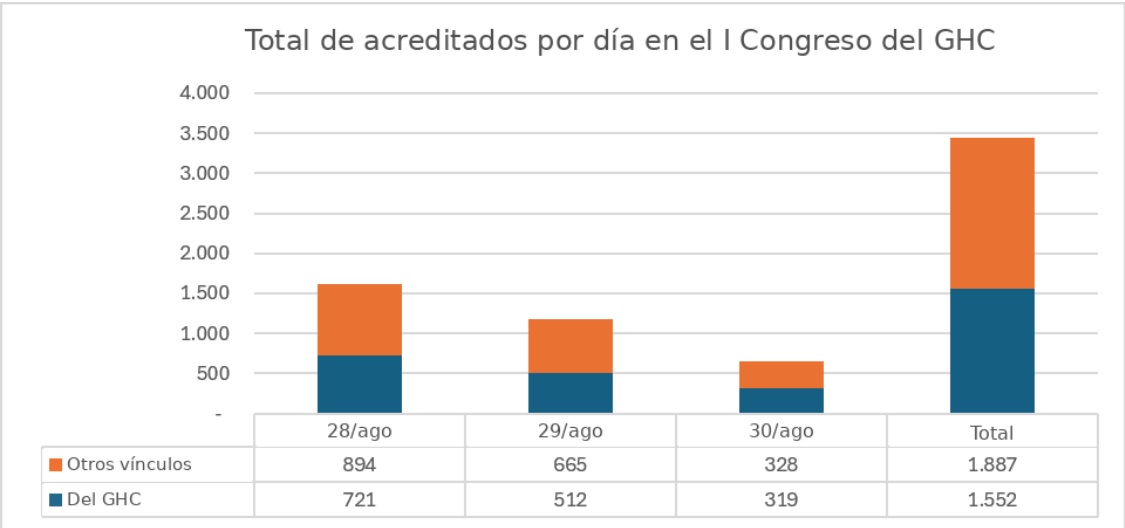
parte significativa de los empleados afectados optó por regresar al trabajo después del impacto inicial y de las iniciativas de reasentamiento, para no interrumpir los servicios destinados a otras personas afectadas. Algunos relatos indicaron que retomar una rutina, que incluía horarios de trabajo y comidas de buena calidad en los comedores ubicados en diferentes sectores, ayudó a afrontar el sufrimiento. El apoyo y la acogida de los hijos de los empleados también constituyeron un desafío, ya que su diversidad (edad, neurodivergencias, enfermedades infantiles e incluso el impacto de la emergencia en sus vidas) movilizó a los trabajadores y su capacidad de imaginación. Es importante destacar que el GHC cuenta con aproximadamente 13.000 empleados en su complejo de servicios ubicado en la capital de Rio Grande do Sul.

Todos los problemas mencionados anteriormente representaban diferentes intersecciones de la emergencia climática en la vida cotidiana del complejo de servicios y la diversa fuerza laboral del GHC. Sin embargo, el reconocimiento de la prevalencia de un imaginario que reduce las emergencias climáticas a "desastres naturales", sin conectar los eventos recurrentes entre sí y naturalizándolos como pertenecientes al ámbito de la naturaleza, sin reconocer la acción humana, generó dudas sobre la adhesión de los trabajadores de la salud al evento, que fue planeado precisamente para desafiar esta asociación.

Estas dudas quedaron ampliamente disipadas por las evidencias presentadas durante el Congreso. Las salas estuvieron siempre llenas y los espacios de circulación se convirtieron en encuentros de gran potencia y relevancia (las ruedas de conversación que se formaron alrededor de los puestos de la feria solidaria, con productos de consumo o artesanías elaboradas con técnicas sostenibles, así como las pequeñas conferencias que llenaban las mesas del espacio de la cafetería), evidenciando la capacidad del tema para convocar a los trabajadores del GHC y a un conjunto significativo de personas de Brasil y de otros países.

A pesar de las expectativas de una participación significativamente menor, el I Congreso alcanzó un total de 3.439 (tres mil cuatrocientas treinta y nueve) personas acreditadas, de las cuales el 45,13% eran trabajadores del GHC. Otras 1.887 personas acreditadas tenían vínculos con instituciones brasileñas y de otros países. Más del 80% de las personas inscritas lo hicieron durante los dos primeros días, lo que refleja una presencia significativa a lo largo de toda la programación del Congreso. El Gráfico 1 ilustra el número de personas acreditadas en cada uno de los días. Los datos de acreditación son más fidedignos respecto al total de participantes, ya que no hubo control de la presencia de personas externas en cada actividad. Este control se realizó únicamente para los empleados del GHC, a efectos de la liberación autorizada de la jornada laboral.

Gráfico 1. Número total de personas acreditadas por día del I Congreso GHC, según su afiliación, Porto Alegre, agosto de 2025.



	28/ago	29/ago	30/ago	Total
Otros vínculos	894	665	328	1.887
Del GHC	721	512	319	1.552

Fuente: Informe del sistema de acreditación. Datos procesados por los autores.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Los datos descritos anteriormente muestran parte del vigor del *acontecimiento* del que hablábamos al inicio. La magnitud de la participación en el evento evidencia un interés que desborda la lógica del trabajo asistencial propia del imaginario vigente, en el que los procedimientos de alta densidad tecnológica son más valorados, mientras que la atención básica y el cuidado en los territorios reciben menor valoración técnica y ocupan lugares menos prestigiosos en el imaginario colectivo. De ningún modo estamos afirmando aquí la sustitución de un imaginario más clásico por otro más innovador. Hablamos de una emergencia: del Congreso como un dispositivo que desacomodó y actualizó los afectos movilizados por el trabajo cotidiano durante la emergencia climática. La emergencia del deseo (en este caso, el deseo de hacerse capaz de responder de forma más efectiva y ágil a las consecuencias de la catástrofe climática) constituye devenir. Dicho de otro modo, Merhy (2002) habla de la organización del trabajo como una combinación de tecnologías duras, blando-duras y blandas, y sitúa la gestión del trabajo orientada a la integralidad en el ámbito de las tecnologías blandas, como *trabajo vivo en acto*. Esta comprensión permite llamar innovación al aprendizaje en acto que sustenta el hacer vivo, que interactúa con el contexto de una demanda considerando la experiencia previa actualizada (un hacer vivo y en acto que también interroga su propia experiencia previa), la producción científica y normativa previa (la Educación Permanente en Salud no es negacionismo; por el contrario, supone conocimiento profundo y actualización de saberes previos) y la conexión con otros saberes presentes en la escena del cuidado y de la gestión. En este proceso se articulan la Educación Permanente en Salud, el trabajo colaborativo y en equipo, el aprendizaje significativo, el compromiso ético y político con el SUS y con cada persona que demanda cuidados, y el conocimiento actualizado de la escena/territorio de cuidados (conciencia de lo que está disponible en términos de recursos y fuerza de trabajo, de modo que sea posible realizar ofertas resolutivas, lo que representa bien la idea freireana de «inteligencia» como aprendizaje para la acción) (Ceccim; Ferla, 2008; Ferla, 2021). Evidentemente, sería un sesgo de lectura que la narrativa hasta aquí sonara como una romantización de los impactos de las emergencias climáticas y los desastres en el trabajo en salud. Reiteramos que hasta este punto hemos procurado dejar claro —y la literatura y las políticas del SUS orientan esta percepción— que estos eventos serán cada vez más frecuentes y graves y podrán afectar de forma más severa a los territorios y los sistemas de salud. Por lo tanto, el aprendizaje institucional y personal, como aprendizaje significativo, constituye una salida necesaria e impostergable en nuestro tiempo.

Sin ampliar el recorrido analítico, lo que se ha pretendido hasta aquí es dejar explícito que el I Congreso no fue solamente un evento, sino que fue planificado y «funcionó» como *acontecimiento*. El resultado es una amalgama entre las temáticas ambientales y la organización del trabajo en salud en una institución concreta y compleja como el GHC, donde las marcas de las emergencias climáticas y de tragedias previas adquirieron la dimensión no de eventos aislados, sino de situaciones que deben integrar los escenarios prospectivos para el trabajo institucional. Consideramos que el análisis de los trabajos autorales de agentes de la institución y de otras instituciones, presentados directamente por sus autores en el Congreso, señala esta condición.

Ruedas de conversación con trabajos aprobados: intercambio y educación permanente

La organización del I Congreso incluyó una convocatoria pública de trabajos originales de agentes de las prácticas sociales y sanitarias, con temas asociados al eje central. No se buscaba un formato académico convencional de resúmenes simples o ampliados, sino textos narrativos sobre las respuestas locales a los efectos de las crisis climáticas, tanto de 2024 como de 2023. A diferencia del relato de experiencia, el estilo narrativo conecta las trayectorias de los autores o de los servicios con reflexiones externas a ellas, ya sea en el ámbito de la literatura técnica y científica o en los saberes compartidos por los equipos y los territorios (Ferla, 2021; Ceccim; Ferla, 2008).

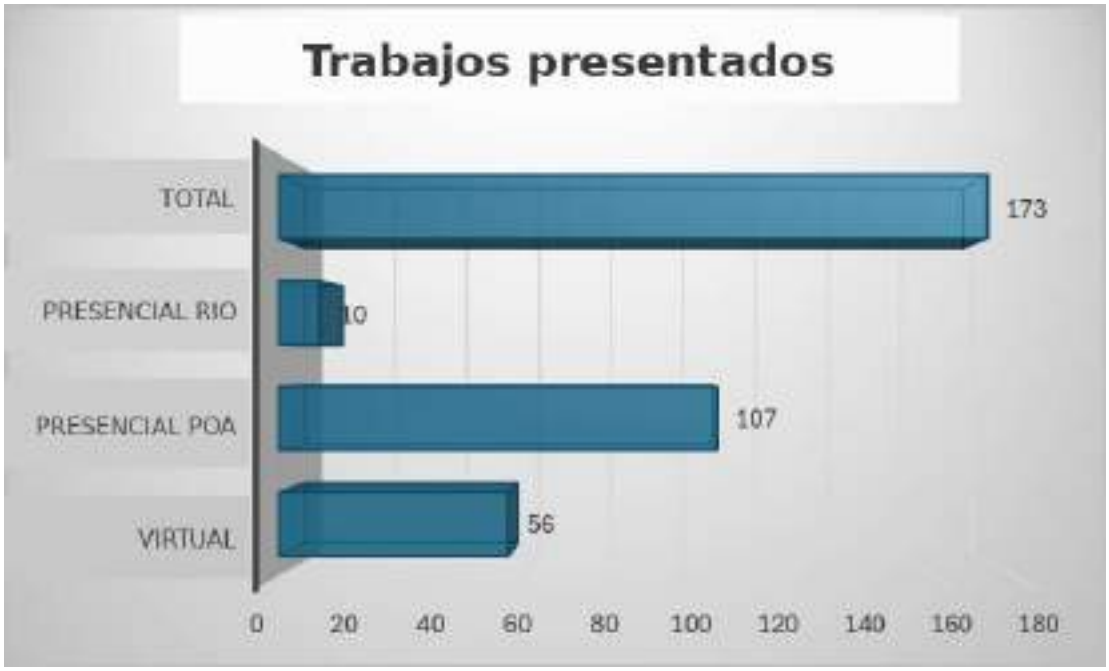
Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Se abrió la convocatoria de resúmenes y se ofreció a los trabajadores del GHC apoyo para la escritura y la revisión antes de la presentación. A los autores que realizaron sus presentaciones en el período inicial también se les ofreció una estrategia de evaluación formativa, que les permitía volver a presentar los resúmenes incorporando las contribuciones de los evaluadores. La idea central era que la propia elaboración de los manuscritos tuviera la potencia de la Educación Permanente en Salud, sumándose al efecto de las interacciones en las ruedas de conversación.

La respuesta en términos de presentación de trabajos fue sorprendente. La expectativa inicial fue ampliamente superada, lo que exigió ampliar el espacio previsto para las actividades del I Congreso. La dinámica de las presentaciones consistió en exposiciones orales en sesiones grupales temáticas mediadas por facilitadores. Una primera etapa consistía en una breve presentación del trabajo y de sus autores, seguida de una etapa en la que los facilitadores formulaban preguntas transversales a los trabajos seleccionados, generando un diálogo entre autores y facilitadores. Las ruedas de conversación para la presentación de trabajos, con debates y diálogos transversales, forman parte de una metodología utilizada desde hace varios años en los Congresos Internacionales de Rede Unida, que apoyó la organización del I Congreso, particularmente en la organización operativa y metodológica de las sesiones de trabajo.

El Gráfico 2 presenta el total de trabajos y las modalidades de presentación, incluidas las sesiones organizadas presencialmente en el lugar del evento y en las instalaciones del Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), en Río de Janeiro, que se conectaron virtualmente a la programación.

Gráfico 2. Total de trabajos aprobados y presentados en las ruedas de conversación que conformaron la programación del I Congreso del GHC, según la modalidad de presentación, Porto Alegre, agosto de 2025.



Fuente: Informe del sistema de acreditación. Datos procesados por los autores.

Optamos por no profundizar en el análisis de los temas de los trabajos, dado que estarán disponibles íntegramente en la publicación. De manera preliminar, sin embargo, es posible afirmar que mostraron una gran adhesión a la temática del I Congreso y movilizaron narrativas a partir de experiencias de servicios y equipos en diversos territorios. La participación en las presentaciones de los trabajos movilizó a un número significativo de personas, que organizaron sesiones informales a lo largo del Congreso para profundizar las conversaciones e intercambiar contactos para futuros encuentros.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Consideraciones finales

El I Congreso del Grupo Hospitalar Conceição puede comprenderse como algo más que un evento institucional; al articular emergencias climáticas, cuidados integrados y participación social, produjo desplazamientos en la manera de pensar, narrar y compartir el trabajo en salud dentro de la institución. La emergencia climática de 2024 en Rio Grande do Sul, al afectar estructuras, trabajadores, flujos asistenciales y procesos de gestión, puso de manifiesto tanto las vulnerabilidades de los servicios de salud frente a crisis de esta magnitud como la capacidad institucional de respuesta, solidaridad y articulación con el SUS, la Fuerza Nacional de Salud y los territorios afectados. El Congreso, iniciativa impulsada por la dirección de la institución, despertó interés en diversas regiones de Brasil y en otros países, convirtiéndose también en un importante dispositivo de intercambio. El objetivo no era solamente ofrecer una respuesta oportuna, adecuada y en red, sino aprender intensamente de la tragedia para ampliar la capacidad de enfrentar crisis futuras.

En este sentido, el Congreso operó como *acontecimiento*, en la medida en que hizo visibles saberes dispersos en la vida cotidiana de los servicios, fortaleció redes internas y externas de cooperación, amplió la autoría de los trabajadores sobre sus propias prácticas y consolidó la emergencia climática como tema estratégico para la gestión, la formación y la planificación del GHC. Al transformar experiencias de crisis en narrativas compartidas, el encuentro reposicionó el trabajo institucional como espacio de aprendizaje, invención y producción de respuestas colectivas para el SUS. El GHC es una referencia institucional del SUS y del Ministerio de Salud para emergencias y tragedias, y las actividades desarrolladas, sumadas a los intensos intercambios, fortalecieron a la institución como laboratorio para las respuestas a eventos de esta naturaleza en distintos territorios. Además de respuestas ágiles y oportunas, se hizo visible el efecto de apertura del pensamiento, estructurando una *respuesta-acontecimiento*. Emergieron fuerzas, conocimientos y reflexiones sobre las prácticas que señalan caminos posibles.

La literatura técnica y científica ya indica que las emergencias climáticas forman parte de la vida cotidiana de los servicios de salud y tienden a volverse más frecuentes y graves. En el caso del GHC, la catástrofe de 2024 incidió simultáneamente sobre la infraestructura, la fuerza de trabajo y la organización de los procesos asistenciales y de gestión. Al mismo tiempo, reveló la importancia de una institución capaz de reorganizar flujos, cuidar a sus trabajadores, actuar en red y producir aprendizajes situados, más allá de respuestas normativas o previamente estabilizadas.

Como dispositivo de educación permanente, el Congreso permitió transformar experiencias vividas en reflexión, autoría, intercambio y aprendizaje colectivo. La amplia adhesión de participantes y autores sugiere una disposición institucional para pensar el trabajo en salud más allá de la asistencia inmediata a la enfermedad, incorporando territorio, clima, participación social y cuidado integral como dimensiones constitutivas de la producción del cuidado. No es menor el esfuerzo de constituir redes de cooperación, cuyo resultado fue visible en la amplia diversidad de vínculos institucionales de los participantes, tanto en instituciones brasileñas como de otros países.

Entre los principales efectos institucionales del Congreso se destacan la reorganización simbólica y pragmática de la institución frente a la agenda climática, la consolidación de redes de cooperación, la valoración de la autoría compartida de los trabajadores y el fortalecimiento del SUS como horizonte ético-político del trabajo. El encuentro contribuyó a desplazar la comprensión del GHC desde un complejo asistencial orientado solamente a la respuesta inmediata hacia una institución capaz de producir conocimiento, articular el cuidado en red e incorporar las emergencias climáticas a su horizonte estratégico. Sin duda, el camino es largo y complejo, pero la capacidad institucional de aprendizaje vivo y colectivo ha sido puesta en marcha.

Por último, los aprendizajes producidos en el Congreso apuntan a la necesidad de consolidar una agenda institucional permanente sobre emergencias climáticas, cuidado, territorio y gestión en red. Dicha agenda debe

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

fortalecer los planes de contingencia, ampliar las estrategias de cuidado a los trabajadores, mantener espacios regulares de sistematización de experiencias y sostener procesos formativos capaces de preparar a la institución para crisis futuras. Así, el Congreso no se agota en su programación; permanece como *acontecimiento* que convoca a la institución a aprender de lo vivido, producir respuestas colectivas y afirmar el SUS como proyecto público de cuidado, democracia y protección de la vida.

La lectura de los trabajos que componen esta publicación demuestra la potencia de las catástrofes climáticas como eventos prevenibles mediante el establecimiento de relaciones más sostenibles con el ambiente, incluso en los servicios de salud; como eventos cuyos efectos pueden mitigarse por medio del trabajo de los agentes que actúan en sistemas y servicios de salud, apoyado en el aprendizaje mediante la acción directa y en la actualización a partir de producciones científicas, técnicas y normativas; y también evidencia que la acción cotidiana de los trabajadores en las instituciones, frente a emergencias y catástrofes, incluye acciones educativas que explicitan los nexos entre la acción humana, la crisis civilizatoria que vivimos y la producción de salud en la vida cotidiana de los territorios.

Referencias

ANDREIS, B. S. **Arquitetura para a Atenção Primária de Saúde em contextos de emergência climática**. Trabalho de Conclusão de Curso I (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2026.

BARICHELLO, G. *et al*. O Grupo Hospitalar Conceição, o quadrilátero da formação e o enfrentamento às emergências climáticas: mais do que um complexo de serviços de atenção à saúde, um laboratório de boas práticas para o SUS. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 18–57. Disponible en: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

BARICHELLO, G.; SILVA, Q. T. A. Para enfrentar desastres e emergências climáticas, precisamos de um Sistema Único de Saúde forte e resiliente. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 10–17. Disponible en: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003. Consultado el: 20 ago. 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004. Consultado el: 20 ago. 2026.

DELEUZE, G. **El Leibniz de Deleuze**: exasperación de la filosofía. 1. ed. Buenos Aires: Cactus, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução de B. Prado Jr. e A. A. Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educação na Saúde, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022. Disponible en: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022. Consultado el: 20 ago. 2026.

FREITAS, C. M. de *et al*. **Mudanças climáticas, redução de riscos de desastres e emergências em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020. Disponible en: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%AAncias-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Social 2009–2010**. Porto Alegre: GHC, 2010. Disponible en: http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9531.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2023**. Porto Alegre: GHC, 2023. Disponible en: http://www.ghc.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

com.br/files/2024.05.21_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2023.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2024**. Porto Alegre: GHC, 2024. Disponible en: http://www.ghc.com.br/files/2025.05.28_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2024.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório de Gestão Integrado 2025**. Porto Alegre: GHC, 2025. Disponible en: http://www.ghc.com.br/files/2026.05.15_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2025.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (IPCC). **Mudança climática e terra**: relatório especial do IPCC sobre mudança climática, desertificação, degradação do solo, manejo sustentável da terra, segurança alimentar e fluxos de gases de efeito estufa em ecossistemas terrestres. Brasília, DF: PNUD; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, 2020. Disponible en: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/sirene/publicacoes/relatorios-do-ipcc/arquivos/pdf/srcl-port-web.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

SILVA, M. B. **Da resistência ao empoderamento**: trajetórias psicossociais de mulheres trans no Brasil. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2025.

UNITED NATIONS. **Seizing the moment of opportunity**: supercharging the new energy era of renewables, efficiency, and electrification. New York: United Nations, 2025. Disponible en: http://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-energy-transition-report_2025.pdf. Consultado el: 20 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2023 WHO review of health in Nationally Determined Contributions and long-term strategies**: health at the heart of the Paris Agreement. Geneva: WHO, 2023. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/9789240074729-v2.pdf?sfvrsn=f4c8b157_4. Consultado el: 20 ago. 2026.

WORLD METEOROLOGICAL ORGANIZATION (WMO). **Strong El Niño expected to intensify**. Geneva: WMO, 31 July 2026. Disponible en: https://wmo.int/news/media-centre/strong-el-nino-expected-intensify. Consultado el: 20 ago. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A CLIMATE TRAGEDY THAT PRODUCED INSTITUTIONAL MOVEMENTS OF RESILIENCE AND DISRUPTION: NARRATING EVENTS FROM THE 1ST CONGRESS OF GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Alcindo Antônio Ferla[1]
Gilberto Barichello[2]
Quelen Tanize Alves da Silva[3]
Máicon Barbosa da Silva[4]
Bruno Steffen Andreis[5]
Lisiane Vieira dos Santos[6]
Gabriel Calazans Baptista[7]

Introduction

From August 28 to 30, 2025, the 1st Congress of Grupo Hospitalar Conceição was held at the FIERGS Events Center in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. This publication presents more than 170 papers discussed in the various conversation circles that made up the event program. The central theme was "Climate emergencies, integrated care and social participation: challenges for strengthening the Unified Health System (SUS)." The Congress mobilized a significant volume of organizational resources and time—arguably more than financial resources—and this can be explained by some of the ideas presented below.

The program sought to articulate relevant themes that had already been proposed, but whose very specific thematic emphases kept fragmented the processes affecting the work of public policy agents and, particularly, health workers. Previous actions included participation in missions of the National Health Force and responses to incidents in the reference territories and within the institution's own service network. However, institutional involvement, although present at specific moments in local, national, and international episodes, remained far from international recommendations that health systems and services should be at the center of responses to climate emergencies (WHO, 2023). The Congress leveraged the integration, expansion, and scope of these actions without disregarding previous experience.

Since 2001, in various situations, such as natural disasters, large-scale accidents, and ethnic and geographic conflicts, the GHC has sent teams to support the National Health Force. Among the missions involving GHC workers are: East Timor and Haiti (international humanitarian cooperation to address earthquakes, climate emergencies, and humanitarian crises), Alagoas and Pernambuco (floods), Rio de Janeiro (climate disasters in the mountainous region and the Olympic and Paralympic Games), Roraima (humanitarian and health crisis in the Yanomami indigenous territory), Mato Grosso (arboviruses), among others. In addition to its work in climate events and health emergencies

1 Physician, PhD in Education, permanent faculty member of the Graduate Program in Collective Health at UFRGS, Manager of Teaching, Research, Extension and Innovation at GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6938715472729668. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9408-1504
2 Lawyer, public health specialist, Master in Service Management, President of Grupo Hospitalar Conceição.
3 Physiotherapist, PhD in Collective Health, Director of Innovation and of Work and Health Education Management at GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0791269795126912. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5464-6307.
4 Lawyer, Master in Psychology, Manager of the Legal Advisory Office at GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8311816801583531. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0809-9239
5 Architect in training, member of the organizing committee of the 1st Congress of Grupo Hospitalar Conceição. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4770132073159375. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9859-7237
6 Nurse, PhD candidate in Nursing, Chief of Staff to the President of GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7002141857664667. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0565-0630
7 Psychologist, PhD in Psychology, Research Coordinator at GHC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7929046394572193. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7391-8803

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

in other countries and states of Brazil, its work in municipalities in Rio Grande do Sul was also significant: in several municipalities in the valleys, mountains, and metropolitan regions during the climate emergencies of 2023 and 2024, in São Lourenço do Sul (climate emergencies), and in Santa Maria (fire at the Kiss nightclub). In Porto Alegre and the Metropolitan Region, during the fight against dengue fever and influenza A (H1N1), the National Health Force also deployed workers from the GHC. (GHC, 2009-2010; 2023; 2025)

At Grupo Hospitalar Conceição (GHC), the climate emergency of May 2024 intensely affected facilities and intersected with work processes. The National Health Force—as well as other Federal Government initiatives mobilized to address the acute flood situation and the initial reconstruction of the health system and the infrastructure of social policies and the state's economy—was largely headquartered at GHC facilities and received significant support from work processes carried out within the institution. In other words, GHC's dynamics were affected not only by material damage and losses in workforce availability, both directly and indirectly (because family members and people close to workers were also affected). The daily life of the service complex was impacted by the overload of healthcare work, but also by the planning and implementation of Federal Government strategies to mitigate the effects of the climate emergency in Rio Grande do Sul. The "quadrilateral of health education" (Ceccim; Feuerwerker, 2004) was set in frenetic motion, with strong tensions at each of its vertices.

Beyond the pragmatic situation described in the previous paragraphs, the daily dynamics of GHC during the approximately three months in which the acute effects of the 2024 climate emergency hit the state of Rio Grande do Sul were profoundly affected, both in terms of structural damage and loss of resources, and in initiatives that impacted its workers. The rapid and ongoing mapping of employees affected by the flood, integrated psychological support, the conversion of offices into dormitories, the provision of free transportation, the opening of communal and welcoming spaces for employees' children, the temporary hiring of 890 workers to meet the work demands caused by the inability of employees affected by the flood, among other actions, were highly impactful on the institutional dynamics and the micropolitical dimension of work.

In this article, in addition to presenting and contextualizing the material that makes up this publication (the papers presented in conversation circles, as scientific dissemination and, equally, as a strategy for Permanent Education in Health), we sought to structure a narrative that makes explicit the connections between the event, the image, and the institutional everyday life of a large and relevant health service complex, so that it is understood not merely as an event, but as an *Event*. In critical philosophy, the *Event* signifies a fact that occupies and exceeds the boundaries of prevailing thought at a given time; an emergence that produces new meanings and breaks with the previous order of things (Deleuze, 2006), that is, something that arises somewhat unpredictably and opens space for new possibilities, such as multiplicities. In language and thought, the *Event* occupies a boundary position, detaching itself from static objects and visible reality. It also has an ethical dimension: the openness of desire ("being worthy of it") to grasp and understand a truth that transforms existence (Deleuze; Guattari, 1992; Deleuze, 2006). The climate emergency caused despair, shattered lives, and left people to their own devices, but it also awakened a sense of responsibility for health practices and solidarity with those in the most vulnerable conditions.

The *Event*, unlike a fact in itself or the interpretations made of it, defines something unprecedented and emergent that produces new meanings and frees thought from the previous order of things, operating more as becoming than as a simple, linear succession of causes and effects (Deleuze, 2006). Inspired by French critical philosophy, but grounded in the everyday life of institutional work in times of health and climate crises, the *Event* here refers to movements that are not merely a translation of work overload in the service complex in the face of climate emergencies. It speaks of an order of things that emerges in this context and produces another GHC, through the development of new work processes and new ideas that "were already there" in the institutional scene but had been buried under an institutional practice that seemed restricted to caring for sick people and, particularly, those affected by successive emergencies.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

From the standpoint from which we discuss this, and from which we narrate the Congress as an *Event*, institutional movements become visible that derive from forces producing tensions among themselves and with models of thought strongly shaped by the logic of health as assistance to diseases and their signs and symptoms. The emergence of the *Event* in institutional everyday life is also an innovation when we consider health services, especially hospitals, as complex institutions colonized by a modern order that is simultaneously political and pedagogical (Ferla, 2002; 2021). In our understanding, participation, programming, and the production of shared authorship in the program's conversation circles signal a *Congress-Event*.

Climate emergencies and health services: what is the purpose of the Congress?

The marks left by major climate and health emergencies and environmental tragedies make up the "organizational body" of the GHC (Grupo Hospitalar Conceição), through its participation in numerous external and internal work fronts, as briefly reviewed above. The literature warns that relevant climate emergency events are currently significant and will be more frequent and severe in the future (WHO, 2023). But the motivation for holding the 1st Congress of Grupo Hospitalar Conceição included an analysis by the Board, aligned with the guidelines of the Ministry of Health and the policies of the Unified Health System (SUS), which shifted the focus of the actions carried out, consolidating an understanding that it is necessary to prepare, reorient institutional action to address the consequences, and rebuild flows, processes, and structures, with the intelligence of learning by doing (Ferla, 2021).

One of the global strategies for monitoring and forecasting climate and environmental crises, of which Brazil is a part, is the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), created by the United Nations Environment Programme (UNEP) and the World Meteorological Organization (WMO) in 1988. Its objective is to provide policymakers with regular scientific assessments of climate change, its implications and potential future risks, as well as to propose adaptation and mitigation options (IPCC, 2020). According to the literature, forecasts and predictions offer an opportunity to anticipate responses, providing a solid basis for decision-making and mitigating the effects on life and providing adequate conditions to sustain it (WMO, 2026).

The actions of international organizations, such as the IPCC, explore models, systematize the state of knowledge on climate change, identify where there is consensus in the scientific community, and determine in which areas more research is needed. Assessments and predictive models constitute fundamental inputs for international negotiations aimed at addressing climate change. In recent years, and for the coming months, there are strong warnings indicating the need for coordinated responses, improved climate information services, and support for early warning systems to help governments, humanitarian organizations, sectors most sensitive to climate (such as agriculture and health), and communities most exposed to climate vulnerabilities to prepare for the potential impacts of climate emergencies. (WMO, 2026).

Predictions regarding climate change, as well as other issues involving the risk of large-scale health crises in localized or global territories, remain somewhat optimistic when projecting future scenarios, especially in the context of international coordination, governmental decisions, and the mobilization of civil society. The guidelines involve ensuring coherence, clarity, and precision in policies, with governmental decisions aligning policies, incentives, and resources to accelerate the just energy transition; investment in the infrastructure necessary for the energy system of the next century; attention to new demands for electricity from renewable energies, especially for rapidly growing sectors such as large technology companies, particularly in relation to Artificial Intelligence (AI) and data centers; shifting people and equity to the center of the just energy transition to drive inclusive local economic development; accelerating the transition through increased cooperation in trade and investment between institutions and services; and eliminating structural barriers to mobilizing

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

financing for the energy transition in developing countries. According to current guidelines, the development and deployment of clean energy technologies to replace fossil fuels is the economic imperative and defining opportunity of this decade, with intelligent and pragmatic policies and greater international cooperation to develop a clean, secure, accessible, and equitable global energy system. Predictions, perhaps overly optimistic given the context of predatory environmental occupation, indicate that available solutions are within our reach and we should seize them (United Nations, 2025). Sustainability has become a theme and a value in various fields of knowledge, including the dynamics of operation and the architecture of health services (Andreis, 2026).

The relationship between climate emergencies and humanitarian and health tragedies in health facilities and health work is recognized and has a dual impact: a) on the one hand, health services and their agents are directly and indirectly affected by emergencies, which affect facilities and supplies, tending to reduce response capacity when there is no prior preparedness or contingency planning; they also affect health workers, their families, homes, and other assets necessary to sustain life, reducing workers' availability in the health facilities where they work and worsening response capacity during acute moments of crisis; and 2) on the other hand, there is an acute increase in demand, whether from people directly affected by the events (cardiac and respiratory diseases associated with heat waves, respiratory and waterborne diseases associated with floods, emergency care for large-scale accidents, fires, epidemics, and endemic diseases) (Brasil, 2017; Freitas, 2020; Barichello et al., 2025). This was one of the motivations for the institutional effort to transform GHC into a resilient institution, capable of facing adverse situations with proactivity and disruptive capacity, protecting people's lives and strengthening the SUS (Barichello; Alves, 2025). Inclusiveness must also be mentioned as a value, as part of a movement toward producing equity (Silva, 2025). Another motivation was a conceptual dispute concerning resilience itself, which, in our understanding, is built and verified through the network organization of a local health system. It is therefore grounded more in the development of work than in theoretical and normative aspects. This idea is further contextualized in the next section.

Participation, diversity, and adversities: hallmarks of work at GHC

A significant challenge during the planning of the 1st Congress concerned the expected participation of workers from the GHC service complex. The central theme, "Climate emergencies, integrated care and social participation: challenges for strengthening the Unified Health System," was certainly timely and highly relevant. However, it also presented a challenge: it is a constitutive theme of the field of knowledge and practices of Collective Health, while its connections with healthcare are not always visible in everyday work. It lacks the immediate visibility of care for sick people in the services of Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Nevertheless, there is an ongoing effort, through training activities and Permanent Education in Health, to update practices and the context of the service complex's participation in the SUS. Even so, worker engagement could not be predicted, despite the recent and intense situations experienced in the everyday life of the service complex.

During the 2024 climate crisis (between the beginning of April and the end of July), the GHC facilities housed the Local Committee of the Public Health Emergency Operations Center (COE) for the situation of intense rainfall and flooding in the Southern Region. The Committee was responsible for coordinating the management of the SUS (Brazilian Unified Health System) responses to public health emergencies resulting from intense rainfall, flooding, and other disasters associated with the meteorological crisis in the Southern Region of the country. At the GHC facilities, and with the intensive participation of managers and workers from the Group, there was intense mobilization for the unified local coordination of actions by the Ministry of Health and the Federal Government in the state, monitoring of epidemiological events associated with the flooding, planning and coordination of the actions of the National Health Force to support the affected territories and care

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

for people, logistical support for federal initiatives and the circulation of supplies/equipment and personnel, and finally, measures to rebuild the health system, especially in the most affected regions.

Beyond the acute situation during the climate catastrophe, GHC has initiatives for intense dialogue with the territories. During the 2024 climate catastrophe, but also in the frequent situations of flooding of the hydrographic network that constitutes the territories where GHC units and services are located, educational and territorial surveillance actions were already carried out daily, even before that event. In 2024, the action of GHC workers (employees, residents, interns and volunteers) included the organization and support of shelters and initiatives to welcome people and families displaced by the waters, a situation that lasted for more than three months.

On the other hand, the climate emergency also impacted the GHC's infrastructure and numerous employees. There was direct damage to facilities and supplies in some territorial services and even in hospital buildings, demanding rapid responses to replenish consumable materials, reorganize outpatient clinics and beds, and relocate health units to protected areas. The infrastructural adaptations were swift and allowed for the continuity of operations, absorbing the healthcare overload generated by the climate emergency itself. It is important to note that a significant number of employees, especially doctors, nurses, technicians, and psychologists, were deployed to support the healthcare actions of the National Health Force, thus reorganizing healthcare flows. Some facilities were quickly adapted to house employees affected by the disaster and to maintain contingency plans for supplies obtained through public solidarity and donations from the federal government. This institutional agility was largely driven by the shock of the emergency situation and by a particularly strong wave of solidarity that emerged within the institution.

However, the climate emergency also directly affected a significant number of GHC workers. Many GHC employees and other workers linked to the institution (cleaning, security, and other service providers, as well as residents and interns) were directly affected or had their families displaced, resulting in significant material losses. As a strategy of solidarity-based work management, initiatives were mobilized to understand the effects of the emergency on the workforce and actions were implemented to minimize the effects. Many workers lost their homes and belongings, and family members and close friends were also affected. The institution opened daycare centers for the children of workers, offered free transportation to ensure commuting, and implemented staggered work schedules. In addition, it developed mental health support actions to minimize extreme physical and psychological strain, as well as implementing psychological support networks to deal with collective trauma. A significant portion of the affected employees chose to return to work after the initial shock and resettlement initiatives, so as not to disrupt services for others affected. Some accounts indicated that resuming a routine, which included work hours and good quality meals in the cafeterias located in various departments, helped to overcome the suffering. Supporting and welcoming the employees' children was also a challenge, as the diversity (age, neurodivergences, childhood illnesses, and even the impact of the emergency on their lives) mobilized the workers and their imaginations. It is important to highlight that GHC has approximately 13,000 employees in its service complex located in the capital of Rio Grande do Sul.

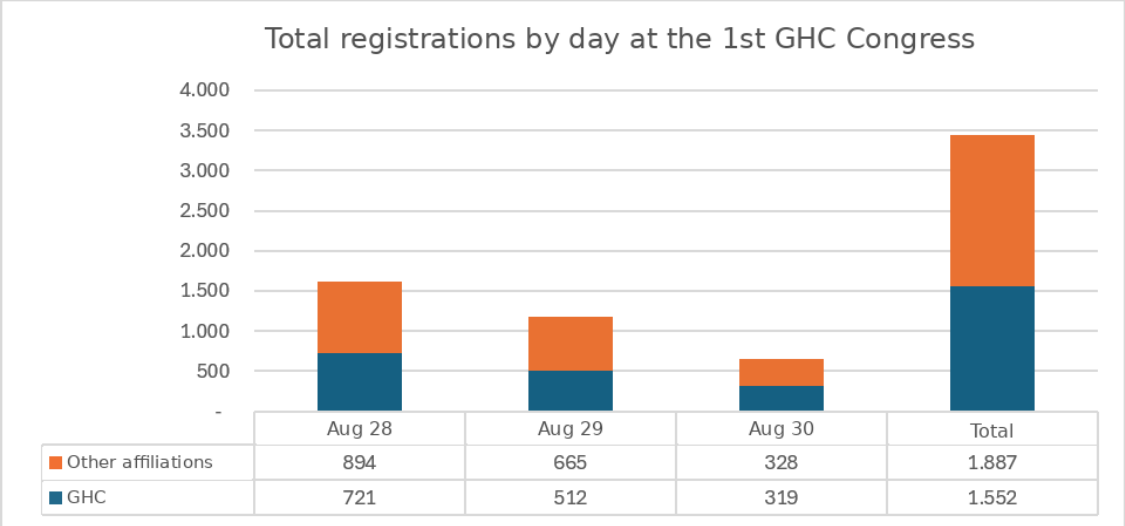
All of the issues listed above represented different intersections of the climate emergency in the daily lives of the service complex and the diverse workforce of the GHC. However, the recognition of the prevalence of an imaginary that reduces climate emergencies to "natural disasters," without connecting the repeated events to each other and naturalizing these events as belonging to the realm of nature, without acknowledging human action, left doubts about the adherence of healthcare workers to the event, which was planned precisely to challenge this association.

Such doubt was strongly dispelled by the evidence presented during the Congress. The rooms were always full, and circulation spaces became encounters of great intensity and relevance (conversation circles that formed around the stalls of the solidarity fair, with consumer products or handicrafts made using sustainable techniques, as well as small conferences that filled the tables in the café area), demonstrating the theme's capacity to engage GHC workers and a significant number of people from Brazil and other countries.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Despite expectations of significantly lower participation, the 1st Congress reached a total of 3,439 (three thousand, four hundred and thirty-nine) accredited participants, 45.13% of whom were GHC employees. Another 1,887 accredited participants had affiliations with Brazilian institutions and institutions in other countries. More than 80% of registrations occurred during the first two days, indicating a substantial presence throughout the Congress program. Chart 1 illustrates the number of accredited participants on each day. Accreditation data provide the most reliable estimate of the total number of participants, because attendance by external participants was not controlled for each activity. Attendance control was conducted only for GHC employees, for purposes of authorized release from work.

Chart 1. Total number of people accredited per day of the 1st GHC Congress, according to affiliation, Porto Alegre, August 2025.



	Aug 28	Aug 29	Aug 30	Total
Other affiliations	894	665	328	1.887
GHC	721	512	319	1.552

Source: Accreditation system report. Data processed by the authors.

The data described above show part of the vitality of the *Event* discussed at the outset. The magnitude of participation in the event clearly reflects an interest that goes beyond the logic of healthcare work typical of the prevailing imaginary, in which high-technology procedures are more highly valued, while primary care and care in the territories are assigned less technical value and occupy less prestigious places in the collective imagination. This does not mean that a more classical imaginary is being replaced by a more innovative one. Rather, we are speaking of an emergence: the Congress as a device that unsettled and updated the affects mobilized by everyday work during the climate emergency. The emergence of desire (in this case, the desire to become capable of responding more effectively and swiftly to the consequences of the climate catastrophe) constitutes becoming. Put differently, Merhy (2002) describes the organization of work as a combination of hard, soft-hard, and soft technologies, while locating work management oriented toward comprehensiveness within the field of soft technologies, as *Live Work in Act*. This understanding allows us to call innovation the learning-in-act that underpins living practice, interacting with the context of a demand while considering updated prior experience (a living practice in act that also questions its own previous experience), prior scientific and normative production (Permanent Education in Health is not denialism; on the contrary, it involves deep knowledge and the updating of previous knowledge), and its connection with other forms of knowledge present in the care and management setting. In this process, Permanent Education in Health, collaborative teamwork, meaningful learning, ethical and political commitment to the SUS and to each person who requires care, and up-to-date knowledge of the care setting/territory (awareness of available resources and workforce, so that effective and problem-solving responses can be offered—well representing Freire's idea of "intelligence" as learning for action) are articulated (Ceccim; Ferla, 2008; Ferla, 2021). It would, of course, be a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

biased reading if the narrative so far sounded like a romanticization of the impacts of climate emergencies and disasters on health work. We reiterate that, up to this point, we have sought to make clear—and the literature and SUS policies support this understanding—that these events will become increasingly frequent and severe and may affect territories and health systems more intensely. Therefore, institutional and personal learning, as meaningful learning, is a necessary and urgent path in our time.

Without extending the analytical path, the intention so far has been to make explicit that the 1st Congress was not merely an event; it was planned and "functioned" as an *Event*. The result is an amalgam between environmental themes and the organization of health work in a concrete and complex institution such as GHC, where the marks of previous climate emergencies and tragedies assumed the scale not of isolated events, but of situations that must be incorporated into prospective scenarios for institutional work. We believe that the analysis of authored works by agents of the institution and other institutions, presented directly by their authors at the Congress, signals this condition.

Conversation circles with approved papers: exchange and permanent education

The organization of the 1st Congress included a public call for original works by agents engaged in social and health practices, on themes related to the central topic. The call was not for conventional academic-format simple or extended abstracts; rather, it invited narrative texts on local responses to the effects of the climate crises of both 2024 and 2023. Unlike an experience report, the narrative style connects the trajectories of authors or services with reflections that are external to them, whether from technical and scientific literature or from knowledge shared by teams and territories (Ferla, 2021; Ceccim; Ferla, 2008).

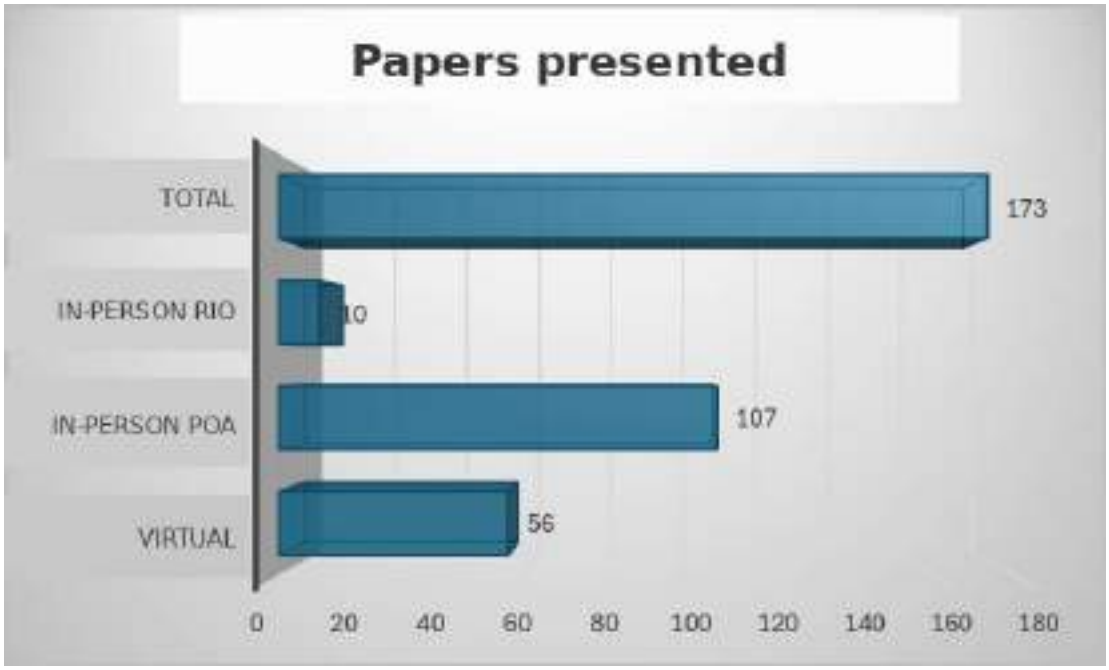
The call for abstracts was opened, and GHC workers were offered support with writing and revision prior to submission. Authors who submitted during the initial period were also offered a formative assessment strategy that allowed them to resubmit their abstracts after incorporating reviewers' contributions. The central idea was that the very process of preparing the manuscripts would have the potential of Permanent Education in Health, adding to the effects of interactions in the conversation circles.

The response in terms of paper submissions was surprising. Initial expectations were far exceeded, which required an expansion of the space planned for the activities of the 1st Congress. Presentations were organized as oral presentations in thematic group sessions mediated by facilitators. The first stage consisted of a brief presentation of the paper and its authors, followed by a stage in which facilitators posed cross-cutting questions to the selected papers, generating dialogue among authors and facilitators. The conversation circles for paper presentations, with debates and cross-cutting dialogue, are part of a methodology used for several years at the International Congresses of Rede Unida, which supported the organization of the 1st Congress, particularly the operational and methodological organization of the working sessions.

Chart 2 presents the total number of papers and presentation formats, including sessions held in person at the event venue and at Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), in Rio de Janeiro, which joined the program virtually.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Chart 2. Total number of papers approved and presented in the conversation circles that comprised the program of the 1st GHC Congress, by presentation format, Porto Alegre, August 2025.



Source: Accreditation system report. Data processed by the authors.

We chose not to deepen the analysis of the themes addressed in the papers, since they will be available in full in the publication. Preliminary analysis, however, indicates strong adherence to the theme of the 1st Congress and the mobilization of narratives based on the experiences of services and teams in different territories. Participation in the paper presentations mobilized a substantial number of people, who organized informal sessions throughout the Congress to deepen discussions and exchange contacts for future meetings.

Final considerations

The 1st Congress of Grupo Hospitalar Conceição can be understood as more than an institutional event; by articulating climate emergencies, integrated care, and social participation, it produced shifts in the way health work is conceived, narrated, and shared within the institution. The 2024 climate emergency in Rio Grande do Sul, by affecting structures, workers, care flows, and management processes, highlighted both the vulnerabilities of health services in the face of crises of this magnitude and the institution's capacity for response, solidarity, and coordination with the SUS, the National Health Force, and the affected territories. The Congress, an initiative launched by the institution's leadership, attracted interest from different regions of Brazil and other countries and also became an important device for exchange. The aim was not only to provide a timely, appropriate, and networked response, but also to learn intensively from the tragedy in order to expand the capacity to face future crises.

In this sense, the Congress operated as an *Event*, insofar as it made visible knowledge dispersed throughout the everyday life of services, strengthened internal and external cooperation networks, expanded workers' authorship over their own practices, and consolidated the climate emergency as a strategic theme for GHC management, education, and planning. By transforming experiences of crisis into shared narratives, the meeting repositioned institutional work as a space for learning, invention, and the production of collective responses for the SUS. GHC is an institutional reference for the SUS and the Ministry of Health in emergencies

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

and tragedies, and the activities developed, together with the intense exchanges, strengthened the institution as a laboratory for responses to events of this nature in different territories. Beyond agile and timely responses, the effect of opening thought and structuring an *Event-response* became visible. Forces, knowledge, and reflections on practices emerged and pointed toward possible paths forward.

Technical and scientific literature already indicates that climate emergencies are part of the everyday life of health services and tend to become more frequent and severe. At GHC, the 2024 catastrophe simultaneously affected infrastructure, the workforce, and the organization of care and management processes. At the same time, it revealed the importance of an institution capable of reorganizing flows, caring for its workers, acting through networks, and producing situated learning beyond normative or previously stabilized responses.

As a device for permanent education, the Congress made it possible to transform lived experiences into reflection, authorship, exchange, and collective learning. The broad participation of attendees and authors suggests an institutional willingness to think about health work beyond immediate care for disease, incorporating territory, climate, social participation, and comprehensive care as constitutive dimensions of care production. Equally important is the effort to build cooperation networks, whose results were visible in the broad range of institutional affiliations among participants from Brazilian institutions and institutions in other countries.

Among the main institutional effects of the Congress are the symbolic and pragmatic reorganization of the institution in response to the climate agenda, the consolidation of cooperation networks, the valuing of workers' shared authorship, and the strengthening of the SUS as the ethical-political horizon of work. The meeting helped shift the understanding of GHC from a care complex focused only on immediate response toward an institution capable of producing knowledge, articulating care through networks, and incorporating climate emergencies into its strategic horizon. The path is certainly long and complex, but the institutional capacity for living and collective learning has been set in motion.

Finally, the learning produced at the Congress points to the need to consolidate a permanent institutional agenda on climate emergencies, care, territory, and network management. Such an agenda should strengthen contingency plans, expand strategies for caring for workers, maintain regular spaces for systematizing experiences, and sustain educational processes capable of preparing the institution for future crises. Thus, the Congress does not end with its program; it remains an *Event* that calls on the institution to learn from lived experience, produce collective responses, and affirm the SUS as a public project of care, democracy, and protection of life.

Reading the works that make up this publication demonstrates the potential of climate catastrophes as preventable events through the establishment of more sustainable relationships with the environment, including within health services; as events whose effects can be mitigated through the work of agents in health systems and services, supported by learning through direct action and by updating practices based on scientific, technical, and normative knowledge; and it also highlights that workers' everyday actions in institutions, in relation to emergencies and catastrophes, include educational practices that make explicit the links between human action, the civilizational crisis we are experiencing, and the production of health in the everyday life of territories.

References

ANDREIS, B. S. **Arquitetura para a Atenção Primária de Saúde em contextos de emergência climática**. Trabalho de Conclusão de Curso I (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2026.

BARICHELLO, G. *et al*. O Grupo Hospitalar Conceição, o quadrilátero da formação e o enfrentamento às emergências climáticas: mais do que um complexo de serviços de atenção à saúde, um laboratório de boas práticas para o SUS. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 18–57. Available at: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

BARICHELLO, G.; SILVA, Q. T. A. Para enfrentar desastres e emergências climáticas, precisamos de um Sistema Único de Saúde forte e

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

resiliente. In: MACHADO, C. A.; SOSTER, C. B.; RODRIGUES, E. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre**: experiências de reconstrução do cuidado em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. p. 10–17. Available at: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/07/Livro-A-atuacao-do-SUS-em-situacoes-de-desastre.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Available at: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/enchentes/guia-de-preparacao-e-resposta-a-emergencia-em-saude-publica-por-inundacao.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003. Accessed on: 20 Aug. 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. DAvailable at: https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004. Accessed on: 20 Aug. 2026.

DELEUZE, G. **El Leibniz de Deleuze**: exasperación de la filosofía. 1. ed. Buenos Aires: Cactus, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução de B. Prado Jr. e A. A. Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educação na Saúde, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81–94, 2021. DOI: https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022. Available at: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022. Accessed on: 20 Aug. 2026.

FREITAS, C. M. de *et al*. **Mudanças climáticas, redução de riscos de desastres e emergências em saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020. Available at: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/02/FREITAS-CARLOS-et-al-Mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-redu%C3%A7%C3%A3o-de-riscos-de-desastres-e-emerg%C3%AAncias-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Social 2009–2010**. Porto Alegre: GHC, 2010. Available at: http://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.9531.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2023**. Porto Alegre: GHC, 2023. Available at: http://www.ghc.com.br/files/2024.05.21_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2023.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Integrado 2024**. Porto Alegre: GHC, 2024. Available at: http://www.ghc.com.br/files/2025.05.28_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2024.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório de Gestão Integrado 2025**. Porto Alegre: GHC, 2025. Available at: http://www.ghc.com.br/files/2026.05.15_GHC_GGRC_Relatorio_Integrado_2025.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (IPCC). **Mudança climática e terra**: relatório especial do IPCC sobre mudança climática, desertificação, degradação do solo, manejo sustentável da terra, segurança alimentar e fluxos de gases de efeito estufa em ecossistemas terrestres. Brasília, DF: PNUD; Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, 2020. Available at: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/sirene/publicacoes/relatorios-do-ipcc/arquivos/pdf/srcl-port-web.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

SILVA, M. B. **Da resistência ao empoderamento**: trajetórias psicossociais de mulheres trans no Brasil. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia – Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2025.

UNITED NATIONS. **Seizing the moment of opportunity**: supercharging the new energy era of renewables, efficiency, and electrification. New York: United Nations, 2025. Available at: http://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-energy-transition-report_2025.pdf. Accessed on: 20 Aug. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **2023 WHO review of health in Nationally Determined Contributions and long-term strategies**: health at the heart of the Paris Agreement. Geneva: WHO, 2023. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/9789240074729-v2.pdf?sfvrsn=f4c8b157_4. Accessed on: 20 Aug. 2026.

WORLD METEOROLOGICAL ORGANIZATION (WMO). **Strong El Niño expected to intensify**. Geneva: WMO, 31 July 2026. Available at: https://wmo.int/news/media-centre/strong-el-nino-expected-intensify. Accessed on: 20 Aug. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PREFÁCIO

A CIÊNCIA DA GESTÃO E DO CUIDADO NA ERA DAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS: O LEGADO DE RESILIÊNCIA DO SUS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Gilberto Barichello
Diretor-presidente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Introdução

É com profundo orgulho institucional e senso de responsabilidade histórica que apresento a coletânea de resumos dos trabalhos científicos apresentados no **I Congresso do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**. Esta publicação nasce de um momento decisivo para a saúde pública brasileira. Ela reúne conhecimento, experiência, compromisso social e a força de uma instituição 100% SUS que, diante de uma das maiores crises climáticas já vividas pelo Rio Grande do Sul, transformou a adversidade em ação e aprendizado coletivo.

O tema do congresso, "**Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social: desafios para o fortalecimento do SUS**", expressa com precisão os desafios do tempo que estamos vivendo. A crise climática deixou de ser uma ameaça distante. Ela já altera a rotina dos serviços de saúde em todo o mundo, expõe e agudiza desigualdades, desafia gestores e trabalhadores e exige novas formas de planejamento, prevenção e cuidado. Por isso, essa publicação não é apenas um registro científico; é também um documento de memória, resistência e construção de futuro.

Como maior rede hospitalar pública do Sul do país, o GHC carrega a responsabilidade de liderar pelo exemplo. A ação proativa, propositiva, disruptiva e com densidade e radicalidade é uma exigência do Sistema Único de Saúde (SUS) para cada pessoa que dele necessita, de forma oportuna e contextualmente impostergável. A realização do primeiro congresso institucional consolidou o planejamento estratégico participativo do Grupo para o período de 2024 a 2030 e abriu um espaço qualificado para a troca de experiências locais, nacionais e internacionais. Mais do que reunir pesquisas e pesquisadores, o congresso mostrou que a produção de conhecimento acontece no coração do atendimento à população; nas enfermarias, nas unidades básicas, nos laboratórios, nos setores de gestão, nas ações comunitárias e nos territórios onde a vida acontece, por meio de encontros entre pessoas que sabem e querem cuidar e pessoas que precisam de cuidado.

A coletânea de textos que agora chega às mãos de leitoras e leitores traduz esse movimento. Cada resumo carrega o trabalho de profissionais, pesquisadores, residentes, estudantes e gestores que buscaram qualificar o cuidado, aperfeiçoar processos, propor soluções e refletir sobre os desafios contemporâneos do SUS. Cada trabalhadora e cada trabalhador que se transformaram em autoras e autores dos textos aqui reunidos, apresentados e debatidos no Congresso constituíram pontos de inovação na cultura de produção de saúde nos territórios onde se inserem não apenas redes de serviços, mas, sobretudo, pessoas que cuidam e reinventam o mundo ao seu redor. Ao mesmo tempo, os textos aqui reunidos registram experiências concretas de enfrentamento a uma calamidade pública sem precedentes, marcada pelas enchentes de maio de 2024. Dessa forma, constitui-se em repositório para que se fortaleça a capacidade do SUS de enfrentar as adversidades, que é o verdadeiro sentido da resiliência, a qual se realiza de forma coletiva e tem suporte e base em políticas públicas que permitem maior eficiência e sustentabilidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A resposta do GHC à maior calamidade climática do Rio Grande do Sul

O ano de 2024 ficará marcado na memória coletiva do povo gaúcho. As águas subiram a níveis jamais vistos, atingiram grande parte dos municípios do estado, desalojaram famílias, interromperam serviços, bloquearam vias e colocaram em risco a vida de milhões de pessoas, inclusive do pessoal que atua em serviços e sistemas de saúde. Porto Alegre, Região Metropolitana e Vale do Taquari, entre outros municípios, viveram dias de desespero e incerteza profunda. Para a saúde, foi a maior crise logística e assistencial desde a Pandemia da covid-19.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde precisou agir com rapidez, sensibilidade e capacidade técnica. Sob o comando da Força Nacional do SUS, foi instituído imediatamente um Plano de Ação Emergencial, estruturado a partir do Centro de Operações de Emergência (COE), para centralizar decisões, garantir abastecimento de insumos, organizar equipes, preservar a segurança assistencial e manter os atendimentos críticos. O Ministério da Saúde mostrou unidade e agilidade, e o GHC fez sua parte, sediando as operações do COE e ampliando e diversificando suas ações assistenciais. Enquanto a cidade enfrentava falta de água, bloqueios de acesso e enormes dificuldades de deslocamento, nossas unidades seguiram funcionando como referência pública de cuidado, buscando condições operacionais e dando suporte aos seus trabalhadores.

As quatro unidades hospitalares do complexo no Rio Grande do Sul, o Hospital Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina, além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar e dos serviços territoriais, vinculados à rede de APS, também se mantiveram em operação. Leitos foram reorganizados, fluxos de urgência foram revistos, estoques críticos foram acompanhados de perto e a rede precisou absorver demandas vindas de áreas duramente atingidas. Nas Unidades de Atenção Primária, o desafio não foi menor; transferência emergencial para estruturas físicas preservadas das fortes chuvas, organização rápida de plantões e viabilização da presença dos trabalhadores, criação de espaços de acolhimento às pessoas desalojadas, mas também aos filhos e familiares dos nossos trabalhadores, aquisição emergencial de insumos e criação de fluxos logísticos inovadores. A resposta exigiu coordenação institucional, mas também exigiu algo que não se improvisa; o compromisso cotidiano de milhares de trabalhadores e trabalhadoras com a saúde de todas as pessoas.

Com apoio decisivo do Ministério da Saúde e a presença constante da ministra Nísia Trindade e de demais autoridades federais, foi possível ampliar a força de trabalho e a infraestrutura física para responder à crise. A contratação emergencial de mais de 800 profissionais temporários e a abertura de 115 novos leitos, incluindo leitos clínicos e de unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica, demonstraram como o investimento público, a flexibilidade operacional e a articulação federativa são pilares indispensáveis para a resiliência do SUS em contextos extremos.

A resposta institucional se organizou em frentes complementares. No âmbito hospitalar, garantimos a continuidade da assistência e a reorganização dos serviços. Nos territórios, levamos cuidado aos abrigos e às comunidades atingidas. Na vigilância em saúde, antecipamos riscos que surgiriam com o recuo das águas, como leptospirose, hepatite A, arboviroses, doenças respiratórias e acidentes com animais peçonhentos. Essa atuação integrada mostrou que, em uma emergência climática, cuidar significa estar preparado para diferentes fases da crise, que frequentemente se sobrepõem. E que a solidariedade é o amálgama que sustenta a vida, mesmo diante de diferenças programáticas, mostrando que a defesa das políticas públicas inclusivas é muito relevante no cotidiano, sobretudo em tempos de crises civilizatórias e de negacionismos que asfixiam as vidas, sempre no sentido da vulnerabilização de quem já vive situações precárias cotidianamente. Não é necessária apenas a capacidade de resposta rápida; é preciso compromisso com a inclusão e com a equidade.

A experiência deixou uma lição essencial; a emergência não termina quando a chuva para. Depois da fase aguda, vêm os efeitos sanitários, sociais e emocionais. A água baixa, mas permanecem os riscos epidemiológicos,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

as perdas materiais, o sofrimento psíquico, a insegurança alimentar, a interrupção de tratamentos e a necessidade de reconstrução dos vínculos comunitários. Por isso, a atuação do GHC buscou combinar resposta imediata, cuidado continuado e produção de conhecimento para orientar decisões futuras, sempre orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e pelo compromisso inegociável com a vida de todas as pessoas.

O cuidado para além dos hospitais

A atuação do GHC não ficou restrita às estruturas dos hospitais. A Gerência de Atenção Primária à Saúde e os Serviços de Saúde Comunitária tiveram papel muito relevante no enfrentamento dos danos provocados pelas enchentes nas populações que habitam os territórios de referência. Equipes de saúde da família e equipes multiprofissionais foram deslocadas para abrigos temporários, onde organizaram atendimentos, distribuíram medicamentos de uso contínuo, realizaram vacinação, acompanharam pessoas com doenças crônicas e ofereceram suporte em saúde mental.

Essa presença nos abrigos reafirmou uma ideia fundamental para o SUS; o cuidado deve ir aonde as pessoas estão. Em meio ao medo, à perda de moradias e à ruptura da rotina, muitas famílias precisavam não apenas de atendimento clínico, mas também de escuta, orientação, acolhimento e continuidade do cuidado. A atenção primária mostrou, mais uma vez, sua força como porta de entrada, vínculo territorial e estratégia de proteção da vida.

Áreas de atuação que, muitas vezes, ficam invisíveis, mas que são fundamentais para o funcionamento dos serviços e sistemas de saúde, mostraram enorme importância no enfrentamento à emergência climática. O Setor de Logística do GHC organizou a frota de veículos que transportou os trabalhadores da Força Nacional de Saúde e para a distribuição de insumos, materiais e medicamentos para os municípios atingidos, numa parceria com as Forças Armadas do Brasil. Como se vê, as ações intersetoriais ocuparam um protagonismo relevante na mobilização de recursos e como expressão da relevância do encontro entre diferentes políticas públicas.

Também foi essencial cuidar de quem cuida. Muitos profissionais do GHC enfrentaram perdas pessoais, dificuldades severas de deslocamento e insegurança em relação às próprias famílias, mas seguiram sustentando o funcionamento dos serviços. A criação de dormitórios provisórios, o apoio humanitário interno, o cuidado psicológico e as estratégias de suporte aos trabalhadores foram fundamentais para preservar a capacidade assistencial e reconhecer a dimensão humana da resposta institucional.

A resposta às enchentes mostrou que a integração entre hospital, atenção primária, vigilância em saúde, gestão e comunidade não é apenas desejável; ela é indispensável. Em situações extremas, nenhuma área trabalha sozinha. A segurança das pessoas que usam os serviços de saúde depende da logística; a vigilância depende da informação do território; a assistência depende da gestão de pessoas; e a reconstrução depende da participação social. Essa compreensão atravessa os trabalhos reunidos nesta coletânea.

O congresso como espaço de elaboração, ciência e futuro

Passada a fase mais aguda da crise, tornou-se necessário olhar para o que foi vivido e transformar a experiência em conhecimento. O **I Congresso do GHC** nasceu também dessa necessidade; elaborar a dor, avaliar caminhos, reconhecer acertos, identificar fragilidades e sistematizar estratégias que não poderiam se perder na rotina. O Congresso foi um espaço de escuta, formulação e compromisso público.

Ao reunir trabalhadores, pesquisadores, gestores, residentes, estudantes, movimentos sociais e convidados nacionais e internacionais, o evento afirmou o papel do GHC como instituição formadora,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

produtora de ciência e referência para o SUS. A construção da Carta do Congresso, encaminhada ao Ministério da Saúde, expressou esse compromisso de contribuir para os debates nacionais e globais sobre saúde, meio ambiente, participação social e preparação para emergências. Isso ocorreu sempre com a defesa calorosa de políticas públicas, que dão amálgama e continuidade para as ações públicas e privadas durante as crises.

O Congresso também foi espaço de demonstração da capacidade de respostas do SUS e do Ministério da Saúde às emergências climáticas, gerando a oportunidade de escuta e contribuições dos participantes. O Plano de Adaptação do Setor Saúde à Mudança Climática (AdaptaSUS), com suas diversas estratégias de ação foi apresentado e seguiu seu processo de formulação, incluindo sugestões e debates produzidos no Congresso. O Plano Clima Adaptação, que o compõem, integra ações de diferentes áreas e políticas do Governo Federal voltadas ao enfrentamento das mudanças climáticas e para o desenvolvimento de resiliência nos territórios, com sustentação em políticas públicas capazes de construir resiliência, mas com uma forte intersecção com a justiça climática, uma vez que nem o desenvolvimento local e nem a vulnerabilidade territorial se alcançam sem transformar cultura, valores e estruturas sociais. Com orientação nas diretrizes internacionais, o AdaptaSUS coloca o SUS no centro das estratégias de enfrentamento das emergências climáticas e da construção de um futuro com mais resiliência.

A diversidade dos trabalhos apresentados no Congresso mostra a riqueza da ciência feita no cotidiano dos serviços públicos. Mostra também a relevância de colocar a educação permanente em aliança com a educação popular como dispositivo de desenvolvimento do trabalho no cotidiano das instituições. Estão presentes estudos epidemiológicos sobre doenças pós-enchente, relatos sobre saúde mental nos abrigos, experiências de reorganização de leitos, propostas de gestão ambiental e engenharia hospitalar, reflexões sobre vulnerabilidades sociais, análises de fluxos regulatórios, iniciativas de formação profissional e estratégias de cuidado integral. Juntos, esses trabalhos demonstram que a ciência do SUS é prática, situada, coletiva e profundamente comprometida com a defesa da vida.

Os aprendizados documentados nesta coletânea já apontam caminhos para novas políticas públicas de preparação e resposta a emergências em saúde. A instalação, em Porto Alegre, da primeira base permanente da Força Nacional de Saúde simboliza esse desdobramento. Ela reforça a importância da cooperação entre GHC, municípios, estado e Ministério da Saúde para que o país esteja mais preparado para futuras catástrofes ambientais. A presença e o apoio permanente do ministro Alexandre Padilha demonstram continuidade e ampliação da ação da política pública para proteger as vidas e preparar as instituições para esse tipo de intercorrência. Os gestores públicos comprometidos e de mãos dadas (condição que ainda não foi plenamente alcançada durante a crise) precisam ser fortalecidos pela sociedade e pelas instituições.

Reconhecimento, gratidão e chamado à ação

Nenhum plano de contingência, por mais bem elaborado que seja, se sustenta sem o elemento humano. Por isso, este prefácio é também um agradecimento público. Reconheço a dedicação de médicas e médicos, enfermeiras e enfermeiros, técnicas e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogas e psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, agentes comunitários, motoristas, profissionais da higienização, manutenção, segurança, administração, logística e suprimentos, e tantos outros trabalhadores que mantiveram o cuidado ativo quando tudo ao redor era incerteza. Reconheço também a insuficiência relativa dos rótulos profissionais, na medida em que, para enfrentar a crise, mas também para refletir e analisar os desafios e inovações produzidos, a noção de equipe colaborativa e interprofissional foi mais forte e necessária. Que esses legados não se percam!

Estendo esse reconhecimento às residências médica e multiprofissional, à Escola GHC, aos Comitês de Ética, aos autores, pesquisadores, palestrantes, gestores e instituições parceiras que transformaram vivências, dados

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e reflexões em conhecimento compartilhado. O apoio do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, foi decisivo para sustentar a resposta emergencial, ampliar a capacidade assistencial e fortalecer a infraestrutura necessária para seguir avançando. Também foi decisivo para tornar o nosso I Congresso um evento potente e, ao mesmo tempo, uma grande inovação. O GHC 100% SUS é um complexo de serviços que faz parte da estrutura do Estado brasileiro, e do governo que opera suas estruturas e políticas. Mas é patrimônio da população.

Também nesse sentido, o GHC se alinha às estratégias e políticas do SUS. O compromisso com o Plano de Adaptação do Setor Saúde à Mudança do Clima (AdaptaSUS) orienta não apenas a compreender as condições locorregionais de vulnerabilidade, mas também no fortalecimento institucional e nas ações de ensino e pesquisa para enfrentarmos às emergências climáticas, que são cada vez mais frequentes e severas, como o El Niño que está chegando. Como um dos principais complexos de serviços do SUS, o GHC se compromete com as diretrizes do Plano Setorial, compartilhando também a compreensão que, para proteger a saúde em um contexto de crise climática, também é necessário fortalecer a democracia, a justiça social e o compromisso público com a vida. O SUS não apenas reage em resposta às emergências, mas atua ativamente na produção e recuperação da saúde, com proatividade na construção de mais justiça social, sustentabilidade e capacidade disruptiva, preparado os territórios onde atua para os desafios do nosso tempo.

Ao entregar esta coletânea à comunidade acadêmica, aos profissionais de saúde e à sociedade, o GHC entrega mais do que anais científicos. Entrega um registro de resiliência, solidariedade e compromisso público. As emergências climáticas exigem uma nova forma de pensar o cuidado, capaz de unir prevenção, resposta rápida, vigilância, participação social, inovação e justiça social. Precisamos de proatividade e capacidade disruptiva, substituindo o imobilismo queixoso que nos torna vítimas da impossibilidade, mais do que agentes de resistência e transformação.

Que as experiências aqui reunidas inspirem novas pesquisas, orientem melhores práticas de gestão, fortaleçam a formação profissional, qualifiquem o cuidado a todas as pessoas e renovem a defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro. Que este suplemento seja lido como convite à ação coletiva, à preparação para o futuro e à reafirmação da saúde pública como instrumento de equidade, cuidado e proteção da vida.

Porto Alegre, agosto de 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PREFAZIONE

LA SCIENZA DELLA GESTIONE E DELL'ASSISTENZA NELL'ERA DELLE EMERGENZE CLIMATICHE: L'EREDITÀ DI RESILIENZA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUTE BRASILIANO (SUS), DEL MINISTERO DELLA SALUTE E DEL GRUPPO OSPEDALIERO CONCEIÇÃO

Gilberto Barichello
Amministratore Delegato del Gruppo Ospedaliero Conceição (GHC)

Introduzione

È con profondo orgoglio istituzionale e con un senso di responsabilità storica che presento questa raccolta di abstract tratti dalle relazioni scientifiche presentate al **1° Congresso del Gruppo Ospedaliero di Conceição (GHC)** . Questa pubblicazione nasce da un momento decisivo per la sanità pubblica brasiliana. Riunisce conoscenza, esperienza, impegno sociale e la forza di un'istituzione interamente SUS (Sistema Sanitario Pubblico Brasiliano) che, di fronte a una delle più grandi crisi climatiche mai vissute dal Rio Grande do Sul, ha trasformato le avversità in azione e apprendimento collettivo.

Il tema del congresso – "***Emergenze climatiche, assistenza integrata e partecipazione sociale: sfide per il rafforzamento del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano)***" – esprime con precisione le sfide del nostro tempo. La crisi climatica non è più una minaccia lontana. Sta già modificando la routine dei servizi sanitari in tutto il mondo, mettendo in luce e aggravando le disuguaglianze, mettendo alla prova dirigenti e operatori e richiedendo nuove forme di pianificazione, prevenzione e assistenza. Pertanto, questa pubblicazione non è solo una testimonianza scientifica: è anche un documento di memoria, resistenza e costruzione del futuro.

In quanto la più grande rete ospedaliera pubblica del Brasile meridionale, GHC ha la responsabilità di dare l'esempio. Un'azione proattiva, mirata e dirompente, profonda e radicale, è un requisito fondamentale per il Sistema Sanitario Unificato (SUS) per ogni persona che ne ha bisogno, in modo tempestivo e contestualmente urgente. Lo svolgimento del primo congresso istituzionale ha consolidato la pianificazione strategica partecipativa del Gruppo per il periodo 2024-2030 e ha aperto uno spazio qualificato per lo scambio di esperienze locali, nazionali e internazionali. Più che un semplice incontro tra ricercatori e studiosi, il congresso ha dimostrato che la produzione di conoscenza avviene nel cuore dell'assistenza al paziente: nei reparti, nelle unità di base, nei laboratori, nei settori gestionali, nelle azioni comunitarie e nei territori in cui si svolge la vita, attraverso gli incontri tra chi sa e vuole prendersi cura e chi ha bisogno di cure.

La raccolta di testi ora a disposizione dei lettori riflette questo movimento. Ogni riassunto racchiude il lavoro di professionisti, ricercatori, specializzandi, studenti e manager che si sono impegnati per migliorare l'assistenza, perfezionare i processi, proporre soluzioni e riflettere sulle sfide contemporanee del Sistema Sanitario Unificato (SUS) brasiliano. Ogni operatore che ha contribuito con i testi qui raccolti, presentati e discussi al Congresso, ha rappresentato un punto di svolta nella cultura della produzione sanitaria nei territori in cui operano le reti di servizi, ma soprattutto persone che si prendono cura del mondo che le circonda e lo reinventano. Allo stesso tempo, i testi qui raccolti documentano esperienze concrete di confronto con una calamità pubblica senza

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

precedenti, segnata dalle alluvioni del maggio 2024. Costituiscono quindi un archivio per rafforzare la capacità del SUS di affrontare le avversità, che è il vero significato di resilienza: si raggiunge collettivamente ed è supportata e fondata su politiche pubbliche che consentono maggiore efficienza e sostenibilità.

La risposta di GHC al più grande disastro climatico nel Rio Grande do Sul

Il 2024 rimarrà impresso nella memoria collettiva degli abitanti del Rio Grande do Sul. Le acque hanno raggiunto livelli senza precedenti, colpendo gran parte dei comuni dello stato, costringendo le famiglie ad abbandonare le proprie case, interrompendo i servizi, bloccando le strade e mettendo in pericolo la vita di milioni di persone, tra cui gli operatori sanitari. Porto Alegre e la sua area metropolitana hanno vissuto giorni di disperazione e profonda incertezza. Per il settore sanitario, si è trattato della più grande crisi logistica e di assistenza dai tempi della pandemia di Covid-19.

In questo scenario, il Gruppo Ospedaliero di Conceição ha dovuto agire con rapidità, sensibilità e competenza tecnica. Abbiamo immediatamente istituito un Piano d'Azione di Emergenza, strutturato a partire dal Centro Operativo di Emergenza (COE), per centralizzare le decisioni, garantire l'approvvigionamento dei materiali, organizzare le squadre, tutelare la sicurezza dei pazienti e mantenere attivi i servizi di terapia intensiva. Il Ministero della Salute ha dimostrato unità e agilità, e il GHC ha fatto la sua parte, ospitando le operazioni del COE e ampliando e diversificando le proprie attività sanitarie. Mentre la città affrontava carenze idriche, blocchi di accesso ed enormi difficoltà nei trasporti, le nostre unità hanno continuato a funzionare come punto di riferimento pubblico per l'assistenza, ricercando condizioni operative e fornendo supporto al proprio personale.

Le quattro unità ospedaliere del complesso nel Rio Grande do Sul – Hospital Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmina – così come il Pronto Soccorso Moacyr Scliar (UPA), sono rimaste operative. I posti letto sono stati riorganizzati, i flussi di emergenza rivisti, le scorte critiche monitorate attentamente e la rete ha dovuto assorbire le richieste provenienti dalle aree più colpite. Nelle unità di assistenza primaria, la sfida non è stata da meno: trasferimento d'emergenza in strutture fisiche salvate dalle forti piogge, rapida organizzazione dei turni e garanzia della presenza del personale, creazione di rifugi per gli sfollati, ma anche per i figli e i familiari dei nostri operatori, approvvigionamento d'emergenza di forniture e flussi logistici innovativi. La risposta ha richiesto il coordinamento istituzionale, ma anche qualcosa che non può essere improvvisato: l'impegno quotidiano di migliaia di operatori per la salute di tutte le persone.

Grazie al sostegno decisivo del Ministero della Salute e alla costante presenza della Ministra Nísia Trindade e di altre autorità federali, è stato possibile ampliare il personale e le infrastrutture fisiche per far fronte alla crisi. L'assunzione d'emergenza di oltre 800 professionisti temporanei e l'apertura di 115 nuovi posti letto, inclusi posti letto di terapia intensiva clinica e pediatrica, hanno dimostrato come gli investimenti pubblici, la flessibilità operativa e il coordinamento federale siano pilastri imprescindibili per la resilienza del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) in contesti estremi.

La risposta istituzionale si è organizzata su fronti complementari. In ambito ospedaliero, abbiamo garantito la continuità delle cure e la riorganizzazione dei servizi. Nelle aree colpite, abbiamo fornito assistenza ai rifugi e alle comunità. Nell'ambito della sorveglianza sanitaria, abbiamo anticipato i rischi derivanti dal ritiro delle acque, come la leptospirosi, l'epatite A, gli arbovirus, le malattie respiratorie e gli incidenti con animali velenosi. Questa azione integrata ha dimostrato che, in un'emergenza climatica, prendersi cura significa essere preparati alle diverse fasi della crisi , che spesso si sovrappongono. E che la solidarietà è l'amalgama che sostiene la vita, anche di fronte a differenze programmatiche, dimostrando che la difesa di politiche pubbliche inclusive è quanto mai rilevante nella vita quotidiana, soprattutto in tempi di crisi di civiltà e di negazionismo che soffocano le vite, sempre nel senso di vulnerare ulteriormente chi già vive quotidianamente in situazioni precarie. Non

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

basta avere la capacità di rispondere rapidamente; è necessario impegnarsi per l'inclusione e l'equità.

L'esperienza ha impartito una lezione fondamentale: l'emergenza non finisce quando smette di piovere. Dopo la fase acuta, subentrano le conseguenze sanitarie, sociali ed emotive. L'acqua si ritira, ma i rischi epidemiologici, le perdite materiali, la sofferenza psicologica, l'insicurezza alimentare, l'interruzione delle cure e la necessità di ricostruire i legami comunitari rimangono. Pertanto, l'azione del GHC si è concentrata sulla combinazione di risposta immediata, assistenza continua e produzione di conoscenze per orientare le decisioni future, sempre nel rispetto dei principi e delle linee guida del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) e dell'impegno irrinunciabile per la vita di tutte le persone.

Assistenza al di fuori degli ospedali

L'intervento del GHC non si è limitato alle strutture ospedaliere. La gestione dell'assistenza sanitaria primaria e i servizi sanitari comunitari hanno svolto un ruolo fondamentale nell'affrontare i danni causati dalle alluvioni alle popolazioni residenti nei territori di riferimento. Squadre di assistenza sanitaria familiare e team multidisciplinari sono stati dispiegati nei rifugi temporanei, dove hanno organizzato l'assistenza, distribuito farmaci per uso continuativo, effettuato vaccinazioni, monitorato le persone affette da malattie croniche e offerto supporto psicologico.

Questa presenza nei centri di accoglienza ha ribadito un principio fondamentale del Sistema Sanitario Unificato brasiliano (SUS): l'assistenza deve raggiungere le persone. Tra paura, perdita della casa e sconvolgimento della routine, molte famiglie avevano bisogno non solo di cure cliniche, ma anche di ascolto, orientamento, sostegno e continuità assistenziale. L'assistenza primaria ha dimostrato ancora una volta la sua forza come punto di accesso, collegamento territoriale e strategia per la salvaguardia della vita.

Era inoltre fondamentale prendersi cura di coloro che si prendono cura degli altri. Molti professionisti di GHC hanno dovuto affrontare perdite personali, gravi difficoltà di trasporto e insicurezza riguardo alle proprie famiglie, ma hanno continuato a garantire il funzionamento dei servizi. La creazione di dormitori temporanei, il supporto umanitario interno, l'assistenza psicologica e le strategie di sostegno per gli operatori sono stati fondamentali per preservare la capacità di assistenza e riconoscere la dimensione umana della risposta istituzionale.

La risposta alle alluvioni ha dimostrato che l'integrazione tra ospedali, assistenza primaria, sorveglianza sanitaria, gestione e comunità non è solo auspicabile, ma indispensabile. In situazioni estreme, nessun ambito opera in isolamento. La sicurezza delle persone che usufruiscono dei servizi sanitari dipende dalla logistica; la sorveglianza dipende dalle informazioni territoriali; l'assistenza dipende dalla gestione delle risorse umane; e la ricostruzione dipende dalla partecipazione sociale. Questa consapevolezza permea le opere raccolte in questa antologia.

Il congresso come spazio per lo sviluppo, la scienza e il futuro

Superata la fase più acuta della crisi, si è reso necessario analizzare quanto accaduto e trasformare tale esperienza in conoscenza. Il **primo Congresso GHC** è nato proprio da questa esigenza: elaborare il dolore, valutare i percorsi intrapresi, riconoscere i successi, identificare le debolezze e sistematizzare strategie che non potevano essere perse nella routine. Il Congresso è stato uno spazio di ascolto, di elaborazione e di impegno pubblico.

Riunendo lavoratori, ricercatori, dirigenti, residenti, studenti, movimenti sociali e ospiti nazionali e internazionali, l'evento ha ribadito il ruolo del GHC come istituzione formativa, produttrice di scienza e punto di riferimento per il SUS (Sistema Sanitario Pubblico brasiliano). La stesura dello Statuto del Congresso, inviata al Ministero della Salute, ha espresso questo impegno a contribuire ai dibattiti nazionali e globali su salute, ambiente,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

partecipazione sociale e preparazione alle emergenze. Tale impegno è sempre accompagnato da una ferma difesa delle politiche pubbliche che garantiscono coesione e continuità alle azioni pubbliche e private durante le crisi.

La diversità dei lavori presentati al Congresso dimostra la ricchezza della ricerca scientifica condotta nella routine quotidiana dei servizi pubblici. Sottolinea inoltre l'importanza di coniugare la formazione continua con l'educazione popolare come strumento per lo sviluppo del lavoro all'interno delle istituzioni. Sono presenti studi epidemiologici sulle malattie post-alluvione, rapporti sulla salute mentale nei centri di accoglienza, esperienze di riorganizzazione dei posti letto, proposte per la gestione ambientale e l'ingegneria ospedaliera, riflessioni sulle vulnerabilità sociali, analisi dei flussi normativi, iniziative di formazione professionale e strategie per un'assistenza integrata. Insieme, questi lavori dimostrano che la scienza del Sistema Sanitario Unificato Brasiliano (SUS) è pratica, contestualizzata, collettiva e profondamente impegnata nella difesa della vita.

Le lezioni documentate in questa raccolta indicano già la strada per nuove politiche pubbliche di preparazione e risposta alle emergenze sanitarie. L'istituzione, a Porto Alegre, della prima base permanente della Forza Sanitaria Nazionale simboleggia questo sviluppo. Essa rafforza l'importanza della cooperazione tra GHC (Grupo Hospitalar Conceição), i comuni, lo Stato e il Ministero della Salute, affinché il Paese sia meglio preparato ad affrontare future catastrofi ambientali. La presenza e il costante supporto del Ministro Alexandre Padilha dimostrano la continuità e l'ampliamento dell'azione politica pubblica volta a proteggere le vite umane e a preparare le istituzioni ad affrontare questo tipo di eventi. È necessario che la società e le istituzioni rafforzino la collaborazione tra i dirigenti pubblici impegnati – una condizione che non si è ancora pienamente realizzata durante la crisi.

Riconoscimento, gratitudine e un invito all'azione

Nessun piano di emergenza, per quanto ben elaborato, può reggere senza l'elemento umano. Pertanto, questa prefazione è anche una pubblica espressione di gratitudine. Riconosco la dedizione di medici, infermieri, tecnici sanitari, assistenti sociali, psicologi, farmacisti, nutrizionisti, operatori sanitari di comunità, autisti, addetti alle pulizie, personale di manutenzione, personale di sicurezza, personale amministrativo e tanti altri lavoratori che hanno mantenuto attiva l'assistenza quando tutto intorno a noi era incerto. Riconosco anche la relativa inadeguatezza delle etichette professionali, in quanto, per affrontare la crisi, ma anche per riflettere e analizzare le sfide e le innovazioni prodotte, il concetto di lavoro di squadra collaborativo e interprofessionale si è rivelato più forte e necessario. Che questa eredità non vada perduta!

Estendo questo riconoscimento ai programmi di specializzazione medica e multiprofessionale, alla Scuola GHC, ai Comitati Etici, agli autori, ai ricercatori, ai relatori, ai manager e alle istituzioni partner che hanno trasformato esperienze, dati e riflessioni in conoscenza condivisa. Il supporto del Governo Federale, attraverso il Ministero della Salute, è stato cruciale per sostenere la risposta all'emergenza, ampliare la capacità sanitaria e rafforzare le infrastrutture necessarie per continuare ad andare avanti. Ha inoltre reso il nostro 1° Congresso un evento di grande impatto e, al tempo stesso, una grande innovazione. GHC 100% SUS è un complesso di servizi che fa parte della struttura dello Stato brasiliano e del Governo che ne gestisce le strutture e le politiche. Ma è anche patrimonio della popolazione.

Offrendo questa raccolta alla comunità accademica, agli operatori sanitari e alla società, GHC non si limita a fornire annali scientifici, ma offre una testimonianza di resilienza, solidarietà e impegno pubblico. Le emergenze climatiche richiedono un nuovo modo di pensare alla cura, capace di unire prevenzione, risposta rapida, sorveglianza, partecipazione sociale, innovazione e giustizia sociale. Abbiamo bisogno di proattività e capacità dirompente, che sostituiscano l'immobilità e la lamentela che ci rendono vittime dell'impossibilità, anziché agenti di resistenza e trasformazione.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Possano le esperienze qui raccolte ispirare nuove ricerche, guidare le migliori pratiche gestionali, rafforzare la formazione professionale, migliorare l'assistenza per tutti e rinnovare la difesa del SUS (Sistema Sanitario Unificato Brasiliano) quale patrimonio del popolo brasiliano. Possa questo supplemento essere letto come un invito all'azione collettiva, alla preparazione per il futuro e alla riaffermazione della salute pubblica quale strumento di equità, cura e tutela della vita.

Porto Alegre, agosto 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PREFACIO

LA CIENCIA DEL CUIDADO EN LA ERA DE LAS EMERGENCIAS CLIMÁTICAS: EL LEGADO DE RESILIENCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) DE BRASIL, DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Gilberto Barichello
presidente del Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Introducción

Con profundo orgullo institucional y sentido de responsabilidad histórica, presento esta recopilación de resúmenes de las ponencias científicas presentadas en el **primer Congreso del Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**. Esta publicación surge de un momento decisivo para la salud pública brasileña. Reúne conocimiento, experiencia, compromiso social y la fortaleza de una institución 100 % SUS que, ante una de las mayores crisis climáticas jamás vividas por Rio Grande do Sul, transformó la adversidad en acción y aprendizaje colectivo.

El tema del congreso —*"**Emergencias climáticas, atención integral y participación social: retos para el fortalecimiento del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS)**"*— refleja con precisión los desafíos de nuestro tiempo. La crisis climática ya no es una amenaza lejana. Está transformando la rutina de los servicios de salud en todo el mundo, exponiendo y exacerbando las desigualdades, desafiando a directivos y trabajadores y exigiendo nuevas formas de planificación, prevención y atención. Por lo tanto, esta publicación no es solo un registro científico: es también un documento de memoria, resistencia y construcción de futuro.

Como la mayor red de hospitales públicos del sur de Brasil, el GHC tiene la responsabilidad de liderar con el ejemplo. Ante este contexto, el SUS requiere una actuación proactiva, decidida e innovadora que garantice atención oportuna a todas las personas que la necesiten, con la urgencia que exige la situación. La celebración del primer congreso institucional se inscribió en la planificación estratégica participativa del Grupo para el período 2024-2030, contribuyó a consolidarla y abrió un espacio idóneo para el intercambio de experiencias locales, nacionales e internacionales. Más allá de reunir a investigadores y presentar estudios, el congreso demostró que el conocimiento se produce en el corazón de la atención al paciente: en las salas hospitalarias, las unidades básicas, los laboratorios, los sectores de gestión, las acciones comunitarias y los territorios donde se desarrolla la vida, mediante el encuentro entre quienes brindan cuidados y quienes los necesitan.

La recopilación de textos ahora disponible para los lectores refleja este movimiento. Cada resumen plasma el trabajo de profesionales, investigadores, residentes, estudiantes y directivos que buscaron mejorar la atención, perfeccionar procesos, proponer soluciones y reflexionar sobre los desafíos contemporáneos del SUS. Cada trabajador que participó como autor en los textos presentados y debatidos en el Congreso contribuyó a fortalecer una cultura de producción de conocimiento e innovación en salud en los territorios donde operan las redes de servicios. Ante todo, estos autores representan a personas que cuidan y transforman su entorno. Al mismo tiempo, los textos aquí reunidos registran experiencias concretas de respuesta ante una calamidad pública sin precedentes, marcada por las inundaciones de mayo de 2024. De esta manera, la recopilación constituye un repositorio de conocimientos para fortalecer la capacidad del SUS de afrontar la adversidad

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

y promover una resiliencia entendida como una capacidad colectiva, sustentada en políticas públicas que permiten mayor eficiencia y sostenibilidad.

La respuesta del GHC al mayor desastre climático en Rio Grande do Sul

El año 2024 quedará grabado en la memoria colectiva de los habitantes de Rio Grande do Sul. Las aguas alcanzaron niveles sin precedentes, afectando a gran parte de los municipios del estado, desplazando familias, interrumpiendo servicios, bloqueando carreteras y poniendo en peligro la vida de millones de personas, incluyendo a quienes trabajan en el sector de la salud. Porto Alegre y su área metropolitana vivieron días de desesperación y profunda incertidumbre. Para el sector de la salud, fue la mayor crisis logística y asistencial desde la pandemia de COVID-19.

En este escenario, el Grupo Hospitalar Conceição tuvo que actuar con rapidez, sensibilidad y pericia técnica. Inmediatamente, implementamos un Plan de Acción de Emergencia, estructurado desde el Centro de Operaciones de Emergencia (COE), para centralizar la toma de decisiones, garantizar el suministro de materiales, organizar los equipos, preservar la seguridad del paciente y mantener los servicios críticos. El Ministerio de Salud demostró unidad y agilidad, y el GHC cumplió con su cometido: albergó las operaciones del COE y amplió y diversificó sus acciones de salud. Mientras la ciudad enfrentaba escasez de agua, bloqueos de acceso y enormes dificultades de transporte, nuestras unidades continuaron funcionando como referente público de atención, asegurando las condiciones operativas necesarias y brindando apoyo a su personal.

Las cuatro unidades hospitalarias del complejo en Rio Grande do Sul —Hospital Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor y Hospital Fêmina—, así como la Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, permanecieron operativas. Se reorganizaron las camas, se revisaron los flujos de emergencia, se monitorearon de cerca las existencias críticas y la red tuvo que absorber la demanda de las zonas más afectadas. En las unidades de atención primaria, el desafío no fue menor: fue necesario trasladar de emergencia los servicios a instalaciones que no habían sido afectadas por las lluvias y las inundaciones, reorganizar rápidamente los turnos, garantizar la presencia de los trabajadores, habilitar refugios tanto para las personas desplazadas como para los hijos y familiares de nuestros trabajadores, adquirir suministros de emergencia y establecer flujos logísticos innovadores. La respuesta requirió coordinación institucional, pero también exigió algo que no se puede improvisar: el compromiso diario de miles de trabajadores con la salud de todas las personas.

Gracias al apoyo decisivo del Ministerio de Salud y a la presencia constante de la ministra Nísia Trindade y otras autoridades federales, fue posible ampliar la plantilla y la infraestructura física para responder a la crisis. La contratación de emergencia de más de 800 profesionales temporales y la apertura de 115 nuevas camas, incluidas camas de UCI clínicas y pediátricas, demostraron que la inversión pública, la flexibilidad operativa y la coordinación federal son pilares indispensables para la resiliencia del SUS en contextos extremos.

La respuesta institucional se organizó en frentes complementarios. En el ámbito hospitalario, aseguramos la continuidad de la atención y la reorganización de los servicios. En las zonas afectadas, brindamos asistencia a albergues y comunidades. En la vigilancia sanitaria, anticipamos los riesgos derivados del descenso del nivel del agua, como la leptospirosis, la hepatitis A, los arbovirus, las enfermedades respiratorias y los accidentes con animales ponzoñosos. Esta acción integrada demostró que, ante una emergencia climática, el cuidado exige prepararse para las distintas fases de la crisis, que a menudo se superponen. También evidenció que la solidaridad es fundamental para proteger la vida, incluso ante diferencias programáticas, y que la defensa de políticas públicas inclusivas es esencial en la vida cotidiana, especialmente en contextos de crisis sistémicas y negacionismo, cuyos efectos agravan la vulnerabilidad de quienes ya viven en condiciones precarias. No basta con tener capacidad de respuesta rápida; es necesario comprometerse con la inclusión y la equidad.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

La experiencia dejó una lección fundamental: la emergencia no termina cuando cesan las lluvias. Tras la fase aguda, se hacen visibles las consecuencias sanitarias, sociales y emocionales. El agua retrocede, pero persisten los riesgos epidemiológicos, las pérdidas materiales, el sufrimiento psicológico, la inseguridad alimentaria, la interrupción de los tratamientos y la necesidad de reconstruir los lazos comunitarios. Por ello, las acciones del GHC buscaron combinar la respuesta inmediata, la atención continua y la generación de conocimiento para orientar las decisiones futuras. Estas acciones estuvieron guiadas por los principios y las directrices del SUS y por el compromiso innegociable con la vida de todas las personas.

La atención en salud más allá de los hospitales

Las acciones del GHC no se limitaron a las estructuras hospitalarias. La Gestión de Atención Primaria de Salud y los Servicios de Salud Comunitaria desempeñaron un papel fundamental para mitigar los daños causados por las inundaciones a las poblaciones residentes en los territorios de referencia. Se desplegaron equipos de salud familiar y equipos multidisciplinarios en los refugios temporales, donde organizaron la atención, distribuyeron medicamentos de uso continuo, realizaron vacunaciones, monitorearon a las personas con enfermedades crónicas y brindaron apoyo en salud mental.

Esta presencia en los albergues reafirmó una idea fundamental del SUS: la atención debe llegar allí donde está la gente. En medio del miedo, la pérdida de vivienda y la interrupción de la rutina, muchas familias necesitaban no solo atención clínica, sino también escucha, orientación, apoyo y continuidad asistencial. La atención primaria demostró una vez más su fortaleza como puerta de entrada al sistema, vínculo territorial y estrategia para proteger la vida.

También fue fundamental cuidar de quienes cuidan. Muchos profesionales del GHC sufrieron pérdidas personales, graves dificultades de transporte e inseguridad respecto a sus familias, pero continuaron manteniendo el funcionamiento de los servicios. La creación de dormitorios temporales, el apoyo humanitario interno, la atención psicológica y las estrategias de apoyo a los trabajadores fueron fundamentales para preservar la capacidad de atención y reconocer la dimensión humana de la respuesta institucional.

La respuesta a las inundaciones demostró que la integración entre hospitales, atención primaria, vigilancia sanitaria, gestión y comunidad no solo es deseable, sino indispensable. En situaciones extremas, ningún componente del sistema puede actuar de forma aislada. La seguridad de las personas que utilizan los servicios de salud depende de la logística; la vigilancia, de la información territorial; la asistencia, de la gestión de recursos humanos; y la reconstrucción, de la participación social. Esta concepción impregna los trabajos reunidos en esta recopilación.

El congreso como espacio para el desarrollo, la ciencia y el futuro

Una vez superada la fase más crítica de la crisis, se hizo necesario analizar lo vivido y transformar esa experiencia en conocimiento. El **primer Congreso del GHC** surgió precisamente de esta necesidad: elaborar colectivamente la experiencia y el dolor ocasionados por la crisis, evaluar las estrategias adoptadas, reconocer los éxitos, identificar las debilidades y sistematizar aprendizajes y estrategias que no debían diluirse en la actividad cotidiana. El Congreso fue un espacio para la escucha, la formulación de ideas y el compromiso público.

Al reunir a trabajadores, investigadores, directivos, residentes, estudiantes, movimientos sociales e invitados nacionales e internacionales, el evento reafirmó el papel del GHC como institución formadora, generadora de conocimiento científico y referente para el SUS. La redacción de la Carta del Congreso, enviada

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

al Ministerio de Salud, expresó este compromiso de contribuir a los debates nacionales y mundiales sobre salud, medio ambiente, participación social y preparación para emergencias. Este compromiso siempre va acompañado de una firme defensa de las políticas públicas que brindan cohesión y continuidad a las acciones públicas y privadas durante las crisis.

La diversidad de trabajos presentados en el Congreso demuestra la riqueza de la ciencia aplicada en la actividad cotidiana de los servicios públicos. Asimismo, resalta la importancia de combinar la formación continua y la educación popular como herramientas para el desarrollo del trabajo dentro de las instituciones. Se presentaron estudios epidemiológicos sobre enfermedades asociadas con las inundaciones, informes sobre salud mental en albergues, experiencias en la reorganización de camas, propuestas de gestión ambiental e ingeniería hospitalaria, reflexiones sobre vulnerabilidades sociales, análisis de flujos regulatorios, iniciativas de capacitación profesional y estrategias para la atención integral. En conjunto, estos trabajos demuestran que la ciencia producida en el SUS se orienta a la práctica, está contextualizada, es colectiva y mantiene un profundo compromiso con la defensa de la vida.

Las lecciones documentadas en esta recopilación ya señalan el camino hacia nuevas políticas públicas para la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias. El establecimiento, en Porto Alegre, de la primera base permanente de la Fuerza Nacional de Salud simboliza este avance. Refuerza la importancia de la cooperación entre el GHC, los municipios, el estado de Rio Grande do Sul y el Ministerio de Salud para que el país esté mejor preparado para futuras catástrofes ambientales. La presencia y el apoyo constante del ministro Alexandre Padilha demuestran la continuidad y la ampliación de las políticas públicas destinadas a proteger vidas y preparar a las instituciones para este tipo de eventos. La sociedad y las instituciones deben fortalecer la colaboración entre los directivos públicos comprometidos con esta agenda, una condición que aún no se alcanzó plenamente durante la crisis.

Reconocimiento, gratitud y un llamado a la acción

Ningún plan de contingencia, por muy bien elaborado que esté, puede funcionar sin el factor humano. Por lo tanto, este prefacio es también una expresión pública de gratitud. Reconozco la dedicación de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, nutricionistas, agentes comunitarios de salud, conductores, personal de limpieza, personal de mantenimiento, personal de seguridad, personal administrativo y tantos otros trabajadores que mantuvieron en funcionamiento los servicios de salud en un momento de tanta incertidumbre. Asimismo, reconozco las limitaciones de las etiquetas profesionales, ya que para afrontar la crisis, así como para reflexionar y analizar los retos identificados y las innovaciones surgidas, la noción de un equipo colaborativo e interprofesional resultó más sólida y necesaria. ¡Que este legado perdure!

Extiendo este reconocimiento a los programas de residencia médica y multiprofesional, a la Escuela GHC, a los Comités de Ética, a los autores, investigadores, ponentes, directivos e instituciones asociadas que transformaron experiencias, datos y reflexiones en conocimiento compartido. El apoyo del Gobierno Federal, a través del Ministerio de Salud, fue crucial para sostener la respuesta de emergencia, ampliar la capacidad de atención sanitaria y fortalecer la infraestructura necesaria para seguir avanzando. Este apoyo también contribuyó a que nuestro primer Congreso fuera un acontecimiento institucional significativo y una experiencia innovadora. El GHC, como institución 100 % SUS, forma parte de la estructura del Estado brasileño y constituye también un patrimonio de la población.

Al ofrecer esta recopilación a la comunidad académica, a los profesionales de la salud y a la sociedad en general, el GHC ofrece mucho más que simples anales científicos. Ofrece un testimonio de resiliencia, solidaridad y compromiso público. Las emergencias climáticas exigen una nueva forma de concebir la atención,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

capaz de aunar prevención, respuesta rápida, vigilancia, participación social, innovación y justicia social. Necesitamos proactividad y capacidad de cambio, reemplazando la inmovilidad que nos convierte en víctimas de la inacción, en lugar de agentes de resistencia y transformación.

Que las experiencias aquí reunidas inspiren nuevas investigaciones, orienten las mejores prácticas de gestión, fortalezcan la formación profesional, mejoren la atención a todas las personas y renueven la defensa del SUS como patrimonio del pueblo brasileño. Que este suplemento se lea como una invitación a la acción colectiva, a la preparación para el futuro y a la reafirmación de la salud pública como instrumento de equidad, atención y protección de la vida.

Porto Alegre, agosto de 2026

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PREFACE

THE SCIENCE OF MANAGEMENT AND CARE IN THE ERA OF CLIMATE EMERGENCIES: THE RESILIENCE LEGACY OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM (SUS), THE MINISTRY OF HEALTH, AND THE CONCEIÇÃO HOSPITAL GROUP

Gilberto Barichello
CEO of the Conceição Hospital Group (GHC)

Introduction

It is with profound institutional pride and a sense of historical responsibility that I present this collection of abstracts from the scientific papers presented at the **1st Congress of the Conceição Hospital Group (GHC)** . This publication emerges at a decisive moment for Brazilian public health. It brings together knowledge, experience, social commitment, and the strength of a 100% Brazilian Public Health System (SUS) institution that, in the face of one of the greatest climate crises ever experienced by Rio Grande do Sul, transformed adversity into action and collective learning.

The theme of the congress – *"**Climate emergencies, integrated care and social participation: challenges for strengthening the SUS (Brazilian Public Health System)**"* – accurately expresses the challenges of our time. The climate crisis is no longer a distant threat. It is already altering the routine of health services worldwide, exposing and exacerbating inequalities, challenging managers and workers, and demanding new forms of planning, prevention, and care. Therefore, this publication is not only a scientific record: it is also a document of memory, resistance, and future shaping.

As the largest public hospital network in southern Brazil, GHC bears the responsibility of leading by example. Proactive, purposeful, and disruptive act, pursued with depth and radicalism, is a requirement of the Brazilian Public Health System (SUS) for every person who needs it, in a timely and contextually urgent manner. The holding of the first institutional congress consolidated the Group's participatory strategic planning for the period 2024 to 2030 and opened a meaningful space for the exchange of local, national, and international experiences. More than just bringing together research and researchers, the congress showed that knowledge production happens at the heart of care delivered to the population: in wards, primary healthcare clinics, laboratories, management sectors, community actions, and in the territories where life happens, through encounters between people who know and want to care and people who need care.

The collection of texts now available to readers reflects this movement. Each abstract reflects the work of professionals, researchers, residents, students, and managers who sought to improve care, refine processes, propose solutions, and reflect on the contemporary challenges of the Brazilian Public Health System (SUS). Each worker who became an author of the texts gathered here, presented and debated at the Congress, represented a point of innovation in the culture of health production in the territories where service networks operate, but above all, people who care for and reinvent the world around them , are embedded. At the same time, the texts gathered here record concrete experiences of confronting an unprecedented public calamity, marked by the floods of May 2024. In this way, the collection constitutes a repository for strengthening the SUS's capacity to

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

face adversity, which is the true meaning of resilience: it is achieved collectively and is supported and based on public policies that allow for greater efficiency and sustainability.

GHC's response to the largest climate disaster in Rio Grande do Sul

The year 2024 will be etched in the collective memory of the people of Rio Grande do Sul. The waters rose to unprecedented levels, affecting a large part of the state's municipalities, displacing families, interrupting services, blocking roads, and endangering the lives of millions of people, including those working in health services and systems. Porto Alegre and its metropolitan region experienced days of despair and profound uncertainty. For the health sector, it was the largest logistical and healthcare delivery crisis since the COVID-19 pandemic.

In this scenario, the Conceição Hospital Group needed to act with speed, sensitivity, and technical expertise. We immediately instituted an Emergency Action Plan, structured from the Emergency Operations Center (EOC), to centralize decisions, ensure the provision of essential supplies, organize teams, preserve patient safety, and maintain critical care services. The Ministry of Health demonstrated unity and agility, and the GHC did its part, hosting the EOC operations and expanding and diversifying its healthcare initiatives. While the city faced water shortages, access blockages, and enormous difficulties in transportation, our units continued to function as a public reference for care, seeking operational conditions and providing support to their workers.

The four hospital units of the complex in Rio Grande do Sul – Hospital Conceição, Hospital Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor, and Hospital Fêmina – as well as the Moacyr Scliar Emergency Care Unit (UPA), also remained operational. Beds were reorganized, emergency flows were reviewed, critical stocks were closely monitored, and the network had to absorb demands from severely affected areas. In the Primary Care Units, the challenge was no less: emergency transfer to physical structures preserved from the heavy rains, rapid organization of shifts and enabling staff attendance, creation of support spaces for displaced people, as well as for the children and family members of our workers, emergency acquisition of supplies, and innovative logistical flows. The response required institutional coordination, but it also demanded something that cannot be improvised: the daily commitment of thousands of workers to the health of all people.

With decisive support from the Ministry of Health and the constant presence of Minister Nísia Trindade and other federal authorities, it was possible to expand the workforce and physical infrastructure to respond to the crisis. The emergency hiring of more than 800 temporary professionals and the opening of 115 new beds, including clinical and pediatric ICU beds, demonstrated how public investment, operational flexibility, and intergovernmental coordination are indispensable pillars for the resilience of the SUS (Brazilian Public Health System) in extreme contexts.

The institutional response was organized into complementary fronts. In the hospital setting, we ensured continuity of care and the reorganization of services. In the affected areas, we provided care in shelters and affected communities. In health surveillance, we anticipated risks that would arise with the receding waters, such as leptospirosis, hepatitis A, arboviruses, respiratory diseases, and accidents involving venomous animals. This integrated action showed that, in a climate emergency, caring means being prepared for different phases of the crisis, which often overlap. And that solidarity is the amalgam that sustains life, even in the face of programmatic differences, showing that the defense of inclusive public policies is very relevant in daily life, especially in times of civilizational crises and denialism that suffocates lives, further increasing the vulnerability of those who already face precarious conditions in their daily lives. It is not enough to have the capacity for rapid responses; it is necessary to commit to inclusion and equity.

The experience left an essential lesson: the emergency does not end when the rain stops. After the acute phase come the health, social, and emotional consequences. The water recedes, but the epidemiological risks,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

material losses, psychological suffering, food insecurity, interruption of treatments, and the need to rebuild community ties remain. Therefore, the GHC's actions sought to combine immediate response, continued care, and knowledge production to guide future decisions, always guided by the principles and guidelines of the SUS (Brazilian Public Health System) and the non-negotiable commitment to the lives of all people.

Care beyond hospitals

The GHC's actions were not limited to hospital structures. The Primary Health Care Management and Community Health Services played a very important role in addressing the damage caused by the floods to the populations living in the services catchment areas. Family health teams and multidisciplinary teams were deployed to temporary shelters, where they organized care, distributed long-term medications, carried out vaccinations, monitored people with chronic diseases, and offered mental health support.

This presence in shelters reaffirmed a fundamental idea for the Brazilian Public Health System (SUS): care must go where the people are. Amid fear, loss of housing, and disruption of routine, many families needed not only clinical care, but also attentive listening, guidance, support, and continuity of care. Primary care once again demonstrated its strength as an entry point, a territorial link, and a strategy for protecting life.

It was also essential to take care of those who care. Many GHC professionals faced personal losses, severe difficulties with transportation, and insecurity regarding their own families, but they continued to sustain the functioning of the services. The creation of temporary dormitories, internal humanitarian support, psychological care, and support strategies for workers were fundamental to preserving the care capacity and recognizing the human dimension of the institutional response.

The response to the floods showed that integration between hospitals, primary care, health surveillance, management, and the community is not only desirable: it is indispensable. In extreme situations, no area works alone. The safety of people using health services depends on logistics; surveillance depends on territorial information; care delivery depends on workforce management; and reconstruction depends on social participation. This understanding permeates the works gathered in this collection.

The congress as a space for reflection, science, and the future

With the most acute phase of the crisis having passed, it became necessary to look at what had been experienced and transform that experience into knowledge. The **1st GHC Congress** also arose from this need: to process the pain, evaluate paths taken, recognize successes, identify weaknesses, and systematize strategies that could not be lost in the routine. The Congress was a space for listening, formulation, and public commitment.

By bringing together workers, researchers, managers, residents, students, social movements, and national and international guests, the event affirmed the GHC's role as an educational institution, a producer of scientific knowledge, and a reference institution within the SUS (Brazilian Public Health System). The drafting of the Congress Charter, sent to the Ministry of Health, expressed this commitment to contributing to national and global debates on health, the environment, social participation, and emergency preparedness. This commitment is always accompanied by a strong defense of public policies that provide cohesion and continuity to public and private actions during crises.

The diversity of works presented at the Congress demonstrates the richness of science conducted in the daily routine of public services. It also highlights the importance of combining permanent health education (work-based education) with popular education as a tool for developing work within institutions. Present

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

are epidemiological studies on post-flood illnesses, reports on mental health in shelters, experiences in bed reorganization, proposals for environmental management and hospital engineering, reflections on social vulnerabilities, analyses of regulatory flows, professional training initiatives, and strategies for comprehensive care. Together, these works demonstrate that the science of the Brazilian Public Health System (SUS) is practical, situated, collective, and deeply committed to the defense of life.

The lessons documented in this collection already point the way to new public policies for preparedness and response to health emergencies. The establishment, in Porto Alegre, of the first permanent base of the National Health Force symbolizes this progression. It reinforces the importance of cooperation between GHC (Grupo Hospitalar Conceição), municipalities, the State, and the Ministry of Health so that the country is better prepared for future environmental catastrophes. The presence and ongoing support of Minister Alexandre Padilha demonstrate the continuity and expansion of public policy action to protect lives and prepare institutions for this type of event. Committed public managers working hand in hand – a condition that was not fully achieved during the crisis – need to be strengthened by society and institutions.

Recognition, gratitude, and a call to action

No contingency plan, however well designed, can stand without the human element. Therefore, this preface is also a public expression of gratitude. I acknowledge the dedication of doctors, nurses, nursing technicians, social workers, psychologists, pharmacists, nutritionists, community health workers, drivers, environmental services staff, maintenance personnel, security personnel, administrative staff, and so many other workers who sustained the delivery of care when everything around us was uncertain. I also recognize the relative inadequacy of professional labels, insofar as, to face the crisis, but also to reflect on and analyze the challenges and innovations produced, the notion of a collaborative and interprofessional team was stronger and more necessary. May these legacies not be lost!

I extend this recognition to the medical and multiprofessional residency programs, the GHC School, the Ethics Committees, the authors, researchers, speakers, managers, and partner institutions that transformed experiences, data, and reflections into shared knowledge. The support of the Federal Government, through the Ministry of Health, was crucial to sustaining the emergency response, expanding healthcare capacity, and strengthening the infrastructure necessary to continue moving forward. It also made our 1st Congress a powerful event and, at the same time, a great innovation. GHC 100% SUS is a complex of services that is part of the structure of the Brazilian State and the Government that operates its structures and policies. But above all, it is a public asset that belongs to the people.

By delivering this collection to the academic community, healthcare professionals, and society, GHC is delivering more than just scientific annals. It is delivering a record of resilience, solidarity, and public commitment. Climate emergencies demand a new way of thinking about care, capable of uniting prevention, rapid response, surveillance, social participation, innovation, and social justice. We need proactivity and disruptive capacity, overcoming the complaining inertia that turns us into victims of perceived impossibility, rather than agents of resistance and transformation.

May the experiences gathered here inspire new research, guide best management practices, strengthen professional training, improve care for all people, and renew the defense of the SUS (Brazilian Public Health System) as an heritage of the Brazilian people. May this supplement be read as an invitation to collective action, to preparation for the future, and to the reaffirmation of public health as an instrument of equity, care, and protection of life.

Porto Alegre, August 2026

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DETECÇÃO DA HANSENÍASE: ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO E VIGILÂNCIA

Mariana Toledo Dambrós
Anna Luiza Donatti
Jocinei Santos de Arruda

Introdução: a hanseníase, causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma doença infecciosa crônica, transmitida pelas vias respiratórias, que se manifesta por lesões cutâneas e neurológicas polimorfas, associadas à resposta imunológica do hospedeiro. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a hanseníase tem capacidade de gerar lesões irreversíveis, como perda motora, deformidades nas mãos e nos pés, cegueira e amputações. Apesar dos avanços, o Brasil segue em posição de destaque entre os países com maior número de casos novos de hanseníase no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase destaca a importância do diagnóstico precoce, fundamental para interromper a transmissão e prevenir danos nervosos irreversíveis, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a instância inicial de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela busca ativa e pelo acompanhamento longitudinal dos pacientes. **Objetivo:** analisar os desafios e as estratégias da APS para detecção precoce e vigilância ativa da pessoa com hanseníase no SUS. **Metodologia:** trata-se de revisão bibliográfica descritiva, com base no PCDT da Hanseníase (Ministério da Saúde, 2022), utilizado como base técnica para recomendações, e nos dados apresentados no Boletim Epidemiológico de Hanseníase (Secretaria Estadual de Saúde, janeiro de 2025), a fim de contextualizar a situação epidemiológica do estado. **Resultados e discussão:** o Rio Grande do Sul apresentou, em 2023, a menor taxa de detecção de hanseníase no país, com 0,62 caso por 100 mil habitantes. Apesar de esses dados sugerirem baixa endemicidade, o PCDT alerta que taxas reduzidas não necessariamente refletem ausência de transmissão, podendo indicar subnotificação ou falhas no rastreamento ativo. Em relação à avaliação neurológica no momento do diagnóstico, embora 84,5% dos casos tenham passado pelo exame no momento em que a doença foi constatada, nota-se que 13,6% dos novos casos foram detectados com grau 2 de incapacidade física, índice superior ao ideal recomendado e que evidencia avaliação tardia, quando as lesões já estão consolidadas e com sequelas potencialmente irreversíveis. Quanto à detecção por exames de contatos, enquanto o índice foi de 11,7% no Brasil, o estado apresentou apenas 9,8%. Esses achados indicam que, embora haja cobertura considerável da avaliação neurológica inicial, persistem lacunas críticas no diagnóstico precoce e na vigilância ativa, reforçando o papel estratégico da APS por meio da capacitação contínua das equipes de saúde, da ampliação da busca ativa de casos e de atividades de educação em saúde para incentivar a procura precoce pelos serviços. Considera-se que a APS, de modo geral, é a porta de entrada do paciente nos serviços de saúde, com atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, podendo atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da vida. **Considerações finais:** recomenda-se que o Rio Grande do Sul, aliado à intensificação do diagnóstico clínico e ao fortalecimento do rastreamento por contatos, avalie a adoção de estratégias complementares preconizadas no PCDT, como o uso de teste molecular de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em casos suspeitos, em caráter de apoio diagnóstico. Embora os testes rápidos não sejam amplamente disponíveis no SUS, a incorporação de métodos laboratoriais validados, associados a projeto-piloto de vigilância ativa, deve ser priorizada para potencializar a detecção precoce, reduzir incapacidades físicas e interromper a cadeia de transmissão da doença no estado.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TERRITÓRIO E CUIDADO EM SAÚDE: O USO DO MAPA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA AÇÕES INTEGRADAS

Anna Luiza Donatti
Mariana Toledo Dambrós
Jocinei Santos de Arruda

Introdução: a territorialização na Atenção Primária à Saúde é um processo fundamental para a organização do cuidado e para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o da integralidade. A elaboração e a utilização de mapas territoriais pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possibilitam identificar e compreender as características geográficas, sociodemográficas e epidemiológicas da área de abrangência, favorecendo o planejamento de ações integradas, a identificação de vulnerabilidades e a otimização da alocação de recursos. O mapa do território, quando utilizado como instrumento de gestão e cuidado, promove maior articulação entre as equipes de saúde, fortalece o vínculo com a comunidade e orienta intervenções mais resolutivas. **Objetivo:** Analisar o uso do mapa territorial da UBS como ferramenta estratégica para o planejamento e a organização de ações integradas no território, destacando seu papel na coordenação do cuidado e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, baseado em revisão narrativa da literatura e análise documental. As buscas foram realizadas na base de dados SciELO, na rede acadêmica ResearchGate e no periódico Hygeia, em português e inglês, utilizando descritores sobre Atenção Primária à Saúde, territorialização e mapeamento territorial. Incluíram-se artigos e diretrizes do Ministério da Saúde pertinentes ao uso do mapa territorial na organização e integração das ações em saúde na Atenção Básica. **Resultados e discussão:** a análise dos artigos e documentos selecionados demonstra que o mapa territorial é um recurso estratégico para o planejamento e a organização das ações na Atenção Primária à Saúde. Os estudos analisados apontam que sua utilização possibilita identificar áreas prioritárias, visualizar vulnerabilidades, definir estratégias condizentes com as necessidades específicas de diferentes grupos populacionais e otimizar a distribuição de recursos. Entre as potencialidades observadas, destacam-se a melhoria da coordenação entre equipes, o fortalecimento do vínculo com a comunidade, o aumento da resolutividade das intervenções e a capacidade de resposta rápida a emergências, como surtos e eventos climáticos. O mapa territorial também favorece a articulação intersetorial, permitindo a integração com escolas, centros comunitários e outros serviços de uso coletivo, ampliando a capacidade das equipes de organizar ações de promoção e prevenção em saúde e de identificar outras demandas do território, como fornecimento de educação, lazer e demais serviços essenciais ao funcionamento da comunidade. Nesse contexto, o processo de territorialização assume papel central, pois, por meio do cadastramento familiar e do levantamento territorial, permite conhecer as singularidades da vida social e as necessidades em saúde da população residente na área de abrangência. **Considerações finais:** o uso qualificado do mapa territorial na Atenção Primária à Saúde fortalece a integração das ações, aprimora a coordenação do cuidado e contribui para o alcance dos princípios do SUS. Apesar de suas vantagens, persistem barreiras importantes, como a capacitação insuficiente das equipes para o uso de tecnologias de mapeamento territorial, a desatualização periódica dos dados e a fragmentação entre sistemas de informação. As experiências analisadas sugerem estratégias para superar essas limitações, como a educação permanente das equipes de saúde da Atenção Básica, a atualização sistemática das informações, a participação comunitária no diagnóstico territorial e a adoção de ferramentas tecnológicas acessíveis, potencializando a resolutividade e promovendo maior equidade no cuidado.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TERRITÓRIOS EM REDE: EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS NO VER-SUS COMO CAMINHO PARA A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

Walquíria Victória Marschner

Introdução: o Sistema Único de Saúde (SUS), sustentado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, constitui-se como política pública essencial para a garantia do direito à saúde no Brasil. Sua consolidação, no entanto, enfrenta desafios históricos, intensificados em contextos de crise, como as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em maio de 2024, impactando diretamente a organização dos serviços e as condições de vida de comunidades inteiras. Nesse cenário, experiências formativas que aproximam estudantes da realidade dos territórios e dos serviços tornam-se estratégicas. O Programa Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), ação vinculada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), utiliza metodologia de imersão que possibilita a articulação entre ensino, serviço e comunidade. Ao promover encontros entre diferentes atores, como estudantes, trabalhadores, gestores e usuários, o programa potencializa reflexões críticas sobre o cuidado e fomenta práticas interprofissionais, interdisciplinares e multiprofissionais. O presente trabalho apresenta um relato crítico da experiência vivida no VER-SUS, em territórios gaúchos impactados direta ou indiretamente pelas enchentes de maio de 2024, analisando como essa vivência contribuiu para compreender e experienciar cuidados integrados e redes de atenção à saúde, com destaque para a importância da participação social e da educação permanente. **Objetivo:** descrever a experiência de imersão no SUS por meio do VER-SUS, evidenciando elementos que favorecem a integração do cuidado e a articulação entre diferentes pontos da rede de atenção; refletir sobre o papel da participação e do controle social no fortalecimento do SUS e na resposta a emergências climáticas; e analisar desafios formativos identificados durante a experiência, especialmente a fragmentação na formação em saúde e suas implicações para a integralidade do cuidado. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, com base na participação como vivente na edição piloto do VER-SUS 2025. As atividades foram desenvolvidas em cinco dias consecutivos, totalizando 80 horas de carga horária, e contemplaram visitas técnicas a serviços da Atenção Primária à Saúde, da atenção secundária e da atenção terciária, com observação das práticas em saúde, dos fluxos de atendimento, da articulação intersetorial e de diálogos com profissionais de saúde, gestores e membros da comunidade; momentos formativos e oficinas interprofissionais, que promoveram troca de saberes entre diferentes áreas da saúde e outros campos do conhecimento, abordando temas como integralidade, equidade, participação social e educação em saúde; e atividades coletivas entre participantes, favorecendo a construção de vínculos e a reflexão sobre o trabalho em equipe e a gestão participativa. A análise foi construída a partir de anotações pessoais, registros fotográficos autorizados, materiais pedagógicos do programa e referências bibliográficas situadas no campo das políticas públicas de saúde. **Resultados e discussão:** as visitas aos serviços evidenciaram a importância de fluxos articulados entre os diferentes níveis de atenção. A Unidade de Saúde Domenico Feoli e a Estratégia Saúde da Família (ESF) Coronel Olympio mostraram-se referências de cuidado no território, atuando de forma próxima às famílias, especialmente em regiões vulneráveis e afetadas por eventos climáticos. Já o Hospital da Criança Conceição destacou-se por práticas voltadas à integralidade, incorporando dimensões psicossociais no cuidado. No entanto, foram observadas dificuldades na comunicação e no encaminhamento de casos entre níveis assistenciais, revelando fragilidades no funcionamento integrado da rede. Tais barreiras tornam-se mais críticas em situações de crise, quando a resposta rápida e conjunta pode contribuir para a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

redução dos impactos e prejuízos à saúde coletiva. A experiência permitiu o contato com práticas que valorizam saberes populares e abordagens não medicalizadas, promovendo a saúde de forma ampliada e contextualizada. A presença de terapias integrativas, hortas comunitárias e atividades culturais nos territórios visitados demonstra que a integralidade se constrói a partir da escuta e do diálogo com a comunidade. Apesar dessas iniciativas, identificou-se que a formação de muitos profissionais ainda é fragmentada e centrada em especialidades, o que dificulta a compreensão do cuidado como processo contínuo e compartilhado. Essa distância entre formação e prática contraria o princípio da integralidade e reforça a necessidade de estratégias como o VER-SUS (Ferla et al., 2016) para promover a formação crítica e interprofissional. A experiência também evidenciou que a educação em saúde, quando compreendida para além da mera transmissão de informações, torna-se prática emancipatória, capaz de estimular o protagonismo comunitário e fortalecer o controle social. As atividades buscaram integrar conhecimentos técnicos e saber popular, favorecendo a corresponsabilização no cuidado e a construção coletiva de soluções para os desafios do território. No entanto, observou-se, durante as vivências, a baixa presença da população em instâncias formais, como os conselhos de saúde, o que reduz a efetividade do controle social. Nesse processo, a Educação Permanente em Saúde emergiu como ferramenta central para transformar práticas, criar vínculos e garantir a atualização constante dos trabalhadores, assegurando respostas mais adequadas às demandas reais da comunidade. Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009), esse processo busca transformar práticas a partir da problematização da realidade e da integração entre ensino, serviço e comunidade. O VER-SUS, ao promover vivências em serviços e momentos de reflexão sobre a gestão democrática do SUS, mostrou-se um dispositivo potente para aproximar estudantes e comunidade, resgatar a importância da mobilização popular e fortalecer o diálogo democrático como pilar para redes de atenção mais justas e efetivas. **Considerações finais:** a participação no VER-SUS 2025 constituiu uma experiência formativa transformadora, permitindo vivenciar o SUS em sua complexidade e potencialidade. Ao integrar ensino, serviço e comunidade, o programa favoreceu a compreensão das redes de atenção como sistemas vivos, que dependem tanto da articulação técnica quanto do engajamento político e social. As vivências nos territórios afetados por enchentes reforçaram a importância de respostas rápidas e integradas diante de emergências climáticas, evidenciando que a saúde pública precisa estar preparada para atuar em contextos de crise. Ao mesmo tempo, revelaram que práticas de cuidado integral e participativo já estão presentes em muitos serviços, mas enfrentam barreiras estruturais e formativas. Esse entendimento dialoga com Paim (2008), que ressalta a necessidade de fortalecer a integralidade como eixo estruturante do SUS. Fortalecer o SUS requer investir em metodologias formativas que, como o VER-SUS, incentivem a interprofissionalidade, valorizem o saber popular e promovam a participação social. Essas experiências não apenas ampliam o olhar dos futuros profissionais, mas também contribuem para consolidar um projeto de saúde pública vivo, democrático e comprometido com a justiça social.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FERLA, A. A. et al. **Ser, fazer, compor VER-SUS: redes de afetos e conhecimentos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PROMOÇÃO DE PESQUISA POPULAR INFORMATIVA SOBRE HANSENÍASE

Évelin Itaela Vogt
Diully Anne Mattioni
Fernanda Carlise Mattioni
Cristianne Maria Famer Rocha

Introdução: trata-se de uma pesquisa multicêntrica sobre hanseníase, inserida em um projeto guarda-chuva de doenças negligenciadas. A coordenação nacional está sob responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB), com apoio do Ministério da Saúde. A pesquisa está sendo realizada nas 27 unidades federativas do Brasil, em razão de o país ocupar a segunda posição mundial em número de casos de hanseníase, com maior prevalência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No Rio Grande do Sul, a coordenação da pesquisa está a cargo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Embora o estado apresente número limitado de pacientes com hanseníase, dado que as taxas de detecção estão reduzidas desde os anos de 1990, mantendo coeficiente de prevalência inferior a 0,1 caso por 10 mil habitantes desde 2004, a desinformação e o estigma sobre a doença persistem. Ainda que a hanseníase seja uma doença curável e tratável, sobretudo quando diagnosticada no início, a fim de evitar sequelas permanentes, pesquisas revelam que as informações sobre a doença são extremamente limitadas. Mesmo quando os indivíduos possuem alguma ideia sobre o que seja a hanseníase, é comum a presença de informações equivocadas, enraizadas na história da lepra, o que reforça a relevância de ações educativas. Objetivo: investigar os níveis de conhecimento, percepção e estigmas relacionados à hanseníase entre diferentes populações brasileiras, buscando compreender como a informação circula, quais lacunas persistem e de que forma a população se apropria, ou não, dos saberes sobre a doença. A pesquisa também visa subsidiar a criação de estratégias educativas e comunicacionais mais eficazes, culturalmente sensíveis e embasadas em evidências. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualiquantitativo, com inquérito em saúde desenvolvido por meio da plataforma digital REDCap, envolvendo questionários estruturados e entrevistas presenciais. A pesquisa está em fase inicial de execução, inclusive no Rio Grande do Sul. As coletas vêm sendo realizadas em capitais e municípios estrategicamente selecionados nas cinco regiões do Brasil. A análise contempla tanto aspectos objetivos, como nível de escolaridade e faixa etária, quanto percepções subjetivas de medo, estigma, discriminação e rumores. Também está prevista uma etapa de realização de oficinas para a coprodução de conteúdo junto à comunidade, a fim de aproximar as estratégias comunicacionais da realidade da população. **Resultados e discussão:** de forma preliminar, os dados indicam que o conhecimento sobre a hanseníase é restrito. Mesmo entre os que já ouviram falar sobre a doença, as percepções são frequentemente equivocadas e estigmatizadas, revelando a permanência de estereótipos antigos. Observou-se que os participantes, em sua maioria com ensino fundamental incompleto e residentes na zona rural, tendem a acertar respostas por inferência das alternativas, o que sugere que o formato do instrumento pode influenciar os resultados sem refletir conhecimento real. As características da população entrevistada, associadas ao contexto de baixa endemicidade da doença no Rio Grande do Sul, reforçam a hipótese de que a hanseníase é uma doença socialmente invisibilizada na região. Esse cenário de invisibilidade contribui para o desconhecimento generalizado. **Considerações finais:** embora a hanseníase não seja prevalente no Rio Grande do Sul, sua invisibilidade epidemiológica contribui para o desconhecimento generalizado da população sobre a doença, o que pode prejudicar seu reconhecimento e contribuir para o tratamento tardio, quando as sequelas já se tornam permanentes. A pesquisa aponta a necessidade de ações contínuas de educação em saúde

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e comunicação popular, principalmente em territórios rurais e entre populações com baixa escolaridade. O fortalecimento dessas ações pode favorecer a detecção precoce, a redução do estigma e a valorização da saúde como direito coletivo, alinhado aos princípios do SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPLEMENTAÇÃO DO HORÁRIO ESTENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PELOTAS: ENFRENTAMENTO ÀS ENCHENTES QUE ATINGIRAM O RS

Elem Cristina Lira Rodrigues

Introdução: as enchentes de 2024 afetaram fortemente o distrito das Praias, no município de Pelotas (RS), com impactos socioeconômicos, sanitários e territoriais que ampliaram a vulnerabilidade da população e demandaram estratégias de reorganização da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, a implementação do turno estendido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro Laranjal, referência para o distrito, constituiu uma estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente no período pós-desastre. **Objetivo:** relatar a experiência do município de Pelotas (RS) na implementação do turno estendido em uma UBS localizada no distrito das Praias, fortemente afetado pelas enchentes de 2024. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência realizado por apoiadores técnicos da Diretoria de Atenção Primária à Saúde do município de Pelotas (RS). O turno estendido foi implementado em uma UBS do distrito das Praias com o intuito de ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente para usuários impossibilitados de atendimento no horário regular, contribuindo para a recuperação e o cuidado contínuo da comunidade no período pós-desastre. **Resultados e discussão:** em maio de 2024, o transbordamento da Lagoa dos Patos ocasionou a inundação de residências, comércios, escolas e estabelecimentos de saúde. O bairro Laranjal, devido à proximidade com a lagoa, esteve entre as áreas mais atingidas. Na Colônia Z3, comunidade pesqueira da zona rural, cerca de 4 mil pessoas foram impactadas, sofrendo perdas materiais significativas, incluindo moradias, equipamentos de pesca e refrigeração. Considerando os impactos socioeconômicos e sanitários e a vulnerabilidade persistente da população, a Secretaria Municipal de Saúde implantou, em junho de 2025, o turno estendido em uma UBS central no bairro Laranjal, referência para o distrito das Praias. O serviço passou a funcionar de segunda a sexta-feira, das 16h às 22h, com atendimento a demandas espontâneas agudas, consultas médicas e de enfermagem e atualização da caderneta vacinal. Entre junho e julho de 2025, foram realizados 1.315 atendimentos, sendo 1.010 relacionados a demandas agudas e 307 à vacinação. Observou-se ampliação do acesso por usuários com dificuldade de comparecer no horário convencional, maior resolutividade de problemas frequentes na região, como síndromes gripais, doenças respiratórias, transtornos mentais, doenças crônicas não transmissíveis e atrasos vacinais, bem como suporte em situações de emergência, especialmente considerando a distância até os serviços de urgência do município. Entre as dificuldades, destacou-se a escassez de profissionais disponíveis para atuar no turno estendido, devido à distância da unidade. A adoção do turno estendido mostrou-se estratégica no contexto pós-desastre, atendendo a demandas reprimidas e contribuindo para a redução de barreiras geográficas e temporais ao acesso. Experiências semelhantes em outros territórios evidenciam que a flexibilização de horários favorece o cuidado oportuno, especialmente em comunidades vulneráveis. Entretanto, a manutenção dessa estratégia requer planejamento de recursos humanos, incentivos para atrair e fixar profissionais e avaliação contínua dos indicadores de uso e impacto na saúde da população. No território das Praias, o turno estendido funcionou não apenas como ampliação do acesso, mas também como medida de fortalecimento da resiliência comunitária diante dos efeitos prolongados do desastre. **Considerações finais:** com a implementação do turno estendido no distrito, evidenciou-se a necessidade de ampliação da equipe, visando fortalecer o serviço ofertado e expandir a oferta, incluindo a abertura de agendas para ações de prevenção e promoção da saúde. Essas medidas buscam criar estratégias que favoreçam o acompanhamento territorial e longitudinal da população, como a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ativação da farmácia distrital na unidade, com horário de funcionamento abrangendo o turno estendido da UBS. Considera-se que se trata de uma localidade frequentemente afetada por inundações e outros desastres ambientais, com características socioeconômicas marcadas pela pesca artesanal e pela agricultura familiar, atividades fortemente dependentes das condições climáticas para seu êxito. Ressalta-se, assim, a importância de ampliar as ações em saúde, especialmente no âmbito da assistência psicossocial, garantindo cuidado e atenção integral a essa população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; desastres naturais; acesso aos serviços de saúde; estratégias de ampliação de horário; relato de experiência.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O PAPEL DE UM GRUPO DE IDOSOS EM UM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA CLIMÁTICA E SEU AUXÍLIO NA SOLIDÃO

Ana Figueiredo de Jesus
Patrícia Lichtenfels

Introdução: pela legislação brasileira, é considerada pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais. O Censo 2022 mostrou que cerca de 15,8% da população brasileira é composta por pessoas idosas e, de acordo com projeções, em 2030 esse grupo será maior que o de crianças e adolescentes e, em 2050, corresponderá a 30% da população. Com o aumento da expectativa de vida, há maior proporção de anos vividos com mudanças esperadas do envelhecimento, doenças crônicas e suas complicações (Camarano, 2022). Também é nesse período que ocorrem múltiplas perdas, sociais, financeiras e afetivas, que levam ao aumento da solidão e do isolamento social (McGoldrick, 2016). Epidemias, como a covid-19, e eventos climáticos extremos, como as enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em 2024 (BBC News Brasil, 2024), são amplificadores de sintomas associados ao envelhecer, como ansiedade, perda de massa muscular, depressão e perdas cognitivas, independentemente de os indivíduos terem sido afetados diretamente por esses acontecimentos. Com grande parte da atenção em saúde voltada ao atendimento da população atingida por esses eventos e de suas demandas agudas associadas, há perda de seguimento das doenças crônicas, o que pode culminar futuramente em aumento da demanda por cuidados nos serviços de saúde (Camarano, 2022). Grupos de convivência já fazem parte das Unidades de Saúde e das ferramentas de prática do médico de família e comunidade. A organização humana em grupos e sua sustentação por meio de inter-relações grupais são reconhecidas historicamente. Com as trocas entre o grupo, é possível trabalhar, simbolizar e refletir sobre diversas questões. Compartilhar experiências individuais também permite caminhos para reflexão e discussão. Muitas vezes, grupos são terapêuticos e possuem potencial para intensificar relações e facilitar meios de enfrentamento da solidão (Zimerman, 2004). Porto Alegre (RS) apresenta 21,9% de sua população composta por pessoas idosas (Censo 2022), e a comunidade da Unidade de Saúde Barão de Bagé, local da experiência, apresenta 25,1% de sua população acima dos 60 anos, proporção 60% maior que a média nacional. Com base no contexto apresentado, nas mudanças associadas ao perfil epidemiológico brasileiro, nas sucessivas emergências climáticas e na Pandemia de covid-19, bem como na relação desses fatores com o aumento da demanda por cuidados nos serviços de saúde, o uso de grupos focados nesse público pode proporcionar espaço de acolhimento, escuta e redução da solidão. Objetivo: realizar um grupo operativo de idosos em uma Unidade de Saúde, trabalhando o sentimento de pertencimento ao grupo e estimulando trocas e relações com vistas à redução da solidão e do isolamento social em contexto posterior à emergência climática. Metodologia: trata-se de um relato de experiência desenvolvido na Unidade de Saúde Barão de Bagé, localizada no bairro Vila Jardim, em Porto Alegre (RS). O território caracteriza-se como bairro de classe média baixa, situado na região Leste da cidade, com ambiente calmo, pouca arborização, calçadas irregulares, pontos de acúmulo de lixo e ausência de sinalização específica no chão, como faixas de pedestre. O bairro localiza-se próximo a importantes vias de acesso de saída para rodovias, como a Protásio Alves e a Saturnino de Brito, sendo espaço de interesse para controle do narcotráfico. O território não foi diretamente atingido pelas enchentes, mas a falta de água e luz esteve presente por vários dias, e muitos moradores receberam, em suas residências, familiares e amigos atingidos. A convivência diária com as notícias, a dificuldade de mobilidade pela cidade e outros fatores trouxeram um período de intensificação da angústia e da ansiedade. O grupo de idosos ocorre semanalmente, com duração de duas horas por encontro, teve longo período de pausa

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

durante a Pandemia de covid-19 e foi retomado em abril de 2024. Em cada encontro, havia metodologia com tema principal, pergunta disparadora para discussão, objetivo, atividade a ser realizada com vistas a estimular capacidades motora e cognitiva, motricidade fina, entre outras, e uma tarefa para a semana seguinte. Os temas dos encontros baseavam-se no conteúdo desenvolvido nos encontros iniciais e continuaram ocorrendo mesmo durante o período das enchentes, em maio de 2024. Como parte do trabalho de conclusão de residência, foi aplicado um questionário com esse grupo de idosos após período de três meses, em setembro de 2024, abordando o significado de participar do grupo e sua capacidade de reduzir o sentimento de solidão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o número 79981324.0.0000.5530. Resultados e discussão: a realização de grupos ocorre desde a abertura da unidade, há mais de 30 anos. Com a Pandemia de covid-19, houve suspensão desses espaços e, para grande parte dos idosos, a reclusão domiciliar tornou-se realidade. Durante o período das enchentes, houve novamente tendência de maior restrição das pessoas ao domicílio, dada a dificuldade de mobilidade pela cidade. Há associação entre eventos climáticos e impactos psicológicos, como ansiedade e depressão, e, em situações extremas, como a vivenciada em Porto Alegre durante as enchentes, traumas ou estresses podem tornar-se duradouros ou exacerbar doenças psiquiátricas preexistentes (Thompson, 2023). Desde o reinício do grupo, em abril de 2024, até o momento deste relato, 31 idosos distintos frequentaram o espaço, dos quais 11 participaram da entrevista após o período de intervenção e tiveram alguns relatos expostos ao longo dos resultados. Sabe-se que o ser humano é um ser social e necessita de uma relação significativa de confiança, não apenas da presença do outro (Cacioppo, 2009). Dessa forma, apenas a presença física não é suficiente para evitar a solidão, sendo necessário estabelecer conexão com o outro para não se sentir solitário, como indicado por uma das participantes: "É necessário estar com alguém que realmente queira estar contigo" (Dona E). Entre as sugestões trazidas pelas participantes para redução da solidão, a mais citada foi "conviver com pessoas", uma das dimensões associadas à solidão, a coletiva (Hawkley, Browne e Cacioppo, 2005). Essa dimensão evidencia a necessidade de estimular novas relações não apenas de forma individual, mas também em grupos, como demonstrado nas falas: "Eu acho que é procurar pessoas da mesma idade" (Dona V) e "Eu ia ter pessoas da minha idade que iriam me compreender e fazer grupos de apoio, como eu faço aqui, dançar, conversar" (Dona E). O significado de participar do grupo pode ser sintetizado pela fala de Dona ME: "Foi muito bom, porque a gente não fica em casa pensando em bobagem. Vem para cá, participa, ri, brinca, canta e foi ótimo para mim. Não tem solidão vindo para cá". Ao longo dos encontros, desenvolveu-se preocupação entre as participantes para além do período de reunião: questionavam-se sobre ausências, entravam em contato quando alguém estava doente, combinavam entre si para ir e voltar juntas da unidade e organizavam saídas coletivas, estimulando o contato social do grupo. Com base no entendimento do outro, há o desenvolvimento de empatia e compaixão, compreendidas como a capacidade natural de entender o sentimento alheio e partilhar sua experiência por meio de dois componentes: uma resposta emocional e uma compreensão cognitiva da situação (Ricard, 2019). Como afirmado por Dona I: "Está tendo uma união entre nós. Umas confiam muito nas outras. Está formando uma amizade muito boa e isso aí tira a gente da solidão". A partir da realização do grupo e de algumas falas apresentadas pelas participantes, evidencia-se a importância do estímulo e do fortalecimento das relações sociais com vistas à redução da solidão, bem como o potencial da estratégia de grupos para intensificar essas relações. Emergências climáticas, como as enchentes ocorridas em maio de 2024, logo após o retorno do grupo, podem potencializar o sentimento de solidão (Folha de S.Paulo, 2025) e intensificar sintomas psiquiátricos prévios, bem como favorecer o surgimento de outros, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (Sharpe, 2021). O uso desse espaço, por meio de escuta qualificada que valoriza a diversidade de opiniões e vivências, favorece a construção de vínculos de amizade, amplia a rede social da pessoa idosa e permite um espaço protegido de grupo, capaz de fortalecer o sentimento de pertencimento local e reduzir alguns desses sintomas. Considerações finais: a experiência com o grupo operativo de idosos na Unidade de Saúde Barão de Bagé evidencia a relevância de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

estratégias coletivas de cuidado no enfrentamento da solidão e do isolamento social entre pessoas idosas, especialmente em contextos posteriores a emergências climáticas e à Pandemia de covid-19. O grupo mostrou-se um espaço de acolhimento, escuta, pertencimento e fortalecimento de vínculos, contribuindo para ampliar a rede social das participantes e para estimular relações de confiança, empatia e apoio mútuo. A continuidade e o fortalecimento de grupos de convivência na Atenção Primária à Saúde podem contribuir para o cuidado integral da pessoa idosa, para a redução de sintomas associados ao isolamento e para a qualificação das práticas do médico de família e comunidade diante das demandas psicossociais do envelhecimento.

Referências

BBC NEWS BRASIL. Inundações no Rio Grande do Sul. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/topics/cv2691j33vyt. Acesso em: 15 ago. 2025.

CAMARANO, A. A. **Os idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

CACIOPPO, J. T. **Loneliness: human nature and the need for social connection**. New York: W. W. Norton & Company, 2009.

FOLHA DE S.PAULO. Idosos encaram futuro pós-enchentes no RS com resiliência e solidão. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 30 jan. 2025. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2025/01/idosos-encaram-futuro-pos-enchentes-no-rs-com-resiliencia-e-solidao.shtml. Acesso em: 15 ago. 2025.

HAWKLEY, L. C.; BROWNE, M. W.; CACIOPPO, J. T. How can I connect with thee? Let me count the ways. **Psychological Science**, [S. l.], 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do Censo 2022**. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 15 ago. 2025.

MCGOLDRICK, M.; CARTER, B.; GARCIA PRETO, N. **The expanding family life cycle: individual, family, and social perspectives**. Boston: Pearson, 2016.

RICARD, M. **A revolução do altruísmo**. 3. ed. São Paulo: Palas Athena, 2019.

SHARPE, I.; DAVISON, C. M. Climate change, climate-related disasters and mental disorder in low- and middle-income countries: a scoping review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 11, n. 10, e051908, 2021. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e051908. Acesso em: 15 ago. 2025.

THOMPSON, R. et al. Ambient temperature and mental health: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Planetary Health**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. e580-e589, jul. 2023. DOI: 10.1016/S2542-5196(23)00104-3. Acesso em: 15 ago. 2025.

ZIMERMAN, D. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O QUE O CLIMATE CHANGE SUMMIT 2025 NOS ENSINOU SOBRE SAÚDE, CUIDADO E CRISE CLIMÁTICA

Leonardo Barros do Amarante

Introdução: a emergência climática não é uma abstração futura, mas uma presença concreta nos territórios inundados, nos corpos vulnerabilizados e nas políticas públicas tensionadas por sua própria insuficiência. As enchentes que devastaram o estado do Rio Grande do Sul em 2024 escancararam essa realidade, revelando a fragilidade das estruturas institucionais e a urgência de reconfigurar a formação em saúde a partir de uma perspectiva crítica, ética e ambientalmente comprometida. Diante desse cenário, este relato compartilha uma experiência formativa vivida durante o *Climate Change Summit 2025*, realizado nos dias 2 e 3 de maio de 2025, no Salão de Atos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre (RS). A proposta do evento ultrapassou o formato tradicional de congresso acadêmico, constituindo-se como espaço de escuta ativa, produção coletiva de saberes e engajamento político frente à crise climática, reunindo pesquisadores, profissionais da saúde, gestores públicos, lideranças comunitárias e movimentos sociais em torno de uma pauta comum: a defesa da vida diante do colapso ambiental. **Objetivo:** refletir criticamente sobre a participação discente nesse encontro, evidenciando seus efeitos formativos na compreensão ampliada do cuidado em tempos de crise. Especificamente, busca-se analisar como a escuta das comunidades atingidas reposiciona o cuidado como prática ética e territorial; identificar os aportes teóricos e metodológicos emergentes nos debates do evento; e evidenciar a potência das práticas comunicativas e pedagógicas vivenciadas como dispositivos de transformação individual e coletiva. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva e analítica, sustentado por registros realizados em caderno de campo, observações *in loco* e reflexões sistematizadas a partir das interações estabelecidas durante o evento. A metodologia adotada valoriza os sentidos produzidos a partir da vivência, reconhecendo o caráter subjetivo, político e pedagógico dessa experiência. O contato com rodas de conversa, mesas interdisciplinares e oficinas temáticas permitiu captar, para além dos discursos, gestos, afetos e interdependências que atravessam os debates sobre saúde e crise climática. A análise foi guiada pelos referenciais da justiça ambiental, da pedagogia freiriana e da abordagem da saúde planetária, compreendendo a formação em saúde como processo integral e implicado com os territórios em que se insere. **Resultados e discussão:** durante o evento, destacou-se a centralidade das vozes invisibilizadas nos debates técnicos convencionais. Os relatos de moradores das regiões alagadas, muitos ainda em situação de desabrigo, conferiram densidade humana e política ao *Summit*, deslocando o foco do desastre natural para a catástrofe socioambiental e denunciando as desigualdades que moldam os impactos das mudanças climáticas. Essa escuta convocou discentes e futuros profissionais da saúde a uma postura ética radical, reconhecendo que cuidar não é apenas intervir sobre corpos adoecidos, mas defender territórios, denunciar injustiças e reconstruir vínculos sociais rompidos. Nos painéis científicos, a discussão sobre justiça climática e saúde coletiva evidenciou a urgência de integrar os determinantes ambientais aos currículos da saúde, não como conteúdos adicionais, mas como eixo transversal estruturante. A abordagem *One Health* foi apresentada como paradigma promissor, articulando as dimensões humana, animal e ambiental do cuidado e ampliando a compreensão da saúde para além dos limites clínicos e institucionais. Outro ponto de destaque foi o papel da comunicação como prática de cuidado e resistência. Em contraponto ao ecossistema de desinformação que permeou a cobertura midiática das enchentes no Rio Grande do Sul, muitas vezes marcada por narrativas sensacionalistas e conteúdos fabricados, o *Summit* valorizou experiências de jornalismo comprometido com os direitos humanos e com a escuta dos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

afetados. A comunicação foi tratada não como ferramenta de apoio, mas como campo de disputa por sentidos sobre o presente e o futuro do planeta. Oficinas sobre estratégias de educação ambiental crítica e relatos de experiências comunitárias de mobilização mostraram como a informação, quando ética e situada, pode gerar pertencimento, consciência e ação. As atividades culturais e os momentos de partilha afetiva vivenciados entre uma mesa e outra reforçaram o caráter integral do evento. A formação profissional, nesse contexto, não se dava apenas pelo acúmulo de conteúdos, mas pela escuta sensível, pela convivência entre saberes distintos e pela produção de sentidos coletivos. Os testemunhos de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que atuaram nas áreas atingidas, evidenciaram as potências e os limites das políticas públicas diante de situações de calamidade. Embora a Atenção Primária à Saúde tenha sido reconhecida como eixo essencial da resposta, também foram relatadas falhas estruturais, como a desarticulação entre esferas administrativas e a escassez de recursos humanos capacitados para contextos de desastre. Nesse contexto, as universidades foram interpeladas a repensar seu papel social. Não basta incluir disciplinas sobre meio ambiente: é preciso reconstruir os próprios fundamentos da formação em saúde. A pedagogia freiriana, constantemente evocada, ofereceu caminhos potentes para essa reinvenção, com base na dialogicidade, na problematização e na construção coletiva do conhecimento. A formação não pode mais se limitar à técnica, sendo necessário cultivar uma ética do cuidado que reconheça a interdependência entre corpos, territórios, ecossistemas e culturas. **Considerações finais:** como síntese, a participação no *Climate Change Summit 2025* provocou deslocamentos epistemológicos, afetivos e políticos. A crise climática deixou de ser apenas um dado científico ou um problema de outros, apresentando-se como experiência vivida, urgência formativa e horizonte de transformação. Mais do que um espaço de aprendizado, o evento foi um chamado à responsabilidade coletiva, à coragem pedagógica e à reconstrução de uma nova ética da saúde, orientada pela justiça ambiental, pela sustentabilidade ecológica e pela dignidade dos territórios. A memória das enchentes de 2024 não pode ser naturalizada ou esquecida: deve transformar-se em ponto de partida para uma formação em saúde mais crítica, mais sensível e profundamente comprometida com a defesa da vida em todas as suas formas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CANNABIS MEDICINAL E REDES DE ATENÇÃO: DESAFIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL E EMANCIPATÓRIO EM SAÚDE

Vinícius Viana Gonçalves
Jaqueline Miotto Guarnieri

Introdução: o uso medicinal da *Cannabis sativa* tem se apresentado como tema emergente nos debates sobre políticas públicas de saúde. No entanto, seu reconhecimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta barreiras legais, epistemológicas e institucionais, sobretudo nos territórios mais vulnerabilizados. Este trabalho propõe refletir sobre a inserção da cannabis medicinal nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando os princípios da educação popular em saúde e a necessidade de um cuidado integral e equitativo. Objetivo: analisar os desafios para a integração da cannabis medicinal nas práticas de cuidado do SUS, com foco na articulação entre os níveis de atenção, na perspectiva da educação popular, da equidade e da emancipação dos sujeitos. Metodologia: trata-se de uma pesquisa qualitativa, com base em revisão documental e bibliográfica, fundamentada em fontes oficiais, literatura científica e política institucional, especialmente a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). O estudo também se apoia em contribuições da saúde coletiva, do pensamento crítico em educação, do campo dos direitos humanos, dos pressupostos teóricos da educação popular freireana e dos estudos críticos do proibicionismo, incluindo marcos legais sobre a política de drogas e normativas sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resultados e discussão: a integração dos diferentes níveis de atenção à saúde, com vistas à promoção de cuidados contínuos, humanos e integrados, é um dos principais desafios das RAS no Brasil. Quando se trata de temas como o uso medicinal da cannabis, essas dificuldades se acentuam diante de entraves legais, estigmas sociais e ausência de protocolos clínicos efetivos no âmbito do SUS. À luz dos princípios da educação popular em saúde e da PNEPS-SUS, observa-se que as redes de cuidado vêm incorporando de modo ainda limitado a cannabis medicinal como recurso terapêutico legítimo, especialmente em territórios vulnerabilizados e marcados por desigualdades. Parte-se da compreensão de que a saúde é um direito social e um bem comum, cuja produção ocorre na interseção entre saberes técnico-científicos, populares e tradicionais, em permanente diálogo. Nesse sentido, o uso medicinal da cannabis representa não apenas uma demanda clínica, mas também uma questão de justiça social, reconhecimento de saberes historicamente marginalizados e enfrentamento às iniquidades do modelo biomédico hegemônico. A construção de itinerários terapêuticos que incluam a cannabis medicinal esbarra em uma estrutura normativa ambígua, marcada pelo proibicionismo da política de drogas vigente desde a Lei n. 11.343/2006 e pela crescente judicialização do acesso aos fitofármacos e óleos derivados da planta. Em paralelo, observa-se o crescimento de iniciativas populares de acesso à cannabis, especialmente por meio de associações de pacientes, mães, movimentos sociais e redes de cuidado informal que se articulam com práticas de cuidado integrativo e comunitário. Essas experiências estão fortemente ancoradas nos princípios da educação popular em saúde: diálogo horizontal entre saberes, protagonismo dos sujeitos, problematização da realidade e luta contra opressões estruturais, como o racismo institucional, o capacitismo e a lógica carcerária que orienta parte das ações estatais no campo da saúde e da segurança pública. O histórico de criminalização da maconha no Brasil está intimamente ligado ao processo de estigmatização racial e social de determinadas populações. Conforme apontado em estudos recentes, a maior parte das prisões relacionadas ao artigo 33 da Lei de Drogas recai sobre jovens negros, moradores de periferias e favelas, enquanto usuários brancos e de classes médias, detidos com quantidades similares, geralmente são enquadrados como usuários, nos termos do artigo 28. Essa seletividade penal, além de reforçar o racismo estrutural, produz efeitos nocivos sobre a saúde física

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e mental dessas populações, desarticulando redes familiares e comunitárias e perpetuando ciclos de exclusão. Quando restrito à via judicial ou ao mercado privado, o uso medicinal da cannabis reforça ainda mais essa desigualdade de acesso ao cuidado. Nesse cenário, a proposta da PNEPS-SUS apresenta-se como alternativa potente para a construção de uma abordagem mais justa, equânime e emancipatória. A educação popular, como prática pedagógica crítica e dialógica, promove a escuta ativa, o reconhecimento dos territórios como espaços de produção de saber e cuidado, e a articulação entre políticas públicas e movimentos sociais. No campo da cannabis medicinal, a escuta das mães de crianças com epilepsias refratárias, das lideranças comunitárias, dos usuários que relatam melhoria em quadros crônicos e das experiências de autocuidado revela o quanto o SUS pode se beneficiar ao incorporar esses saberes no planejamento e na execução de suas ações. A partir da análise de experiências locais e de dados levantados na literatura, constata-se que ainda há grande desarticulação entre os níveis de atenção à saúde quando o tema é cannabis medicinal. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do sistema, muitas vezes não possui protocolos claros nem formação adequada dos profissionais de saúde para lidar com o tema, o que leva à fragmentação do cuidado e ao deslocamento do problema para os níveis secundário e terciário, nos quais a judicialização se torna regra, não exceção. Para a consolidação de um cuidado integral e contínuo, é fundamental que a cannabis medicinal seja incorporada às práticas clínicas e educativas dos profissionais das RAS, com base em evidências científicas atualizadas, mas também na escuta ativa das necessidades dos usuários. A construção de fluxos intersetoriais que incluam associações de pacientes, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos populares, gestores e profissionais de diferentes áreas do SUS é indispensável para a superação do atual modelo excludente e fragmentado. Ao articular esses referenciais, busca-se contribuir para o fortalecimento de políticas públicas que tenham como eixo a integralidade do cuidado, a equidade no acesso aos serviços e a valorização da diversidade de saberes e práticas. Por fim, compreende-se que a efetivação do cuidado integral e a integração das redes de atenção à saúde no Brasil exigem mais do que mudanças administrativas ou normativas: exigem coragem política, ruptura epistemológica e sensibilidade ética. A cannabis medicinal, como expressão de uma nova forma de compreender e praticar o cuidado, convida a repensar os limites entre o legal e o legítimo, entre o saber técnico e o saber vivido, entre o remédio e o direito. Integrar essa pauta à agenda do SUS é, portanto, um ato de justiça social, de promoção da saúde e de afirmação da democracia. Considerações finais: para que o cuidado com cannabis medicinal seja efetivamente integrado às redes de atenção, é necessário romper com paradigmas biomédicos excludentes, incorporar práticas emancipadoras e valorizar os territórios como espaços de vida e produção de saúde. A articulação entre educação popular, equidade e cuidado contínuo é fundamental para superar o proibicionismo e afirmar o direito à saúde. A cannabis medicinal, nesse sentido, é mais do que um recurso terapêutico: é uma ferramenta de resistência, cidadania e reconfiguração democrática das políticas públicas de saúde.

Referências

ÂMBITO JURÍDICO. Descriminalização e legalização da maconha. 1 maio 2016. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/descriminalizacao-e-legalizacao-da-maconha/. Acesso em: 4 ago. 2025.

PULGA, V. L. et al. (org.). **Educação popular, equidade e saúde**: dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. 307 p. (Série Educação Popular & Saúde).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DESAFIOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DURANTE AS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL

Jessica Gomes Ferreira

Introdução: no ano de 2024, as enchentes assolaram o estado do Rio Grande do Sul, tornando-se a maior catástrofe natural da Região Sul. As inundações resultaram de fenômenos climáticos extremos associados ao El Niño, a anomalias atmosféricas e à alta umidade vinda da Amazônia (Marengo *et al*., 2024). Tal evento provocou profundos impactos na saúde pública, atingindo populações em risco social, como idosos, crianças e, especialmente, gestantes. Segundo Freitas e Ximenes (2012), desastres hidrológicos ampliam desigualdades sociais, favorecem a ruptura no sistema de saúde e comprometem a vigilância em saúde, podendo resultar em morbimortalidade de grupos prioritários. Foi uma fase desafiadora tanto para os profissionais de saúde quanto para as pessoas grávidas que necessitavam de acompanhamento continuado. O período foi marcado por falta de insumos, alta demanda de atendimento, vulnerabilidade intensa e aumento da sobrecarga de técnicos e enfermeiros. Este trabalho relata os desafios da atuação de enfermagem no centro obstétrico de um hospital de Porto Alegre (RS) durante a crise ambiental e propõe discutir formas de melhorar as ações de contenção em casos extremos. **Objetivo:** analisar o contexto da assistência no centro obstétrico durante as enchentes do Rio Grande do Sul, considerando os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para a continuidade do atendimento às gestantes que procuraram a emergência, bem como fomentar o debate e a reflexão sobre as respostas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante dos desastres climáticos. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, desenvolvido por uma profissional de enfermagem do centro obstétrico de um hospital da região central de Porto Alegre (RS), durante o período das enchentes, de abril a junho de 2024. Os dados foram obtidos por meio de observação participante da rotina assistencial e analisados de forma descritiva e reflexiva, considerando aspectos estruturais, organizacionais e humanitários do cuidado no período crítico de desastre ambiental. **Resultados e discussão:** durante o período de devastação do estado, observou-se aumento em grande escala de pacientes em situação de vulnerabilidade social, especialmente na capital e na região metropolitana. A equipe deparou-se com um público oriundo de regiões alagadas, pessoas desalojadas, sem acesso à Atenção Primária à Saúde, muitas delas vivendo em abrigos temporários. A falta de infraestrutura sanitária favoreceu o atraso no atendimento de pré-natal, vacinação e monitoramento de doenças crônicas (Brasil, 2024). A equipe de enfermagem precisou reorganizar-se para lidar com diversos desafios, como a falta de insumos hospitalares em consequência direta da impossibilidade de acesso às entradas da cidade; o sofrimento emocional de pacientes diante de perdas materiais e sociais, traumas, ansiedade e medo pela saúde do bebê (Brasil, 2024); o esgotamento de enfermeiros e técnicos pelo aumento da carga horária decorrente da escassez de funcionários, tendo em vista que alguns profissionais não conseguiam se deslocar ao trabalho e outros foram desalojados de suas residências; a reorganização dos processos de enfermagem diante da falta de documentos e cadernetas de pré-natal; e a inviabilidade de realizar contrarreferência para as unidades de saúde. Mesmo em contexto de alta demanda e situação extrema, a equipe conduziu o cuidado de forma humanizada e estratégica, utilizando métodos como acolhimento qualificado, escuta ativa e encaminhamento para psicologia no próprio setor. Também foi fundamental considerar gestantes como grupo prioritário, recomendando-se acompanhamento do pré-natal, monitoramento de sinais de risco e reposição da caderneta da gestante, mesmo sem documentos (Mata *et al*., 2024). Pacientes que haviam perdido a moradia eram direcionadas ao serviço social, a fim de viabilizar contato com abrigos. A continuidade da atenção às gestantes após a estadia nos abrigos foi assegurada por meio de instrumentos de transição da assistência, fundamentados no modelo

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SBAR, situação, breve histórico, avaliação e recomendação, visando manter o vínculo com a rede de Atenção Primária à Saúde (Acosta *et al*., 2025). Em relação aos funcionários, foram criados alojamentos dentro do próprio hospital e ofertada alimentação para aqueles que não tinham como retornar para casa. A experiência evidenciou a importância de um trabalho alinhado com a equipe multidisciplinar, com foco na humanização e na reformulação rápida das práticas para atuação em situações-limite. **Considerações finais:** o cenário vivenciado confirma a relevância da preparação da equipe de enfermagem e da continuidade do acompanhamento à gestante em contextos de crise climática. Garantir a assistência obstétrica nessa conjuntura requer articulação institucional, valorização dos trabalhadores e apoio integral às pessoas que procuram a emergência. Ainda que tenham sido criadas estratégias emergenciais, reforça-se a necessidade de traçar planos de contingência mais concretos. A desarticulação da rede pública, somada à falta de planejamento prévio (Brasil, 2024), dificultou uma atuação mais rápida e eficiente. Conforme Mata (2024), o apoio psicológico a grávidas e puérperas durante a calamidade foi improvisado ou inexistente, o que reforça a urgência de institucionalizar o atendimento psicossocial como parte permanente do serviço obstétrico. Propõe-se que hospitais obstétricos integrem seus planos institucionais a protocolos de ação em emergências climáticas, a fim de garantir o pré-natal, os partos de urgência e o registro de acompanhamento mesmo sem documentos. A criação de instrumentos como o SBAR pode ajudar a vincular os cuidados entre abrigo, unidade de saúde e hospital, com registro de medicações em uso, sintomas de alerta e comorbidades prévias. A valorização profissional deve ir além do reconhecimento simbólico, pois ficou evidente o desgaste físico e emocional da equipe. Assegurar a saúde mental de quem cuida é imprescindível. A implementação de gratificações, bônus ou certificações por atuação em calamidades, à semelhança do que ocorre em missões especiais, constitui medida oficial de reconhecimento. As enchentes ensinaram resiliência e solidariedade, mas também evidenciaram as fragilidades que ainda precisam ser enfrentadas e superadas.

Referências

ACOSTA, A. M. et al. Transição do cuidado de abrigados/as na rede de atenção à saúde: uso de instrumento para continuidade do cuidado. In: MACHADO, C. A. et al. (org.). **A atuação do SUS em situações de desastre: experiências de reconstrução do cuidado em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2025. p. 204-217.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inundações no Rio Grande do Sul e a saúde: respostas emergenciais, vulnerabilidades e perspectivas para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

FREITAS, C. M. de; XIMENES, E. F. Enchentes e saúde pública: uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1601-1616, 2012.

MARENGO, J. A. et al. O maior desastre climático do Brasil: chuvas e inundações no estado do Rio Grande do Sul em abril-maio 2024. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 38, n. 112, p. 203-214, 2024.

MATA, J. A. L. (org.). **Proteção e promoção da saúde materno-infantil em situação de calamidade: toolkit.** Porto Alegre: Ed. dos Autores, 2024.

NUNES, P. de C. et al. A tragédia climática no Rio Grande do Sul e a Força Nacional do SUS: política pública com foco na resiliência diante de novas crises sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320242911.09852024. Acesso em: 8 ago. 2025.

SILVA, J. de F. S. Saúde planetária: desafios e ação crítica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 78, n. 2, e780202, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2025780202pt. Acesso em: 8 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EMERGÊNCIA, RESILIÊNCIA, INOVAÇÃO E CUIDADO: ZAP DA SAÚDE SÃO LÉO

Tiago Sperb Machado
Gustavo da Silva Beuren

Introdução: São Leopoldo (RS) é um município com 217.409 habitantes que enfrentou graves complicações devido às enchentes que atingiram o Sul do Brasil, em maio de 2024, impactando cerca de 180 mil moradores. Das 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 foram danificadas, e muitos outros estabelecimentos de saúde do município foram afetados. Nesse contexto, foi implementado o Zap da Saúde São Léo em 6 de maio de 2024. Lançado como resposta emergencial, o serviço evoluiu para um modelo permanente e estruturado, abrangendo atualmente 22 serviços digitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecendo atendimento humanizado. O serviço é operado por 58 operadores, em sua maioria servidores públicos. Até julho de 2025, foram realizados 139.393 atendimentos via telessaúde, entre acolhimentos de enfermagem, teleconsultas médicas, emissão do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), agendamentos e orientações em saúde. Em 2025, novos serviços foram incorporados, ampliando os atendimentos e fortalecendo o acesso equitativo e inclusivo. Destacam-se iniciativas como o envio automatizado de lembretes para exames de ecografia em gestantes, a estruturação da Ouvidoria SUS, a integração do Hospital Centenário ao canal e a adoção de estratégias de busca ativa digital para medidas de prevenção, como exames de rastreio, vacinação e acompanhamento de populações historicamente vulneráveis. **Objetivo:** implementar um canal digital que amplie o acesso e a comunicação em saúde, otimize os serviços do SUS e fortaleça a capacidade de resposta diante de emergências sanitárias e desastres. Entre os objetivos específicos, destacam-se a promoção da equidade e da inclusão digital, com foco em populações vulneráveis e historicamente negligenciadas; o combate à desinformação por meio da intensificação da busca ativa e do fortalecimento de práticas de prevenção e promoção da saúde; a qualificação da gestão, do monitoramento e da transparência dos serviços, com foco na acessibilidade e na redução de deslocamentos desnecessários; a integração dos serviços de assistência e cuidado, por meio de parcerias entre ensino e saúde; e a estruturação de um canal de resposta rápida para situações emergenciais em saúde pública. **Metodologia:** o projeto foi desenvolvido pelos servidores da Diretoria de Saúde Digital, em parceria com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva e profissionais da rede municipal, por meio de colaboração estratégica estabelecida entre a Prefeitura de São Leopoldo e a UNISINOS. Essa parceria viabilizou a contratação de uma plataforma especializada em atendimentos via WhatsApp, aplicativo de mensagens mais utilizado no Brasil, presente em 98% dos *smartphones* com acesso à internet, segundo dados do Cetic.br (2023). A escolha garantiu maior acessibilidade, inclusão digital e capilaridade nos atendimentos. Inicialmente estruturado em modelo básico, o projeto foi rapidamente adaptado diante da enchente de maio de 2024, permitindo o lançamento do serviço em apenas dois dias após o início da crise. As etapas seguintes garantiram a conformidade com as diretrizes do Programa SUS Digital e com a legislação vigente sobre telessaúde. Também foram contempladas medidas para atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados. O *software* utilizado para a realização das teleconsultas, aliado ao sistema municipal de gestão e prontuário eletrônico, foi fundamental para garantir uma base de dados sólida, estruturada e segura. Essa infraestrutura tecnológica possibilitou a implementação de fluxos específicos para cada serviço ofertado, com capacitação contínua das equipes e padronização dos processos assistenciais. Foram estabelecidos indicadores para monitoramento das estatísticas de atendimentos e do nível de satisfação dos usuários, permitindo a avaliação contínua da qualidade e do impacto do serviço. **Resultados e discussão:** desde seu lançamento, em maio de 2024, até julho de 2025, o Zap da Saúde São Léo realizou 139.393 atendimentos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Destacam-se 12.981 acolhimentos via teleenfermagem, dos quais 2.228 evoluíram para teleconsultas médicas. Também foram emitidas 7.703 vias do Cartão SUS, principalmente para moradores que perderam documentos. Em ações de busca ativa digital, 15.307 mulheres foram contatadas para exames preventivos, muitas após anos sem realizá-los. Campanhas alcançaram 4.593 adolescentes para vacinação contra dengue e 947 pessoas para vacinação contra mpox, priorizando regiões vulneráveis. Na saúde mental, 1.379 pacientes buscaram apoio, muitos afetados pelas enchentes. Durante as enchentes, 524 gestantes foram acompanhadas e tiveram o pré-natal reorganizado. A média mensal de atendimentos em 2024 foi de 8.660. Em 2025, até julho, essa média aumentou para 10.015 atendimentos mensais, representando crescimento de aproximadamente 15,6%. O dado evidencia a consolidação do canal como uma porta de entrada digital para o SUS. Também foram implementados lembretes automáticos para ecografias em gestantes, bem como a qualificação da Ouvidoria SUS e do Hospital Centenário no canal. A ampliação da busca ativa digital possibilitou o envio segmentado de mensagens a públicos prioritários, como gestantes e adolescentes, reforçando ações de prevenção e promoção da saúde em territórios vulneráveis. A estratégia garantiu a continuidade do cuidado, integrando os diferentes níveis de atenção e fortalecendo a rede de saúde durante e após a enchente. As ações priorizaram os territórios mais impactados, promovendo justiça ambiental e reduzindo iniquidades. O canal ampliou a escuta qualificada e o controle social, com registro e retorno sistemático das demandas pela Ouvidoria SUS. Para além dos resultados quantitativos, a experiência evidenciou que canais digitais estruturados são essenciais para a resiliência do SUS e para a manutenção do cuidado em contextos adversos. **Considerações finais:** a experiência com o Zap da Saúde São Léo evidenciou o papel estratégico da saúde digital no SUS, especialmente em contextos emergenciais. O uso das tecnologias digitais permitiu ofertar serviços essenciais de forma ágil, organizada e resolutiva, criando um canal de acesso à assistência e à informação, mesmo em cenários adversos. Com isso, foi possível identificar e atender populações vulneráveis com base em dados de saúde, viabilizando ações imediatas. Para além da resposta emergencial, o projeto consolidou um novo modelo de assistência, ampliando o acesso, reduzindo deslocamentos desnecessários, desburocratizando fluxos e promovendo o acesso à informação qualificada. A parceria com a UNISINOS viabilizou e qualificou a iniciativa, demonstrando o potencial da cooperação entre universidade e gestão pública na inovação do SUS. O volume expressivo de atendimentos, aliado a um índice médio de satisfação de 9,0 em 10 pontos, evidencia a forte adesão da população e reforça a relevância de expandir os serviços digitais no SUS. A experiência fortalece um modelo híbrido que potencializa o atendimento presencial com soluções digitais. Recomenda-se a ampliação do serviço, o desenvolvimento de novas funcionalidades, maior divulgação e avaliação contínua da iniciativa, reforçando seu potencial como política pública permanente de saúde digital no SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INSTRUMENTO DE EQUIDADE NO SUS: NOTA PRELIMINAR

Fernando Vieira Brandalise
Martina Dallagnol Bianchi
Rossano Sartori Dal Molin
Vanusa Prestes Perini

Introdução: a Estratégia Saúde da Família (ESF) representou uma profunda reformulação no modelo de atenção à saúde brasileiro, substituindo o enfoque hospitalocêntrico por uma lógica territorializada, focada na promoção da saúde e na atenção integral. Ao articular equipes multiprofissionais atuando em áreas adscritas, a ESF fortaleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. A equidade em saúde, princípio fundante do SUS estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), reconhece que populações distintas possuem necessidades diferentes, exigindo políticas que considerem tais especificidades. A efetivação desse princípio requer intervenções que transcendam o sistema de saúde, envolvendo os determinantes sociais da saúde e práticas de gestão que valorizem a participação social e a justiça distributiva. Nesse âmbito, nota-se que a ESF é de extrema importância para a efetivação da equidade no SUS, visto que sua atuação territorial e humanizada possibilita identificar quais atendimentos demandam maior prioridade, favorecendo o funcionamento do princípio da equidade. **Objetivo:** analisar o papel da Estratégia Saúde da Família como instrumento de promoção da equidade no Sistema Único de Saúde, destacando seus avanços, desafios e perspectivas. **Metodologia:** foi realizada uma revisão integrativa da literatura abordando o papel da ESF na promoção da equidade no SUS. As buscas foram realizadas na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores "Estratégia Saúde da Família", "Sistema Único de Saúde", "Atenção Primária à Saúde" e "equidade em saúde", combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*. Foram incluídos artigos originais publicados nos últimos dez anos, de 2015 a 2025, nos idiomas português, espanhol e inglês, que abordassem a atuação da ESF relacionada à equidade em saúde e estivessem disponíveis gratuitamente. Foram excluídos artigos duplicados, revisões, dissertações, teses e textos que não se relacionassem diretamente com o tema. **Resultados e discussão:** na busca realizada na BVS, foram encontrados 149 artigos relacionados ao tema; após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a realização de leitura minuciosa, foram selecionados 7 artigos. Por compreender um atendimento mais humanizado, com escuta das queixas dos pacientes, acolhimento e acompanhamento por meio de registros eletrônicos que facilitam o conhecimento do histórico de saúde, a prática da ESF é fundamental para que o princípio da equidade presente no SUS seja atendido. A efetivação da equidade no Sistema Único de Saúde depende da compreensão de que populações distintas vivenciam desigualdades específicas, exigindo respostas diferenciadas do sistema. A ESF surge como instrumento importante para mitigar essas desigualdades ao aproximar os serviços da realidade local e promover ações mais sensíveis às particularidades dos territórios. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com a complexidade social e territorial dos contextos em que atuam, promovendo atenção centrada nas necessidades reais da população. Todavia, o SUS enfrenta inúmeras limitações, desde a questão financeira e suas complicações até a falta de profissionais para seu adequado funcionamento. Segundo dados divulgados no Portal da Transparência em 2025, cerca de R$ 234,91 bilhões foram destinados à saúde no Brasil. Contudo, por se tratar de investimento

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

em âmbito nacional, a distribuição orientada pelo princípio da equidade é frequentemente dificultada, sem considerar plenamente as necessidades específicas de cada Unidade Básica de Saúde nos diferentes estados. Em relação à elaboração, capacitação e participação de profissionais em equipes formadas com foco na atuação na ESF, a maior adversidade encontrada é a remuneração. Esse fator é considerado o principal entrave, visto que a atuação em mercados privados gera uma lacuna considerável em relação ao incentivo financeiro recebido pelos profissionais da rede pública. Tal fator, aliado a outros problemas, como a dificuldade de deslocamento a áreas remotas e a carência de insumos necessários para a atuação dos profissionais de saúde, ilustra os motivos do crescente abandono de programas públicos voltados ao atendimento da população. **Considerações finais:** a análise dos estudos revisados evidencia que a Estratégia Saúde da Família é um instrumento essencial para a consolidação da Atenção Primária à Saúde e para a promoção da equidade no sistema de saúde brasileiro. A ESF tem contribuído significativamente para a ampliação do acesso, a melhoria de indicadores de saúde e a redução de desigualdades, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas. No entanto, persistem desafios importantes, como a desigual distribuição territorial da cobertura, a limitação de recursos e a necessidade de fortalecimento da gestão e da qualificação profissional.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SUSTENTÁVEL EM AMBIENTE HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA DO HNSC COM A AGRICULTURA FAMILIAR

Marília Unello Garcez
Liziane dos Santos Figueiredo
Alex Borba dos Santos
Alvarim de Souza Severo

Introdução: a promoção de ambientes alimentares saudáveis e sustentáveis no Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos pilares das políticas públicas de saúde e segurança alimentar. O fortalecimento da agricultura familiar como fornecedora de alimentos para instituições públicas representa uma estratégia que articula desenvolvimento comunitário, sustentabilidade, soberania alimentar e qualidade da alimentação. Desde 2023, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) vem implementando uma ação voltada à reestruturação dos cardápios oferecidos a pacientes, acompanhantes e trabalhadores, substituindo alimentos ultraprocessados por preparações culinárias desenvolvidas com ingredientes adquiridos de agricultores familiares locais. Objetivo: alinhar as refeições servidas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) ao Guia Alimentar para a População Brasileira, promovendo hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis, bem como favorecer o protagonismo das equipes de cozinheiras e cozinheiros hospitalares, que passaram a criar receitas adaptadas à realidade institucional, priorizando alimentos frescos, sazonais e regionais. Metodologia: a experiência teve início com a articulação entre a Direção do GHC, a Gerência de Administração do HNSC, o Serviço de Nutrição e Dietética, a Gerência de Suprimentos e a Comissão de Segurança Alimentar e Nutricional do GHC (COSEAN), que viabilizou a aquisição de alimentos da agricultura familiar por meio do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). A primeira etapa consistiu no mapeamento de cooperativas locais aptas a fornecer alimentos dentro dos critérios sanitários e nutricionais exigidos. Foram elaborados, em conjunto com a rede de cooperativas, cronogramas de fornecimento compatíveis com a produção agrícola, respeitando a sazonalidade, e os cardápios foram adaptados com a substituição de alimentos ultraprocessados por preparações baseadas em ingredientes frescos e minimamente processados. A reformulação dos cardápios exigiu não apenas mudanças estruturais no processo de compras, mas também transformação no modelo de preparo das refeições e nos processos de trabalho das equipes. Resultados e discussão: com a retirada de produtos ultraprocessados, como presunto, maionese industrializada e sucos artificiais do cardápio do HNSC, abriu-se espaço para a valorização da criatividade e do saber prático das equipes de cozinha. O protagonismo dos cozinheiros é central nesse processo, pois, para além das mudanças nos processos de trabalho, é necessário considerar as possibilidades e limitações técnicas da cozinha institucional. Entre as principais receitas criadas pela equipe de cozinheiros, destacam-se patê de frango com requeijão caseiro, substituindo frios embutidos nos sanduíches; requeijão caseiro, feito com leite e vinagre, livre de aditivos químicos; sanduíche de frango com maionese de cenoura, preparo que alia sabor, valor nutricional e textura adequada; sanduíche de ovo com maionese de cenoura, prático, acessível e bem aceito pelos usuários; e pão caseiro de batata-doce e leite em pó, como alternativa saborosa e nutritiva para pacientes com doença celíaca ou sensibilidade ao glúten. Com a implementação da nova estratégia, observa-se aumento da oferta de frutas, hortaliças, cereais e proteínas de origem animal, bem como redução de aditivos como corantes, emulsificantes e conservantes. Os desafios enfrentados incluem a adequação aos trâmites legais da compra direta, a elaboração de novos descritivos, o gerenciamento de maior diversidade de insumos, a adaptação dos cardápios à sazonalidade e o enfrentamento da cultura institucional baseada em conveniência e

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

produtos industrializados. No entanto, os ganhos superaram as dificuldades, com maior qualidade nutricional, fomento da agricultura familiar, valorização profissional e estímulo à economia local. Considerações finais: a experiência do HNSC demonstra que é possível promover alimentação adequada, saudável e sustentável no SUS com base em políticas públicas intersetoriais, fortalecendo a agricultura familiar e a cultura alimentar local. Ao valorizar ingredientes regionais, reduzir o consumo de ultraprocessados e estimular práticas culinárias sustentáveis, a instituição contribui para a construção de sistemas alimentares mais justos e resilientes, alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A ação também reforça, junto aos benefícios à saúde de pacientes, trabalhadores e acompanhantes, o papel social da gastronomia hospitalar como campo de inovação e cuidado. Como próximos passos, prevê-se a ampliação de contratos com cooperativas, o estímulo à criação de novas preparações pelos cozinheiros e a realização de ações de educação alimentar e nutricional que alcancem todos os níveis de assistência, consolidando um modelo de alimentação verdadeiramente público, saudável e democrático.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A FORÇA NACIONAL DO SUS NO PERCURSO FORMATIVO EM SAÚDE COLETIVA – GESTÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE RESIDENTES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Amanda Cruz Pereira
Graziela Zagonel Picolli
Rhuan Alexander da Silva Dornelles

Introdução: a Força Nacional do SUS (FN-SUS) desempenha papel estratégico na prevenção, assistência e resposta a desastres e emergências em saúde pública, articulando-se como dispositivo essencial para garantir atenção integral em contextos de crise. A Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade multiprofissional, por meio do Programa de Saúde Coletiva, Gestão em Saúde, tem como propósito especializar profissionais para qualificar o conhecimento e a prática nas áreas de planejamento, gerenciamento estratégico e operacional, monitoramento e avaliação, organização das redes de atenção e regulação, pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa formação, ao aproximar a prática da realidade concreta dos territórios, adquire especial relevância diante do cenário contemporâneo de intensificação das emergências climáticas e socioambientais, que demandam respostas rápidas, coordenadas e intersetoriais. **Objetivo:** descrever os impactos da atuação voluntária na FN-SUS sobre a formação de residentes multiprofissionais em saúde; evidenciar o papel da FN-SUS como espaço formador e dispositivo de gestão em saúde em territórios vulnerabilizados; e refletir sobre as potencialidades dessas experiências na promoção de práticas intersetoriais, interinstitucionais e baseadas em uma concepção ampliada de saúde. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de três residentes de diferentes áreas profissionais, enfermagem, psicologia e fisioterapia, vinculados ao Programa de Saúde Coletiva, Gestão em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O relato baseia-se nas vivências acumuladas em distintos cenários de atuação voluntária na FN-SUS, em contextos de desastres socioambientais no estado do Rio Grande do Sul, entre 2023 e 2024. As experiências ocorreram em três momentos: março de 2024, em Tenente Portela (RS), no enfrentamento à epidemia de dengue em territórios indígenas; setembro de 2023, em Muçum (RS) e Roca Sales (RS), em resposta à enchente que atingiu a região do Vale do Taquari; e maio de 2024, em Porto Alegre (RS), durante as chuvas intensas e inundações que impactaram a capital e municípios vizinhos. **Resultados e discussão:** a inserção dos residentes, cujos campos de prática situavam-se em instâncias como a Gerência de Atenção Primária à Saúde e a Gerência de Unidades de Internação do GHC, permitiu vivenciar diretamente a magnitude e a complexidade das situações enfrentadas. Os territórios impactados por enchentes revelaram-se marcados por serviços de saúde parcial ou totalmente destruídos, infraestrutura precária, escassez de insumos e repercussões significativas sobre a saúde mental das populações afetadas. Nessas circunstâncias, exigiu-se dos residentes uma atuação para além das funções específicas de suas formações, abrangendo desde atividades de limpeza e reorganização de unidades de saúde até a implantação de fluxos de atendimento, definição de protocolos assistenciais, organização e distribuição de insumos, montagem de hospitais de campanha e oferta de orientações em saúde adaptadas ao contexto de desastre. Tais ações articularam cuidados clínicos específicos de cada profissão com estratégias de planejamento e gestão, permitindo a integração de múltiplos saberes e práticas. A experiência fomentou o exercício de habilidades essenciais à gestão em saúde, como a articulação e mobilização de redes de atenção, a coordenação de equipes multiprofissionais e a construção de soluções rápidas e viáveis em cenários adversos. Também evidenciou a imprescindibilidade de uma abordagem intersetorial, envolvendo saúde, assistência social,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Defesa Civil, saneamento, educação e organizações da sociedade civil, e interinstitucional, com cooperação entre diferentes esferas de governo, instituições formadoras e organismos não governamentais. Essa atuação integrada permitiu compreender a saúde sob uma perspectiva ampliada, que ultrapassa a dimensão biomédica e incorpora fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais que incidem sobre o bem-estar coletivo. **Considerações finais:** tendo em vista que um dos objetivos estruturantes do programa de residência é preparar profissionais para lidar com demandas complexas e emergentes dos territórios, as experiências vivenciadas no âmbito da FN-SUS revelaram-se formativas, potentes e transformadoras. Elas qualificam a formação dos residentes ao proporcionar vivências que combinam gestão, cuidado e atuação intersetorial em contextos críticos, ampliando a compreensão sobre o papel estratégico do SUS na resposta às emergências climáticas e socioambientais. Também fortalecem as capacidades do sistema de saúde para prevenir, mitigar e responder a desastres, contribuindo para a construção de um SUS mais resiliente. As ações de prevenção e educação em saúde, somadas ao legado deixado nos territórios e às equipes capacitadas, constituem importantes alicerces para que, no futuro, o sistema esteja melhor preparado para enfrentar novas situações adversas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O AUMENTO DO NÚMERO DE NOVOS CASOS DE TUBERCULOSE ASSOCIADOS A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Ântoni Henrique Silva Koboldt
Ana Clara Cordeiro dos Santos
Djhonatan Silveira da Silva
Lucas Siqueira Dornelles

Introdução: este resumo analisa o impacto das enchentes históricas ocorridas no município de Porto Alegre (RS), em 2024, sobre a incidência e o manejo da tuberculose (TB) no contexto de uma crise climática sem precedentes. O evento, considerado o maior desastre ambiental da história da cidade, provocou o deslocamento em massa de milhares de pessoas, ocasionando a sobrecarga do sistema de saúde, a desarticulação da rede de atenção e a interrupção de tratamentos essenciais. Entre as consequências mais preocupantes, destaca-se a interrupção do tratamento de pacientes com tuberculose, situação que favoreceu tanto a piora clínica individual quanto o aumento do número de novas infecções. O fenômeno observado insere-se em um quadro mais amplo, no qual eventos climáticos extremos agravam desigualdades sociais e fragilidades estruturais já existentes, ampliando a vulnerabilidade de populações que vivem em contextos de risco sanitário. A tuberculose, doença intimamente ligada a determinantes sociais como moradia precária, desnutrição, dificuldade de acesso a serviços de saúde e superlotação, encontra em cenários de calamidade condições particularmente favoráveis para sua disseminação. Esse vínculo entre saúde, clima e desigualdade demanda uma análise integrada, que extrapole o campo biomédico e incorpore perspectivas epidemiológicas, socioeconômicas e de gestão de risco. Objetivo: analisar os impactos das enchentes de 2024 em Porto Alegre (RS) sobre a incidência, o manejo e a continuidade do cuidado de pessoas com tuberculose, considerando a desarticulação da rede de atenção, as condições sanitárias dos abrigos temporários e os determinantes sociais associados ao aumento da vulnerabilidade epidemiológica. Metodologia: trata-se de uma análise descritiva e reflexiva, baseada em dados da Secretaria Municipal de Saúde, em informações extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na observação do funcionamento da rede de atenção durante e após as enchentes e em literatura científica sobre tuberculose, desastres climáticos, determinantes sociais da saúde e gestão de risco. A análise considerou o impacto das inundações sobre os serviços de saúde, o deslocamento populacional, as condições dos abrigos temporários, a interrupção de fluxos assistenciais e os dados de notificação de novos casos de tuberculose no município. Resultados e discussão: a tuberculose é uma doença infecciosa de alta relevância para a saúde pública, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que exige tratamento contínuo por, no mínimo, seis meses, com acompanhamento clínico regular e rigorosa adesão terapêutica. No Brasil, o manejo da TB é estruturado de forma integrada entre diferentes níveis de atenção à saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) responsável por ações-chave como diagnóstico precoce, busca ativa de sintomáticos respiratórios, implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e acompanhamento do desfecho clínico. A interrupção do tratamento, por qualquer motivo, agrava o quadro clínico do paciente, aumenta a probabilidade de transmissão comunitária, eleva os custos do tratamento e pode resultar em formas resistentes da doença. Em 2024, o cenário de crise ocasionado pelas fortes chuvas e inundações em Porto Alegre (RS) comprometeu severamente o funcionamento da rede de atenção à saúde. Houve fechamento temporário de unidades básicas, serviços especializados e centros de referência, o que dificultou o acesso dos usuários a consultas, exames e medicamentos, interrompendo fluxos assistenciais fundamentais para o controle da TB. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, 35 serviços de saúde sofreram impacto direto das inundações, sendo 25 deles

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

unidades de APS, representando mais da metade da cobertura de Atenção Primária à Saúde na cidade. Até setembro do mesmo ano, 18 unidades ainda permaneciam sem funcionamento. Esse déficit assistencial resultou em atrasos no diagnóstico e no início do tratamento de novos casos, bem como na interrupção do acompanhamento de pacientes já em tratamento. De acordo com informações extraídas do SINAN, o município registrou, ao longo de 2024, um total de 2.347 novos casos de tuberculose, sendo 1.253 notificados entre maio e outubro, período subsequente ao pico das enchentes. No mesmo intervalo de 2023, haviam sido registrados 1.200 casos, evidenciando aumento expressivo, com forte correlação temporal em relação ao desastre ambiental. Outro fator agravante foi o deslocamento populacional para abrigos temporários, como escolas, centros comunitários e ginásios, que, apesar de funcionarem como solução emergencial, apresentavam precariedades estruturais críticas: ventilação insuficiente, superlotação, alta umidade e higiene comprometida. Essas condições são amplamente reconhecidas pela literatura científica como determinantes para a disseminação de doenças respiratórias, incluindo a tuberculose. A vivência prolongada nesses ambientes, associada à ausência de acompanhamento por equipes de APS e à escassez de insumos diagnósticos e medicamentos, dificultou tanto a prevenção quanto a continuidade do tratamento. Para além das dificuldades logísticas, o retorno da rede assistencial ocorreu de maneira desordenada, sem priorização estratégica dos territórios mais vulneráveis ou mais afetados. A ausência de um plano de contingência robusto para o enfrentamento de crises dessa magnitude resultou em sobrecarga dos serviços que permaneceram ativos, aumento da fila para exames laboratoriais e de imagem, e atrasos no diagnóstico e no início do tratamento de novos casos. O estigma relacionado à tuberculose está profundamente enraizado em preconceitos associados à pobreza e ao contágio, o que causa discriminação e silenciamento dos sintomas. Durante o período das enchentes em Porto Alegre (RS), pessoas desalojadas em abrigos com sintomas respiratórios evitaram procurar diagnóstico por medo de serem excluídas ou isoladas. Esse comportamento atrasou o diagnóstico e o tratamento, considerando que a identificação precoce é crucial para o controle da doença. Para enfrentar esse estigma, o cuidado humanizado precisa incluir ações educativas e comunicação empática. Os profissionais de saúde devem promover diálogo livre de julgamentos, ensinando que a tuberculose pode ser tratada e que a ocultação dos sintomas não protege ninguém. Durante o cenário de crise, a superação desse estigma depende de medidas como a inclusão de lideranças comunitárias nos abrigos e a distribuição de material informativo claro e didático, combatendo o medo e incentivando as pessoas a buscarem tratamento e cuidado. Esse conjunto de fatores, quebra de vínculos terapêuticos, interrupção de fluxos assistenciais, superlotação de abrigos e sobrecarga dos serviços remanescentes, produziu um cenário de risco epidemiológico elevado, com aumento da taxa de transmissão comunitária da tuberculose e possível crescimento futuro das formas resistentes da doença. Considerações finais: as condições sanitárias enfrentadas durante o período contribuíram como fator disparador para novas infecções por tuberculose. Embora não houvesse cenário recente de crise de tal dimensão, o poder público negligenciou populações que já se encontravam em risco antes mesmo da catástrofe. A emergência tornou mais agudas as diferenças sociais que incidem diretamente sobre as condições de saúde da população afetada, especialmente em territórios nos quais a incidência de tuberculose já era maior. Contudo, o despreparo tornou essas condições favoráveis à infecção comunitária por tuberculose, evidenciando que a cidade não dispunha de planejamento suficiente para cenários de crise, sejam sanitários, climáticos ou associados. As dificuldades logísticas encontradas refletem a centralização da tecnologia de diagnóstico e ressaltam a ausência de políticas públicas efetivas de moradia, saneamento e habitação. Em última instância, a infecção por tuberculose resulta de processos de escolha política sobre a produção de saúde e bem viver. Nesse sentido, o aumento do número de infecções deve ser considerado não apenas como resultado de uma crise climática, mas como produto de um complexo sistema de decisões que não considerou os impactos dessas escolhas no aumento dos casos da doença nem na construção de políticas públicas de saúde para além das práticas biomédicas já conhecidas. Trata-se, portanto, de reconhecer o custo de responder à doença em detrimento de investir na consolidação de direitos básicos e na implementação de protocolos de crise.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O CONTROLE SOCIAL TAMBÉM ENSINA: DEMOCRACIA, DIVERSIDADE, PARTICIPAÇÃO E APRENDIZAGEM SOBRE O SUS E SOBRE OS EVENTOS QUE DEMANDAM AÇÕES NOS TERRITÓRIOS

William Pereira Santos
Tatiane da Rosa Vasconcelos
Tânia Aparecida de Araujo
Daniel da Silva Fernandes
Alcindo Antônio Ferla

Introdução: a participação social constitui princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e se materializa, entre outras instâncias, nos conselhos e nas conferências de saúde, espaços fundamentais para aproximar a sociedade civil da formulação, avaliação e deliberação de políticas públicas. Nas Conferências Nacionais de Saúde, a participação assume dimensão pedagógica, política e micropolítica, pois possibilita a construção coletiva de conhecimentos, o exercício do controle social e a formação de sujeitos comprometidos com a democracia, a defesa da vida e a produção da saúde nos territórios. Em contextos marcados por crises sanitárias, emergências climáticas, desastres socioambientais e aprofundamento das desigualdades, a capacidade de aprender a aprender torna-se competência essencial para a atuação profissional no campo da saúde, especialmente por favorecer respostas interdisciplinares, territoriais e coletivas diante de situações complexas. **Objetivo:** apresentar o perfil sociodemográfico dos estudantes que atuaram como monitores da pesquisa na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), destacando a configuração pedagógica do curso formativo, a diversidade dos participantes e a preparação para atuação em atividades de pesquisa, apoio à conferência e fortalecimento da participação social no SUS. **Metodologia:** trata-se de uma narrativa construída a partir da experiência coletiva dos monitores e aprendizes da pesquisa, fundamentada na observação direta, nos registros das atividades formativas, na convivência com os participantes e na análise crítica do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva. A experiência integra o projeto "Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde", com salvaguarda ética vinculada ao projeto original aprovado pela Conep, sob CAAE n. 14851419.0.0000.0008. A seleção dos monitores ocorreu por edital público nacional junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a formação teórico-prática foi realizada entre novembro e dezembro de 2024, em formato híbrido, com atividades síncronas, assíncronas e presenciais em Brasília (DF), totalizando 115 horas. **Resultados e discussão:** foram selecionados 61 estudantes de graduação, residência e pós-graduação para atuar como monitores na 4ª CNGTES, desenvolvendo atividades de coleta e análise de dados, observação das dinâmicas da conferência e apoio logístico e técnico. A maioria atuava como monitora pela primeira vez, correspondendo a 59,02% do grupo, o que evidencia a abertura do processo formativo para novas experiências de participação, pesquisa e controle social. O perfil dos participantes revelou diversidade sociodemográfica, territorial, racial, de gênero, orientação sexual e formação acadêmica. Em relação ao sexo, 75,41% identificaram-se como feminino e 24,59% como masculino; quanto à identidade de gênero, 77,05% declararam-se mulheres cisgênero, 21,31% homens cisgênero e 1,64% pessoas não binárias. A maior parte declarou-se heterossexual, com 70,49%, seguida por pessoas bissexuais, com 11,48%, gays, com 9,84%, outros perfis, com 3,28%, e 4,92% que não responderam.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos, representando 67,21% dos participantes. Quanto à raça/cor da pele, 47,54% autodeclararam-se pardos, 42,62% brancos, 6,56% pretos, 1,64% amarelos e 1,64% indígenas; 4,92% declararam possuir algum tipo de deficiência. A distribuição geográfica contemplou todas as regiões do Brasil, com predominância do Distrito Federal, correspondente a 39,34%, seguida por Goiás e Rio de Janeiro, com 6,56% cada, e por outros estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. No que se refere à formação acadêmica, observou-se predominância de estudantes da área da saúde, especialmente Enfermagem, Saúde Coletiva, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, mas também houve participação de estudantes de Administração, Fonoaudiologia, Odontologia, Biomedicina, Ciência da Informação, Ciências Sociais, Direito, Naturologia e Serviço Social, evidenciando o caráter interdisciplinar da experiência. A diversidade do grupo fortaleceu o caráter democrático do projeto e ampliou o olhar crítico sobre os territórios, as desigualdades, a escuta qualificada e a participação social no SUS. A formação possibilitou vivências de aprendizagem significativa, articulando ensino, pesquisa, extensão, controle social e educação permanente, ao mesmo tempo que aproximou os participantes de debates sobre democracia, gestão do trabalho, educação na saúde, crise climática, desastres, justiça socioambiental e defesa da vida. A experiência demonstrou que espaços participativos como as conferências de saúde podem constituir comunidades aprendentes, nas quais a convivência com diferentes saberes, trajetórias e territórios favorece a construção de capacidades profissionais voltadas à resiliência, ao trabalho coletivo e à resposta a situações complexas. **Considerações finais:** a experiência dos monitores da 4ª CNGTES evidencia que a participação social no SUS ultrapassa a dimensão institucional do controle social e se constitui como processo formativo, ético, político, afetivo e coletivo. A configuração pedagógica do curso, associada à diversidade sociodemográfica e disciplinar dos participantes, demonstrou potencial para fortalecer a aprendizagem significativa, a interdisciplinaridade e a capacidade de aprender a aprender em contextos de crise, emergência climática e desigualdade social. O estudo reforça que o controle social também ensina sobre democracia, diversidade, participação, cuidado, bem-viver e defesa dos territórios, sendo necessário ampliar experiências formativas dessa natureza nos currículos e nas práticas de ensino, pesquisa e extensão. Conclui-se que a participação de estudantes em conferências de saúde contribui para a formação de sujeitos mais comprometidos com o SUS, com a proteção ambiental, com a justiça socioambiental e com a construção de políticas públicas contínuas, territoriais e eficazes para enfrentar os desafios sanitários, sociais e climáticos do presente e do futuro.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

MODELAGEM DE SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE ARMAZÉM (*WMS*) PARA O GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Roberto Lemos Meyer
Daniel Demétrio Faustino da Silva
Filipe Santana da Silva

Introdução: o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em constante expansão, desenvolvimento e crescimento. Seus serviços garantem acesso a cuidados de saúde universais e gratuitos, formando a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS, especialmente em momentos de catástrofes naturais, como as enchentes que vêm assolando o estado recentemente, e durante a Pandemia de covid-19. Nesse contexto, salienta-se a importância de automatizar processos de larga escala com a utilização de tecnologia da informação, uma vez que a modelagem de sistemas se mostra ferramenta indispensável na fase de planejamento de projetos e implantação de *softwares*. Em órgãos públicos e estatais, com orçamento proveniente do governo federal, há maior responsabilidade em contratações e aquisições, nas mais variadas formas. A complexa logística hospitalar é essencial para que a operação funcione da melhor maneira possível na saúde, com eficiência, eficácia e efetividade. Em 2024, as compras e contratações da instituição chegaram a quase R$ 1.000.000.000,00. Os custos mensais de estoque de medicamentos, materiais médicos e outros tipos de insumos que sustentam os serviços do GHC aproximam-se de R$ 15.000.000,00 por mês por unidade. No que se refere à gestão hospitalar, caracterizada pela diversidade de fluxos de pacientes, materiais e informações, a logística dá suporte a quase 5.000 *Stock Keeping Units* (SKU), também conhecidas como tipos de produtos de consumo regular. Como forma de auxiliar no gerenciamento dos suprimentos necessários ao pleno funcionamento do Grupo, surge a proposta de implementar um sistema para realizar o monitoramento do consumo nas unidades de internação e farmácias, com apoio de equipamentos automatizados, como dispensários eletrônicos, ou via integração com o *Enterprise Resource Planning* (ERP), Sistema Administrativo. **Objetivo:** auxiliar na especificação e no detalhamento de um sistema de gerenciamento de armazém do tipo *Warehouse Management System* (WMS), contribuindo para a tomada de decisão e para o entendimento do sistema em si, o qual está sendo adquirido pela instituição, com funcionalidades fundamentais como automação, informatização e rastreabilidade de insumos, recursos essenciais na atualidade, principalmente na área de suprimentos. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa exploratória, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, voltada à construção teórica de um sistema e à elaboração de documentações e artefatos técnicos. O presente trabalho foi submetido à Comissão Científica do GHC e obteve parecer favorável como Projeto n. 25.060. Os métodos remetem à construção de diagramas da *Unified Modeling Language* (UML), como diagrama de casos de uso, diagrama de classes e diagrama de atividades, e à elicitação de requisitos funcionais e não funcionais, com base em referências e boas práticas de engenharia de *software*, no atual estado da arte. O projeto, capitaneado pela Gerência de Projetos do GHC, integra o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) n. 3, que trata da Central Logística e de Abastecimento Farmacêutico, em andamento. Algumas ações são fundamentais para agregar à implantação do sistema, como a construção do novo depósito/prédio, o estabelecimento de *outsourcing*, terceirização de materiais secundários como limpeza, escritório, copa e cozinha, e a aquisição de equipamentos para automação farmacêutica. **Resultados e discussão:** por meio da análise das rotinas atuais em relação ao sistema de materiais existente, foi possível identificar a real necessidade de implementação dessa melhoria. Um sistema do tipo WMS mostra-se de extrema

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

importância para a cadeia de suprimentos, ou *supply chain*, pois permite manter estoques otimizados, aumentar a frequência das reposições e garantir os insumos no momento e na quantidade necessários para o atendimento dos pacientes. O WMS fornece rotação dirigida de estoques, diretivas inteligentes de *picking*, ou separação de materiais, consolidação automática e *cross-docking*, prática logística na qual produtos são transferidos diretamente do fornecedor para o cliente, a fim de maximizar o uso do espaço do armazém, almoxarifado ou subalmoxarifado. O sistema também deve dirigir e otimizar a disposição de *put-away*, ou colocação no estoque, com base em informações em tempo real sobre o *status* do uso de prateleiras. Destaca-se sua relação com a sustentabilidade, uma vez que a literatura identifica indicadores essenciais que demandam atenção e melhorias, como consumo de energia e água, emissões de resíduos, impacto ambiental de embalagens e transportes, média de horas de treinamento de funcionários e rotatividade, entre outros. Os resultados remetem à concepção de um relatório técnico conclusivo contendo os elementos de modelagem do sistema. A discussão, a partir da síntese de evidências elaborada, identifica que a implantação do *software* permite otimizar a dispensação de suprimentos, possibilitando melhor gerenciamento e maior controle sobre o desperdício. Também permite reduzir tempos de treinamento dos funcionários, estabelecendo uma solução rápida e eficiente que garante resultados em menos tempo, proporciona menor esforço de deslocamento e carregamento de cargas e, com a automatização, passa a depender menos da experiência individual. À medida que os tempos de treinamento são reduzidos, o recrutamento e o chamamento de novos colaboradores são menos afetados pela rotatividade de pessoal, o que garante um nível de serviço ideal e sustentável ao longo do tempo, possibilitando melhor atendimento na ponta da linha, em que os usuários do SUS são os destinatários finais. **Considerações finais:** a proposta de implantação de um sistema WMS no GHC apresenta-se como solução relevante para enfrentar problemas do sistema administrativo e de materiais do complexo hospitalar, contribuindo para a automação, informatização, rastreabilidade e sustentabilidade da cadeia de suprimentos. A modelagem do sistema, apoiada em artefatos técnicos e boas práticas de engenharia de *software*, permite qualificar o planejamento, a tomada de decisão e a futura implantação da solução. A iniciativa demonstra potencial para otimizar estoques, reduzir desperdícios, qualificar fluxos logísticos, aprimorar o uso de recursos públicos e fortalecer a eficiência dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA ESTATAL 100% SUS

Estella Maris da Silveira Dutra

Introdução: pioneiro no país em aderir à modalidade de compra institucional de gêneros alimentícios oriundos da agricultura familiar, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) fornece alimentação saudável aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentiva o consumo de alimentos orgânicos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde por meio de ações coletivas nos territórios das Unidades Básicas de Saúde e nos serviços de saúde mental do GHC. **Objetivo:** prevenir doenças e agravos e promover, proteger e recuperar a saúde por meio da alimentação saudável e orgânica; apoiar a economia solidária como forma de geração de renda e estratégia comunitária de autonomia; apoiar e fomentar o desenvolvimento de hortas comunitárias e estimular o cuidado com a natureza e o meio ambiente; e articular serviços de saúde, comunidade e universidade para ações de educação em saúde e educação popular em saúde. **Metodologia:** foram realizadas chamadas públicas para o fornecimento de gêneros alimentícios oriundos da agricultura familiar, com a finalidade de produzir refeições para usuários, familiares e trabalhadores dos quatro hospitais do GHC. A experiência também envolveu a implantação de feiras de produtos orgânicos, o apoio e suporte às hortas comunitárias nas unidades de Atenção Primária à Saúde e nos serviços de saúde mental do GHC, o desenvolvimento de projeto de extensão com o curso de Agronomia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em conjunto com trabalhadores e comunidade, e a assinatura de Termo de Cooperação Técnica com a Cozinha Solidária da Zona Norte de Porto Alegre (RS). **Resultados e discussão:** os contratos de compra institucional com as Cooperativas de Agricultores e Agroindústria Familiares de Caxias do Sul (RS) e da Rede de Cooperativas do Rio Grande do Sul somam R$ 12.999.485,44 ao ano. São fornecidos 147 itens de produtos da agricultura familiar para a produção de 13 mil refeições por dia, envolvendo 140 cooperados no plantio e na colheita de alimentos. Os produtos das feiras orgânicas são fornecidos pela Cooperativa de Produtores Orgânicos da Reforma Agrária de Viamão (RS). A venda é realizada diretamente do produtor aos trabalhadores e usuários, em espaços nos hospitais Fêmina, Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor e Hospital Federal de Bonsucesso, no Rio de Janeiro (RJ). São oferecidos cerca de 800 kg de alimentos por semana, distribuídos em 35 itens diversos, e a feira recebe, em média, 180 pessoas por dia. A Cozinha Solidária tem fornecido 4.800 marmitas por mês, entre almoço e jantar, duas vezes por semana. Nas unidades de Atenção Primária à Saúde e de saúde mental, são desenvolvidas 8 hortas em espaços das unidades e da comunidade, além de 6 oficinas de horticultura em parceria com a UFRGS, tendo como projeto singular ações terapêuticas de cuidado. **Considerações finais:** o GHC incentiva o consumo e a valorização dos alimentos produzidos pela agricultura familiar, promovendo sua inclusão econômica e social, com fomento à produção sustentável e à geração de renda. A iniciativa contribui para que trabalhadores e usuários tenham acesso à alimentação em quantidade, qualidade e regularidade necessárias, oportunizando acesso a alimentos saudáveis às pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional. Nos territórios da Atenção Primária à Saúde e da saúde mental, o diálogo entre profissionais de saúde e população promove o resgate do saber popular das comunidades, os cuidados em saúde, a cultura alimentar e o cuidado com a natureza e o meio ambiente.

Palavras chaves: alimentação orgânica; cuidado em saúde; compra institucional; agricultura familiar.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DESASTRES CLIMÁTICOS E SAÚDE METABÓLICA: A INFLUÊNCIA DO CALOR E DA DESIDRATAÇÃO NA RESISTÊNCIA À INSULINA

Thaís Gabriela Weiss
Luísa Craide Haenssgen
Lívia Borba D'Avila da Silva
Ana Rita Breier

Introdução: as mudanças climáticas, cada vez mais recorrentes, constituem uma grande ameaça à saúde pública. Eventos como calor intenso são intensificados, principalmente, pela queima de combustíveis fósseis, pelo desmatamento e por atividades pecuárias. Para além dos mecanismos biológicos, a exposição aos eventos climáticos extremos é desigual no espaço, afetando de modo desproporcional populações em territórios com infraestrutura deficiente, o que configura uma dimensão de injustiça ambiental. O diabetes é uma doença conhecida desde a Antiguidade, entretanto, vem se destacando nas últimas décadas, afetando grande parte da população mundial. O crescimento da prevalência da doença, embora possa ser atribuído a várias causas, também está diretamente relacionado às condições climáticas atuais. **Objetivo:** avaliar a relação entre mudanças climáticas e alterações metabólicas associadas à resistência insulínica em pessoas com diabetes, enfatizando como determinantes territoriais e desigualdades contribuem para maior vulnerabilidade. **Metodologia:** trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada a partir de cinco artigos publicados nos últimos cinco anos, em português ou inglês, que abordam a relação entre mudanças climáticas e saúde pública. Foram excluídos estudos pediátricos, relatos de caso, artigos de opinião, revisões narrativas e intervenções uniprofissionais. As buscas foram realizadas em julho de 2025 nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS e ScienceDirect, utilizando os descritores *climate change*, "desastres naturais", "diabetes", "saúde pública" e "mudanças climáticas". A seleção dos estudos ocorreu por triagem de títulos e resumos, seguida de leitura integral dos artigos potencialmente elegíveis. **Resultados e discussão:** entre 1970 e 2021, foram registrados 11.778 desastres climáticos, que causaram cerca de dois milhões de mortes. Conforme dados da Organização Meteorológica Mundial (OMM), 90% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento, destacando a maior vulnerabilidade dessas regiões frente aos eventos extremos, uma vez que essas áreas carecem de abordagens territoriais que promovam justiça ambiental e saúde equitativa. O relatório *State of the Global Climate 2024* aponta que 2024 possivelmente foi o primeiro ano em que a temperatura média global ultrapassou 1,5 °C acima dos níveis pré-industriais, atingindo 1,55 °C, o valor mais elevado em 175 anos de registros. Esses números evidenciam a crescente urgência de implementar medidas para conter as mudanças climáticas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, entre 2030 e 2050, as mudanças climáticas poderão resultar em aproximadamente 250 mil mortes adicionais anuais, atribuídas principalmente à desnutrição, malária, diarreia e estresse térmico. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), cerca de 537 milhões de adultos com idade entre 20 e 79 anos conviviam com diabetes em 2023. As mudanças climáticas e as ondas de calor já exercem efeito importante no Brasil: estima-se que, a cada aumento de 5 °C da temperatura, ocorra aumento de 6% das internações por diabetes em todo o país. Segundo a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicou prevalência de 8,8% de diabetes na população do estado, valor superior à média nacional. A relação entre mudança climática e saúde metabólica tem recebido crescente atenção científica, especialmente pelo impacto das altas temperaturas ambientais sobre o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Ondas de calor prolongadas podem levar ao estresse térmico, sobrecarregando os mecanismos de termorregulação,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

como sudorese e vasodilatação, e resultando em desidratação, insolação e doenças relacionadas ao calor. Esse estresse por calor desencadeia respostas hormonais, com aumento de cortisol e catecolaminas, bem como respostas inflamatórias e oxidativas que reduzem a sensibilidade à insulina, prejudicam a função das células beta pancreáticas e alteram o metabolismo da glicose, dificultando o controle glicêmico. O aumento dos níveis de catecolaminas, como adrenalina e noradrenalina, intensifica a atividade do sistema nervoso simpático, elevando a frequência cardíaca, a força de contração do coração e provocando vasoconstrição. Esses efeitos aumentam rapidamente a pressão arterial e a agregação plaquetária, favorecendo a formação de coágulos. Com isso, cresce o risco de acidentes vasculares: a hipertensão súbita pode romper vasos cerebrais, causando acidente vascular cerebral hemorrágico, e a vasoconstrição, somada à maior demanda de oxigênio, pode reduzir o fluxo sanguíneo cerebral, ocasionando acidente vascular cerebral isquêmico. O excesso de catecolaminas também sobrecarrega o coração, aumentando a chance de arritmias, infarto e insuficiência cardíaca, o que reforça a ligação entre seu aumento e o risco global de doenças cardiovasculares. A desidratação contribui para o desenvolvimento da resistência à insulina ao prejudicar a sinalização celular que ocorre após a ativação da fosfoinositídeo 3-quinase (PI3K), incluindo a redução da ativação da proteína quinase B (Akt) provocada pela insulina. A desidratação também eleva os níveis do hormônio vasopressina, que atua no fígado, no tecido adiposo, no pâncreas e na glândula pituitária, promovendo a produção de glicose no fígado, por gliconeogênese, e agravando a resistência insulínica nesses tecidos. **Considerações finais:** a partir da análise da relação entre mudanças climáticas e alterações metabólicas no cenário de injustiça ambiental, destaca-se que o aumento de apenas 1 °C na temperatura externa é suficiente para o desenvolvimento de mais de 100.000 novos casos de diabetes mellitus por ano. Esse impacto pode ser atribuído à sobrecarga dos sistemas termorreguladores em populações que residem em territórios de infraestrutura precária ou em condições de trabalho que intensificam o estresse térmico e favorecem alterações fisiológicas. A adoção de abordagens territoriais em países em desenvolvimento é fundamental para enfrentar as iniquidades agravadas pelas mudanças climáticas e reduzir o risco de DM2.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESPOSTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) AOS EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS: PLANEJAMENTO, MITIGAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

Julio Cesar da Silva do Valle

Introdução: o avanço das mudanças climáticas tem provocado aumento na frequência e na intensidade de eventos extremos, como enchentes, secas, ondas de calor e deslizamentos de terra. Essas ocorrências impactam diretamente a saúde pública, exigindo respostas rápidas e eficientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além da assistência imediata às populações afetadas, o SUS deve atuar na prevenção, mitigação e recuperação dos danos, articulando ações intersetoriais e fortalecendo sua capacidade de resiliência. Estudos recentes (Dalla Valle, 2024; Lima, 2023; Rizzotto *et al*., 2024) demonstram que a resposta a emergências climáticas demanda planejamento multissetorial, capacitação profissional e incorporação de práticas ambientalmente sustentáveis nas operações de saúde. **Objetivo:** analisar as estratégias de resposta do SUS diante de emergências climáticas, destacando medidas de planejamento, prevenção, mitigação e recuperação, bem como discutir iniciativas voltadas à sustentabilidade ambiental nos serviços de saúde. **Metodologia:** foi realizada pesquisa bibliográfica qualitativa, com base em três estudos de referência: Dalla Valle (2024), que aborda a adaptação municipal frente a eventos extremos; Lima (2023), que apresenta revisão sobre planos multirriscos; e Rizzotto *et al*. (2024), que analisa os desafios do SUS no contexto das enchentes no Rio Grande do Sul. A análise centrou-se na identificação de práticas adotadas pelo SUS, nos principais desafios e nas propostas para tornar o sistema mais resiliente e sustentável. **Resultados e discussão:** ao longo dos anos, nota-se aumento dos eventos extremos, como enchentes, secas, ondas de calor e deslizamentos de terra, causados pelo avanço das mudanças climáticas. Esses eventos impactam diretamente a saúde pública, exigindo respostas rápidas e eficientes do SUS. Reconhece-se que o SUS atua na assistência imediata às populações afetadas, mas, para além desses atendimentos, precisa atuar na prevenção, recuperação de danos e mitigação por meio de ações intersetoriais. A resposta a emergências climáticas precisa ser estruturada pelo planejamento multissetorial, pela incorporação de práticas ambientais e sustentáveis nas operações de saúde e pela capacitação profissional (Dalla Valle, 2024; Lima, 2023; Rizzotto *et al*., 2024). Em situações de emergências climáticas, o SUS utiliza etapas principais, como planejamento e prevenção, com elaboração de planos multirriscos por meio do mapeamento das regiões mais afetadas ou situadas em áreas de vulnerabilidade, integradas à Defesa Civil do município e do estado. De acordo com Lima (2023), é necessária a atualização recorrente dos planos e a capacitação das equipes de saúde para atuação em cenários adversos. O segundo ponto é a resposta imediata, por meio de ações de vigilância epidemiológica, distribuição de insumos, atendimento de urgência, abrigo aos deslocados e garantia de água potável. No caso das enchentes recentes no estado do Rio Grande do Sul, a rápida mobilização de várias equipes e a articulação com redes comunitárias foram decisivas para o abrigo rápido e a redução dos danos à saúde (Rizzotto *et al*., 2024). O terceiro ponto é a mitigação e recuperação, que englobam a reabilitação de serviços de saúde, o atendimento psicológico quando necessário e a reconstrução da infraestrutura em áreas afetadas. É necessário considerar medidas de adaptação em longo prazo, como a realocação de unidades de saúde para áreas seguras e o uso de tecnologias limpas (Dalla Valle, 2024). Observa-se um movimento crescente referente à sustentabilidade ambiental, com o objetivo de reduzir a pegada ecológica das operações do SUS. Entre as ações, destacam-se a gestão adequada de resíduos, o uso racional de água e energia, a reciclagem e a priorização de materiais sustentáveis em construções e reformas. Essas práticas contribuem para a preservação ambiental e fortalecem a imagem institucional do

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SUS como promotor de saúde integral. Os desafios, entretanto, são significativos. A instabilidade climática pressiona os serviços de saúde já sobrecarregados, e a ausência de financiamento específico para ações climáticas dificulta a implementação de estratégias preventivas. A desigualdade regional também amplia vulnerabilidades, exigindo políticas que contemplem as diversidades socioeconômicas e ambientais do Brasil. **Considerações finais:** as respostas do SUS às emergências climáticas precisam ser compreendidas como parte de uma agenda contínua de saúde e sustentabilidade. A articulação entre prevenção, resposta e recuperação deve ser fortalecida por meio de planos multissetoriais, capacitação de profissionais e investimentos em infraestrutura resiliente. É fundamental que o sistema adote práticas ambientalmente responsáveis, minimizando seu impacto no meio ambiente e contribuindo para a mitigação das mudanças climáticas. O fortalecimento da governança, a ampliação de recursos e a integração com políticas de Defesa Civil e desenvolvimento sustentável são passos essenciais para garantir a proteção da saúde da população em um contexto de crise climática permanente.

Referências

DALLA VALLE, A. C. **Emergência climática**: resposta a eventos extremos e adaptação para a gestão municipal. 2024. 152 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural Sustentável), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2024.

LIMA, D. O. C. **Planos multirriscos para o enfrentamento e resposta às emergências em saúde pública**: uma revisão de escopo. 2023. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho), Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Salvador, 2023.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. de V. da C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e141ED, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024141EDP. Acesso em: 22 jun. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EM ZOONOSES NO ENFRENTAMENTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS

Isabel Martins Madrid

Introdução: as zoonoses constituem um grupo de doenças emergentes em saúde pública, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que demonstram que mais de 75% das doenças infecciosas emergentes em humanos tiveram origem animal. Assim, torna-se cada vez mais necessário lançar um olhar para o contexto de "Uma Só Saúde", compreendendo a inter-relação entre ambiente, saúde animal e saúde humana. Nesse sentido, a vigilância de zoonoses representa um componente fundamental na prevenção, no manejo e no controle de doenças durante a ocorrência de alterações climáticas extremas. Aliado a isso, a OMS oficializou que as mudanças climáticas são uma grande ameaça à saúde global. Entre as principais zoonoses relacionadas a eventos hidrológicos, destacam-se a leptospirose, diretamente relacionada ao contato com águas contaminadas, a raiva e a esporotricose, associadas ao contato direto com animais resgatados e em situação de abandono. **Objetivo:** relatar o impacto na demanda de atendimento e as ações realizadas pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Pelotas (RS) durante a enchente ocorrida em maio de 2024. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência baseado nas ações desenvolvidas pelo CCZ de Pelotas (RS) durante a enchente de maio de 2024, considerando o cadastramento e acompanhamento de abrigos de cães e gatos, as notificações relacionadas a atendimento antirrábico, observação de animais agressores, investigação ambiental de leptospirose e casos suspeitos ou confirmados de esporotricose, bem como as ações educativas, orientações técnicas e estratégias de comunicação realizadas junto a abrigos, profissionais de saúde e população. **Resultados e discussão:** foram identificadas 24 áreas do município em risco de inundação e com alerta para evacuação, atingindo milhares de pessoas. Consequentemente, diversos abrigos foram organizados para receber pessoas e animais. Um total de 18 abrigos para cães e gatos foi cadastrado pela equipe do CCZ, sendo 15 somente para animais e três destinados a famílias com seus *pets*. Mais de 1.500 cães e gatos foram resgatados de áreas de risco e acolhidos nesses locais, e apenas o abrigo específico para cães, gerenciado pela Prefeitura de Pelotas, acolheu mais de 700 animais. Diversos órgãos públicos e entidades civis participaram dos resgates de animais em áreas inundadas, bem como atuaram como voluntários no cuidado e alojamento de cães e gatos. Acidentes com mordeduras e arranhaduras ocorreram com frequência durante os resgates, o transporte e o alojamento dos animais, assim como durante o manejo nos abrigos. Esses acidentes elevaram o número de notificações de atendimento antirrábico e observação de animais agressores nos meses de maio e junho de 2024 em cerca de 55%, quando comparado ao ano de 2023. Esse fato é corroborado pelo quantitativo de notificações recebidas em 2025 (n = 186), semelhante ao observado em 2023 (n = 178). Quanto à investigação ambiental de leptospirose, houve aumento expressivo nas notificações, passando de 7 em junho e julho de 2023 para 48 no mesmo período de 2024, com redução para 3 notificações em 2025. Quanto à esporotricose, foram diagnosticados casos em felinos em abrigos de voluntários, os quais foram notificados ao CCZ, e os animais foram alocados em clínicas veterinárias. Nesse contexto, desencadeou-se a estruturação de um gatil provisório e exclusivo para gatos com suspeita da doença, com auxílio de doações de gaiolas e insumos, visto que a maioria dos abrigos não possuía local adequado para isolamento desses animais e a capacidade instalada do gatil municipal não comportava a demanda recebida. O gatil provisório recebeu três animais com tutores de áreas de risco, dos quais dois foram positivos para esporotricose e retornaram para seus tutores após o retorno deles às suas residências. A equipe técnica, composta por médicos-veterinários e biólogo do CCZ, percorreu os abrigos realizando o levantamento de pessoas atuantes nesses espaços para a realização do protocolo vacinal pré-exposição contra raiva, bem como

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

fornecendo orientações sobre condutas e encaminhamentos relacionados a agravos com animais. Materiais educativos, como cartazes e *folders*, foram entregues nos abrigos e disponibilizados aos profissionais de saúde. Um meio de comunicação com os abrigos foi criado via WhatsApp para troca de informações e orientações técnicas. As redes sociais foram utilizadas para ampliar a divulgação das principais medidas de prevenção das zoonoses e orientar a população sobre os serviços prestados e locais de atendimento. Durante as visitas, observou-se desconhecimento tanto da população quanto dos profissionais atuantes nos abrigos sobre as principais zoonoses, suas formas de transmissão, sintomas e prevenção, demonstrando a importância de ações educativas no enfrentamento de situações adversas. **Considerações finais:** este foi o primeiro evento climático de proporções extremas desde o último desastre ambiental ocorrido em 1941 no município de Pelotas (RS). Estudos apontam que eventos climáticos extremos, como enchentes e secas, tendem a se tornar mais frequentes e intensos devido às mudanças climáticas, exigindo adaptação e medidas de prevenção estruturadas com políticas públicas eficazes e com envolvimento da população na gestão de riscos. Nesse contexto, a educação em saúde ambiental voltada para agravos relacionados a eventos climáticos que envolvam riscos de zoonoses e acidentes com animais peçonhentos deve ser considerada nos planos de resiliência e enfrentamento a desastres ambientais, capacitando pontos focais nas forças de segurança, Defesa Civil, organizações não governamentais (ONGs), instituições e entidades públicas e privadas, bem como a população mais vulnerável a esses eventos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTOS E AÇÕES DURANTE A CALAMIDADE – ENCHENTE DE MAIO DE 2024: FORNECIMENTO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL AOS PACIENTES DO GHC

Clarissa Félix de Oliveira
Vanessa Hegele
Rosana Mirandola
Paula Ruffoni de Souza

Introdução: o mês de maio de 2024 ficou marcado por um dos maiores desastres naturais já registrados no estado do Rio Grande do Sul. As chuvas intensas provocaram enchentes de grandes proporções, afetando gravemente a infraestrutura, a logística de transporte e a prestação de serviços essenciais. No contexto da saúde, a situação assumiu proporções emergenciais, exigindo respostas rápidas, coordenação interinstitucional e adaptação de processos para garantir o atendimento contínuo à população. O Serviço de Farmácia do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) esteve diretamente na linha de frente desse enfrentamento, com impactos expressivos em sua rotina, tanto pela interrupção parcial do fornecimento de medicamentos quanto pela ausência de trabalhadores, causada pela inviabilidade de deslocamento em função da calamidade. A interrupção das cadeias de suprimento foi um dos principais desafios, pois, com estradas bloqueadas, transportes suspensos e fornecedores atingidos, a chegada de insumos tornou-se incerta e irregular. A Nutrição Parenteral Total (NPT) é uma forma de terapia nutricional administrada diretamente por via intravenosa, fornecendo todos os nutrientes necessários à manutenção da vida e à recuperação clínica. É utilizada em pacientes que não podem ou não devem receber alimentação por via oral ou enteral, como em casos de prematuridade extrema, cirurgias digestivas extensas, obstruções intestinais, doenças inflamatórias graves ou estados críticos que impossibilitam o funcionamento adequado do trato gastrointestinal. A manipulação da NPT personalizada exige condições assépticas rigorosas e ocorre em farmácias especializadas, seguindo protocolos técnicos para garantir esterilidade e estabilidade da formulação. Sua validade é restrita, geralmente de até 48 horas, o que torna imprescindível um fluxo contínuo e confiável de produção e entrega. Qualquer interrupção no fornecimento coloca em risco imediato pacientes adultos, pediátricos e neonatos que dependem exclusivamente dessa via para receber nutrição adequada. **Objetivo:** relatar as ações emergenciais realizadas pelo Serviço de Farmácia do GHC, em articulação com a Gerência de Interunidades de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (GISADT), para assegurar a continuidade do fornecimento de NPT durante as enchentes de maio de 2024 em Porto Alegre (RS), diante da paralisação das farmácias manipuladoras e do risco de descontinuidade terapêutica. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a atuação do Serviço de Farmácia do GHC durante o período crítico das enchentes de maio de 2024, com descrição das ações de articulação interinstitucional, busca de fornecedores de outros estados, avaliação de alternativas industrializadas, capacitação das equipes assistenciais e tomada de decisão conjunta com as Equipes Multiprofissionais de Terapia Nutricional (EMTNs), considerando critérios de segurança clínica, equivalência terapêutica e continuidade do cuidado. **Resultados e discussão:** no contexto das enchentes de maio de 2024, as farmácias manipuladoras de NPT de Porto Alegre (RS), responsáveis pelo atendimento individualizado a esses pacientes, tiveram suas sedes gravemente afetadas pelas inundações, permanecendo mais de 60 dias inoperantes. Essa paralisação gerou um cenário de desabastecimento imediato, demandando ações emergenciais para assegurar a continuidade do tratamento e evitar complicações clínicas graves. O papel do Serviço de Farmácia do GHC, em conjunto com a GISADT, foi determinante para coordenar

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

esforços e orientar a tomada de decisões. A integração entre equipes e a comunicação constante com diferentes setores assistenciais permitiram respostas ágeis e adequadas às necessidades emergentes. Diante da situação, foi organizada uma ação conjunta entre o GHC e demais hospitais do Rio Grande do Sul. A farmácia do GHC assumiu a liderança na busca de alternativas para manter o fornecimento de NPT. Foram realizadas articulações com fornecedores de outros estados, permitindo trazer manipulações prontas de outras localidades. Paralelamente, buscou-se no mercado produtos industrializados com validade prolongada e adequados às necessidades de alguns pacientes, garantindo que não houvesse interrupção do tratamento. As equipes assistenciais foram capacitadas em curto espaço de tempo para o uso dessas fórmulas. Essa estratégia exigiu não apenas esforço logístico, mas também criteriosa avaliação técnica, de forma a assegurar a equivalência terapêutica e a segurança clínica das alternativas utilizadas, com decisão conjunta junto às EMTNs. O compromisso das equipes envolvidas, aliado à agilidade no processo de aquisição e transporte, foi decisivo para minimizar desfechos adversos e preservar a qualidade da assistência. **Considerações finais:** a experiência evidenciou a importância da atuação integrada do Serviço de Farmácia, da GISADT, das equipes assistenciais e das EMTNs em contextos de desastre, especialmente quando há risco de interrupção de terapias essenciais como a NPT. A articulação interinstitucional, a busca rápida por fornecedores alternativos, a avaliação técnica das formulações disponíveis e a capacitação das equipes mostraram-se fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e a segurança dos pacientes. O cenário reforça a necessidade de planos de contingência específicos para cadeias críticas de suprimento hospitalar, com protocolos que assegurem respostas rápidas, comunicação efetiva e manutenção de terapias indispensáveis durante emergências climáticas e sanitárias.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA INFORMATIZADO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES ADULTOS E PEDIÁTRICOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Falcão do rego Barros
Bruno Coutinho Barreto
Péricles Israel Pilger
Verônica Oliveira da Costa

Introdução: a disponibilidade de informações corretas, completas e em tempo real é fundamental para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao paciente. Com a reabertura da emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), sob gestão do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), identificou-se a necessidade de uma solução tecnológica capaz de registrar, monitorar e organizar o fluxo de atendimento de pacientes adultos e pediátricos. Essa demanda motivou o desenvolvimento de um sistema eletrônico para gestão integrada da emergência, alinhado aos princípios de eficiência, segurança e humanização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** desenvolver e implantar o sistema informatizado HFBWEB/emer, voltado ao gerenciamento das etapas de atendimento na emergência, incluindo chamada, classificação de risco, registro multiprofissional, solicitações de exames e consultorias, e acompanhamento até a alta hospitalar. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a concepção, o desenvolvimento e a implantação do HFBWEB/emer, conduzido pela equipe de Tecnologia da Informação em parceria com a gestão assistencial da emergência, o setor de qualidade e o Núcleo de Segurança do Paciente. O processo envolveu levantamento de requisitos, modelagem de processos, programação, testes e treinamento das equipes para uso do sistema. **Resultados e discussão:** o HFBWEB/emer centraliza e organiza as informações referentes ao fluxo de atendimento, desde a chegada do paciente até sua alta, contemplando registro da chegada e classificação de risco, chamada para atendimento multiprofissional, solicitação e acompanhamento de exames, encaminhamento para consultorias, liberação e saída do paciente. A solução possibilita o acompanhamento em tempo real da trajetória do paciente, o monitoramento dos tempos de espera para cada etapa e a gestão da ocupação de leitos, contribuindo para decisões rápidas e adequadas. **Considerações finais:** a implantação do HFBWEB/emer representa um avanço significativo na gestão da emergência do HFB, promovendo maior controle das informações assistenciais e otimização dos fluxos de trabalho. Apesar de ainda estar em fase de aprimoramento, com a inclusão de novos módulos, como o de prescrição eletrônica, o sistema já demonstra impacto positivo na segurança do paciente, na integração das equipes e na eficiência operacional, fortalecendo a capacidade de resposta do SUS diante da alta demanda por atendimentos de urgência e emergência.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO GHC NO AUXILIO EMERGENCIAL ÀS VITIMAS DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL

Emilene Barros da Silva
Marcos Samaroni da Silveira
Maria Elisa Gassen Toffoli
Clarissa Félix de Oliveira

Introdução: nas últimas três décadas (1991–2020), o Brasil enfrentou mais de 66 mil episódios relacionados a eventos climáticos, resultando em mais de 4,7 mil mortes, cerca de 230 mil pessoas afetadas e impacto financeiro público estimado em aproximadamente R$ 430 bilhões, conforme dados do Atlas Digital de Desastres no Brasil. Esses indicadores revelam que os extremos climáticos se combinam com déficits em habitação, saneamento, mobilidade urbana e acesso à infraestrutura e aos serviços de saúde, intensificando seus efeitos na população mais vulnerável. Em maio de 2024, as chuvas intensas causaram a maior tragédia do estado do Rio Grande do Sul e uma das maiores do país, atingindo cerca de 90% dos municípios gaúchos. Na área da saúde, mapeamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) estimou que cerca de três mil estabelecimentos de saúde, entre consultórios, clínicas, farmácias e centros especializados, foram impactados pelas enchentes no Rio Grande do Sul. A emergência climática criou um cenário de grande complexidade de gestão, que precisou ser enfrentado com planos de contingência específicos para cada evento. Nesse cenário, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) implantou estratégias para garantir acolhimento aos colaboradores, transporte, atendimento contínuo aos pacientes e auxílio à Força Nacional do SUS (FN-SUS). **Objetivo:** apresentar as ações desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia do GHC durante as enchentes de maio de 2024 no Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, construído com base em abordagem descritiva e qualitativa, tendo como fonte principal o acompanhamento direto das ações realizadas pelo Serviço de Farmácia do GHC durante a emergência climática ocorrida no Rio Grande do Sul em maio de 2024. **Resultados e discussão:** o Serviço de Farmácia do GHC é responsável pela dispensação de medicamentos e correlatos para os pacientes internados nos quatro hospitais do Grupo: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Fêmina (HF) e Hospital Cristo Redentor (HCR), bem como pela dispensação ambulatorial para pacientes oncológicos e da infectologia. Durante a catástrofe de maio de 2024, que assolou o Rio Grande do Sul, o Serviço de Farmácia acolheu seus colaboradores afetados pelas enchentes e manteve as equipes mínimas necessárias para a continuidade do trabalho nos diferentes setores, demonstrando sua vocação interunidades e atuando ativamente na garantia do atendimento à comunidade. A FN-SUS, com apoio do GHC, mobilizou-se na instalação do Hospital de Campanha (HCamp) em Canoas (RS), para atendimento de mais de 8.000 pessoas abrigadas no campus da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), bem como em outros abrigos e na comunidade em geral daquela região. O município de Canoas (RS) perdeu o Hospital de Pronto Socorro, referência para atendimento de toda a região metropolitana, além de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e várias Unidades Básicas de Saúde, inundadas pela enchente, o que demonstra a grande importância da implementação do HCamp naquele momento. A farmácia instalada no HCamp, composta inicialmente por farmacêuticos e auxiliares de farmácia de Canoas (RS), desempenhou papel fundamental na triagem e organização dos medicamentos recebidos por doação pela FN-SUS. A área física ocupada foi a da Faculdade de Odontologia da ULBRA, ao lado da qual foi montada a tenda do HCamp. A Farmácia Central do HNSC contribuiu no suprimento de outros medicamentos necessários e não recebidos por meio de doações ou

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

da FN-SUS. Inicialmente, a farmacêutica fazia o pedido via almoxarifado, recebia, conferia e embalava os medicamentos em caixas, que eram entregues aos enfermeiros para transporte até o HCamp. O tempo de deslocamento até a ULBRA, situada na zona norte do município de Canoas (RS), era inicialmente de quatro horas. Posteriormente, esse abastecimento passou a ser feito via almoxarifado do HNSC. Após duas semanas, com o recuo gradativo das águas e a criação do corredor humanitário em Porto Alegre (RS), os profissionais do GHC começaram a retornar aos seus postos de trabalho, e o atendimento na farmácia do HCamp ficou sob responsabilidade dos farmacêuticos da FN-SUS, com suporte da Farmácia Central do HNSC quando necessário. Inúmeras doações de medicamentos foram recebidas no HNSC. Para organização dos milhares de itens, foi montado um grande estoque no prédio da Central Logística do GHC. Os farmacêuticos do HNSC contribuíram para a triagem dos itens quanto à validade e à identificação dos medicamentos padronizados na instituição. Os medicamentos não utilizados foram direcionados a outras instituições. A empresa contratada para a produção da nutrição parenteral do GHC, situada no bairro Navegantes, em Porto Alegre (RS), é também a principal fornecedora desse insumo para os demais hospitais da capital e da região metropolitana. Essa empresa também foi afetada pela enchente, tendo seus estoques e áreas de produção alagados, com inviabilidade de acesso dos profissionais para manipulação. Em virtude da impossibilidade de produção da nutrição parenteral, a coordenação do Serviço de Farmácia do GHC mobilizou os farmacêuticos dos demais hospitais de Porto Alegre (RS) e região para, conjuntamente, buscarem alternativas para sanar o problema. A nutrição parenteral é um item essencial para pacientes que não podem se alimentar normalmente ou por sonda nasoenteral, oferecendo grave risco à própria sobrevivência desses pacientes, especialmente recém-nascidos prematuros. Por meio desse grupo de profissionais, em articulação com os gerentes da empresa terceirizada, foi criado um plano de ação para garantir o abastecimento de nutrição parenteral. Esse plano foi modificado conforme a evolução do cenário da catástrofe e a adaptação dos serviços à realidade estabelecida. Em um primeiro momento, foram disponibilizadas fórmulas padronizadas para a pediatria. O Serviço de Farmácia precisou manter controle rigoroso das prescrições por meio da lista de pacientes com a fórmula atualizada e a identificação correta das bolsas. A Central de Misturas Intravenosas do HNSC ficou responsável pela manipulação dos eletrólitos, dispensados juntamente com a fórmula padrão. Essas medidas garantiram a continuidade da nutrição parenteral aos pacientes do HCC e do HF. Para os pacientes adultos, foram adquiridas formulações industrializadas básicas, também complementadas com a prescrição personalizada de eletrólitos. Passados os primeiros dias, a empresa terceirizada providenciou a manipulação das nutrições parenterais totais (NPTs) em áreas de outros estados, com chegada diária ao Rio Grande do Sul pela Base Aérea de Canoas (RS). Após algumas semanas, a empresa terceirizada passou a utilizar a área física do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) para a manipulação da nutrição parenteral, garantindo o fornecimento das formulações específicas para cada paciente. Essa situação perdurou até que a área da empresa fosse recuperada e reformada, de acordo com as necessidades específicas para o preparo da nutrição parenteral. Com relação às farmácias ambulatoriais do GHC, várias ações foram implementadas para garantir a continuidade do tratamento aos usuários. A quimioterapia oral para o tratamento do câncer tem crescido nos últimos anos devido à maior comodidade ao paciente, evitando deslocamentos aos hospitais e clínicas e dispensando a necessidade de acesso venoso. A Farmácia de Medicamentos Especiais (FME) é responsável pela dispensação de medicamentos orais e de suporte para pacientes oncológicos, atendendo cerca de 4.500 pacientes por mês, a maioria residente em Porto Alegre (RS) e região metropolitana. Vários desses usuários perderam tudo nas enchentes, inclusive medicamentos e documentos. A FME dispensou novamente os medicamentos perdidos, mesmo fora do prazo determinado para nova dispensação, não somente aos pacientes ou responsáveis, como é rotina do setor, mas também a voluntários que trabalhavam nos abrigos. Também foram enviados medicamentos para o HCamp e para abrigos onde os pacientes oncológicos atendidos pela FME estavam temporariamente alocados. A busca ativa dos pacientes faltantes foi realizada com o objetivo de manter a continuidade dos tratamentos. Essa busca consistiu

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

na emissão de relatório com a listagem de todos os pacientes oncológicos vinculados ao hospital e na revisão do comparecimento à FME para retirada dos medicamentos. Quando os pacientes não retornavam à farmácia na data programada conforme protocolo, eram contatados por ligação ou mensagem eletrônica para verificação do motivo. Dessa forma, buscou-se contemplar todos os pacientes atingidos pela tragédia climática, a fim de não interromper seu tratamento nem causar prejuízos à saúde. A farmácia do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) é a farmácia ambulatorial responsável pelo fornecimento de medicamentos antirretrovirais (ARV) para tratamento do HIV. Durante o período das enchentes, a farmácia do SICLOM alterou a forma de atendimento aos pacientes, pois muitos não estavam em posse de documentos pessoais e formulários de retirada dos medicamentos. A farmácia realizou a dispensação dos medicamentos ARV, evitando a perda de continuidade, imprescindível ao tratamento desses pacientes. A situação de pacientes que estavam fora de Porto Alegre (RS) e sem condições de retirar seus medicamentos ARV também foi acompanhada, sendo articuladas retiradas em outras farmácias da região e ajustada a necessidade de remanejamento dos medicamentos para esses atendimentos. Também foram disponibilizados os medicamentos necessários no HCamp e nos abrigos que acolheram esses pacientes. Após o período das enchentes, foi implantado na farmácia do SICLOM o Projeto "Portas Abertas", que consiste na possibilidade de atendimento de qualquer paciente em uso corrente de ARV que esteja impossibilitado de retirar seus medicamentos na farmácia de origem, com ações semelhantes às realizadas durante as enchentes. **Considerações finais:** diante dos desafios impostos pelas enchentes de maio de 2024 no Rio Grande do Sul, o Serviço de Farmácia do GHC reorganizou seus processos e garantiu acesso contínuo a medicamentos e cuidados à saúde, mesmo em condições adversas. As ações realizadas demonstram a importância da atuação interunidades, da articulação com a FN-SUS, da reorganização logística, da gestão de doações, da manutenção do abastecimento de nutrição parenteral e da continuidade da dispensação ambulatorial, especialmente para pacientes oncológicos e pessoas em tratamento com antirretrovirais. A experiência reforça a necessidade de planos de contingência estruturados para a assistência farmacêutica em emergências climáticas, de modo a preservar a continuidade do cuidado e a segurança dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Atlas Digital de Desastres no Brasil**. Disponível em: https://atlasdigital.mdr.gov.br/. Acesso em: 14 ago. 2025.

G1. Cheias no RS afetaram mais de 3 mil estabelecimentos de saúde, afirma Fiocruz. **G1**, Rio Grande do Sul, 22 maio 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/22/cheias-no-rs-afetaram-mais-de-3-mil-estabelecimentos-de-saude-afirma-fiocruz.ghtml. Acesso em: 14 ago. 2025.

SAÚDE EM DEBATE. Editorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, 2024. DOI: 10.1590/2358-28982024141EDPEDITORIAL. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-28982024141EDPEDITORIAL. Acesso em: 14 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INSERÇÃO DO TÉCNICO DE NUTRIÇÃO NA CLÍNICA: ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Caroline de Medeiros Correia

Introdução: o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), integrado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em outubro de 2024, não contava com técnicas de nutrição e dietética (TNDs) em seu quadro funcional. Até então, os nutricionistas acumulavam atividades assistenciais e administrativas, incluindo supervisão de contrato terceirizado, atualização de sistema de solicitação de dietas, acompanhamento da distribuição de alimentos e controle de qualidade, o que comprometia o tempo disponível para ações clínicas diretas. A introdução das TNDs foi planejada como estratégia para redistribuição de tarefas, fortalecimento do controle de qualidade e ampliação da cobertura assistencial, exigindo a elaboração de rotinas específicas e adaptações frente aos desafios estruturais do hospital. **Objetivo:** relatar o processo de inserção das técnicas de nutrição e dietética no Serviço de Nutrição do HFB e discutir os impactos dessa medida na organização do trabalho e na assistência nutricional. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência descritivo, elaborado a partir da vivência da equipe gestora do Serviço de Nutrição do HFB. A inserção das TNDs iniciou-se em novembro de 2024, com a contratação e o treinamento de 13 profissionais. O processo incluiu elaboração de rotinas específicas, construídas em conjunto com as técnicas de nutrição e dietética e nutricionistas; treinamento prático nas clínicas e setores de produção; reuniões quinzenais para avaliação e ajustes das rotinas; e definição de funções distintas para diaristas e plantonistas, contemplando atividades assistenciais e administrativas. O acompanhamento considerou dados e percepções colhidos até junho de 2025. **Resultados e discussão:** as rotinas foram criadas de forma colaborativa e ajustadas continuamente. Ao contrário do GHC/Sul, o HFB não dispõe de copas nos prédios de internação; as refeições são transportadas pela empresa terceirizada e as TNDs trabalham a partir de um contêiner com a infraestrutura administrativa da contratada, demandando um fluxo logístico próprio. A atuação das TNDs permitiu supervisão nos horários de desjejum, almoço, merenda e jantar, bem como a aplicação de *checklists* em setores críticos, como lactário, copas e estoque. O aperfeiçoamento desses controles resultou na redução de intercorrências e em maior rapidez nos ajustes de dieta. A implementação do acompanhamento de resto-ingestão em, no mínimo, três pacientes por clínica durante três dias consecutivos, somada à revisão diária de mapas alimentares, aumentou a precisão nas substituições e permitiu intervenções mais rápidas em casos de baixa aceitação. A transferência de tarefas administrativas, como elaboração de mapas da creche, oncologia e hemodinâmica, assim como solicitações de dietas e substituições de cardápio no sistema informatizado, reduziu sensivelmente o tempo dos nutricionistas destinado a funções não assistenciais. A presença das TNDs nas clínicas favoreceu a comunicação entre nutrição, enfermagem e outras equipes, fortalecendo a integração do cuidado e a segurança alimentar hospitalar. **Considerações finais:** a inserção das técnicas de nutrição e dietética no HFB mostrou-se um avanço na gestão da assistência nutricional, com ganhos na organização do trabalho, otimização de processos e melhoria da qualidade assistencial. A experiência evidencia que, em contextos hospitalares com limitações estruturais, a implementação de novas funções deve ser acompanhada de planejamento colaborativo e ajustes contínuos para garantir efetividade e integração com a equipe multiprofissional.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

FORMAÇÃO DE CUIDADORAS DE IDOSOS PELO PROGRAMA MULHERES MIL: INCLUSÃO SOCIAL E FORTALECIMENTO DO SUS FRENTE A EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS

Danielle Santos Azevedo

Introdução: o Programa Nacional Mulheres Mil: Educação, Cidadania e Desenvolvimento Sustentável integra um conjunto de ações que consolidam políticas públicas e diretrizes governamentais de inclusão educacional, social e produtiva de mulheres em situação de vulnerabilidade (Paul; Almeida; Neves, 2012; Trindade; Schwengber, 2013). O programa propõe que mulheres moradoras de comunidades integrantes dos Territórios da Cidadania e/ou de comunidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tenham acesso à formação educacional, profissional e tecnológica, permitindo a elevação da escolaridade, a emancipação e o ingresso no mundo do trabalho por meio do empreendedorismo, da economia solidária e da empregabilidade (Trindade; Schwengber, 2013; Corcetti; Menezes; Carvalho *et al*., 2014). A partir desse contexto, a presente proposta de curso surgiu considerando as premissas do Programa Mulheres Mil e as possibilidades de empoderamento das mulheres, com autonomia não apenas pelo acesso à renda, mas também a salários dignos, previdência social e serviços públicos, direito ao emprego, condições de produzir e comercializar com dignidade, possibilidades de crescimento pessoal e direito ao lazer (Faria, 2011; Hunt; Samman, 2016), de forma a capacitá-las individualmente para tomar decisões que envolvem o controle e a alocação de recursos financeiros e agir sobre essas decisões. Assim, apresentam-se possibilidades para modificar relações de desigualdade e opressão social que atingem essas mulheres. O curso propõe o atendimento de 50 mulheres em situação de vulnerabilidade social no entorno do campus, em articulação com órgãos de assistência social. A iniciativa visa promover cidadania, autonomia e fortalecimento dos direitos dessas mulheres, por meio do acesso ao conhecimento técnico-científico e da formação profissional qualificada, possibilitando sua inserção no mundo do trabalho de forma digna e emancipada. A proposta ancora-se nos preceitos e princípios éticos do Programa Nacional Mulheres Mil, como elevação da escolaridade, profissionalização e valorização da mulher, e constitui-se como espaço de construção coletiva de saberes, instrumentalização crítica e política, e desenvolvimento de capacidades técnicas. Nesse processo formativo, a elevação da autoestima emerge como reflexo do reconhecimento de direitos, da apropriação do conhecimento e da reconstrução de projetos de vida. O curso busca contribuir para o desenvolvimento sociocultural e econômico das comunidades atendidas, na medida em que promove protagonismo feminino, equidade e possibilidade concreta de as mulheres assumirem novos papéis sociais e participarem ativamente da governança de seus territórios. No contexto das emergências climáticas, que têm afetado gravemente a Região Metropolitana de Porto Alegre (RS), especialmente a zona norte da cidade, a qualificação de cuidadoras de idosos ganha relevância estratégica. Situações como enchentes, ondas de calor e interrupções nos serviços essenciais afetam de forma desproporcional a população idosa, exigindo preparo técnico, integração de cuidados e atuação articulada com a rede de saúde e assistência social. A formação ofertada pelo curso inclui orientações e estratégias de cuidado seguro em situações de crise, alinhando-se às necessidades de resiliência comunitária e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** relatar e analisar as experiências da coordenação e supervisão local do Programa Mulheres Mil no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), Campus Porto Alegre Zona Norte, em Porto Alegre (RS), com foco na implementação do curso Cuidadora de Idosos, evidenciando sua contribuição para a integração do cuidado, a promoção da participação social e o fortalecimento do SUS diante das emergências

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

climáticas e das vulnerabilidades sociais da região. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência em andamento, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, que apresenta as etapas preparatórias para a oferta do curso Cuidadora de Idosos no âmbito do Programa Mulheres Mil, no IFRS Campus Porto Alegre Zona Norte. O curso, com início previsto para 2 de setembro de 2025, encontra-se em fase de organização e planejamento. As informações utilizadas foram obtidas por meio de registros institucionais, reuniões da equipe organizadora, trocas com órgãos parceiros e documentos oficiais do programa, como editais de seleção, cronogramas e planos de curso. As ações preparatórias relatadas incluem elaboração e publicação do edital de seleção das participantes, em articulação com a rede de assistência social do território; definição de conteúdos e carga horária, com base no Guia Pronatec de Cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC) e nas diretrizes do Programa Mulheres Mil; organização da aula inaugural, prevendo momentos de acolhimento, apresentação da proposta pedagógica e integração com parceiros institucionais; trâmites burocráticos e administrativos, como reservas de espaço físico, aquisição de materiais e adequação de salas e laboratórios; divulgação do curso em canais institucionais e comunitários, buscando alcançar o público-alvo; e articulação intersetorial com órgãos da saúde e assistência social, visando garantir a integração do cuidado e o fortalecimento da rede de apoio às participantes. A análise da experiência enfatiza as estratégias de articulação e planejamento que antecedem a execução do curso, situando-as no contexto das vulnerabilidades sociais e das emergências climáticas que afetam a região, e discutindo como essas etapas iniciais contribuem para o fortalecimento do SUS e a promoção da participação social. **Resultados e discussão:** embora o curso Cuidadora de Idosos ainda esteja em fase de implementação, alguns resultados preliminares já indicam o potencial de impacto da iniciativa. No momento do planejamento, havia preocupação de não atingir o total de 50 vagas ofertadas, considerando a especificidade do público-alvo e as condições de vulnerabilidade social da região. Entretanto, a mobilização junto à rede de assistência social e a divulgação comunitária superaram as expectativas: até a presente data, já foram contabilizadas mais de 250 inscrições. Diante desse número expressivo, o processo seletivo ocorrerá por meio de sorteio, garantindo equidade na distribuição das vagas e mantendo o foco no público prioritário definido pelo edital. Esse interesse elevado demonstra a demanda reprimida por oportunidades de qualificação profissional voltadas ao cuidado de idosos, especialmente entre mulheres que buscam inserção ou reinserção no mundo do trabalho. Os resultados esperados com a execução do curso incluem capacitação técnica de 50 mulheres para atuação qualificada no cuidado de idosos, tanto no âmbito domiciliar quanto institucional; fortalecimento da autoestima, autonomia e protagonismo feminino; criação de vínculos entre as participantes e a rede de saúde e assistência social, ampliando a integração do cuidado; formação de multiplicadoras de conhecimento, capazes de compartilhar orientações de cuidado seguro em contextos de vulnerabilidade e emergências climáticas; contribuição para a resiliência comunitária frente a eventos extremos, como enchentes e ondas de calor, que impactam de forma desproporcional a população idosa; e continuidade dos estudos nos demais cursos ofertados pelo IFRS. A discussão sobre esses resultados preliminares reforça que a grande procura pelo curso é reflexo não apenas da carência de oportunidades de formação, mas também da relevância do tema no atual contexto social e ambiental. A qualificação de cuidadoras de idosos responde diretamente a demandas do SUS por profissionais que atuem de forma integrada com os serviços e estejam preparados para situações de crise. Também a fase de organização já evidenciou a importância da articulação intersetorial. O envolvimento de parceiros institucionais desde a elaboração do edital até a preparação da aula inaugural contribui para alinhar expectativas, integrar saberes e fortalecer a rede de proteção social. Essa estratégia dialoga com a proposta do congresso ao mostrar que o fortalecimento do cuidado passa não apenas pela execução direta das ações, mas também por planejamento sólido, participativo e sensível às necessidades do território. **Considerações finais:** a experiência de organização do curso Cuidadora de Idosos no âmbito do Programa Mulheres Mil, mesmo antes de sua execução, já evidencia avanços significativos no fortalecimento da participação social, na integração do cuidado e na promoção da equidade de gênero. O expressivo número de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

inscrições, superando amplamente as vagas ofertadas, confirma a demanda por formações que unam qualificação profissional e inclusão social, especialmente em territórios vulneráveis. A preparação do curso mostrou-se um processo estratégico, no qual o planejamento pedagógico, a articulação com a rede de saúde e assistência social e o cuidado com a comunicação comunitária desempenharam papéis fundamentais. Essas etapas preliminares não apenas estruturam a oferta formativa, mas também criam ambiente propício para que as futuras cuidadoras desenvolvam competências técnicas e sociais que terão impacto direto na qualidade do cuidado à pessoa idosa. Em cenário marcado por emergências climáticas recorrentes, qualificar mulheres para o cuidado de idosos significa ampliar a capacidade de resposta comunitária e fortalecer a rede de proteção social, alinhando-se às necessidades do SUS e às diretrizes do 1º Congresso do Grupo Hospitalar Conceição. Espera-se que, ao final da formação, as participantes estejam aptas não apenas a exercer a profissão, mas também a atuar como agentes de transformação social em seus territórios, multiplicando saberes e fortalecendo vínculos.

Referências

CARVALHO, M. L. Formação de mulheres em situação de pobreza: cidadania e autonomia. **Revista Brasileira de Políticas Sociais**, [s. l.], 2013.

FARIA, C. Empoderamento feminino e desenvolvimento sustentável: perspectivas de inclusão social. **Revista de Estudos Sociais**, [s. l.], 2011.

HUNT, A.; SAMMAN, E. **Women's economic empowerment**: navigating enablers and constraints. London: Overseas Development Institute, 2016. Research Report. Disponível em: https://cdn.odi.org/media/documents/10683.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

PAUL, E. C.; ALMEIDA, G. S. de; NEVES, R. M. Programa Mulheres Mil: um convite à inclusão social, econômica e ambiental, no IFSC Campus Gaspar/SC. **Revista Técnico-Científica do IFSC**, Florianópolis, v. 3, n. especial, 2012. Disponível em: https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/rtc/article/view/847. Acesso em: 22 jun. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O LETRAMENTO E A INCLUSÃO DIGITAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO NACIONAL SOBRE FATORES DETERMINANTES

Laís Thiele Felipe

Introdução: nos últimos anos, a utilização de tecnologias intensificou-se em diferentes âmbitos da vida cotidiana. A partir da Pandemia de covid-19, houve grande expansão do uso de tecnologias nas áreas da educação e da saúde, produzindo efeitos significativos que, mesmo após o fim desse período, continuam sendo disseminados e transformados em novos modelos de atuação. Dessa forma, a literacia em saúde pode qualificar a prestação de serviços no que se refere à excelência e à importância do cuidado. O letramento digital em saúde compreende o uso de tecnologias de diversas maneiras, como no ato de buscar informações, compreendê-las e avaliá-las para seu devido uso. Com isso, identificar o nível de letramento digital de profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços oferecidos à população, em diferentes setores, no âmbito da saúde pública e no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse cenário, propôs-se uma pesquisa multicêntrica cuja coordenação nacional é realizada pela Universidade de Brasília (UnB) e cuja coordenação estadual é feita pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Objetivo:** analisar o potencial das estratégias tecnológicas e como elas podem contribuir para a inclusão e o letramento digital de profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Metodologia:** o presente estudo adota metodologia exploratório-descritiva de natureza quantitativa, delineada para abranger as cinco macrorregiões do Brasil. Essa abordagem multicêntrica visa proporcionar compreensão abrangente das dinâmicas e características investigadas em nível nacional. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com profissionais de saúde atuantes na APS. As entrevistas ocorrerão de forma síncrona, podendo ser conduzidas presencialmente ou por meio de plataformas virtuais, garantindo flexibilidade e abrangência na participação dos entrevistados. Os instrumentos de pesquisa foram elaborados e divididos em três blocos distintos: A, com questões sobre perfil profissiográfico; B, com questões referentes à inclusão digital; e C, com o instrumento de avaliação do letramento digital em saúde eHEALS. Por fim, a coleta e a sistematização dos dados estão sendo realizadas por meio da plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*). **Resultados e discussão:** a pesquisa ainda está em fase de coleta de dados. Os resultados preliminares demonstram que os profissionais da APS têm acesso às tecnologias digitais e fazem uso delas tanto nas atividades laborais quanto na vida pessoal. Em relação ao uso da informação sobre saúde encontrada na internet, os participantes referem saber onde e como acessá-la, porém não se sentem totalmente seguros quanto à confiabilidade dessas informações e apontam fragilidades em relação às habilidades necessárias para distinguir informações confiáveis de informações pouco confiáveis. **Considerações finais:** os resultados preliminares desta análise indicam que, apesar de os profissionais da Atenção Primária à Saúde já possuírem acesso a uma variedade de recursos digitais, a mera disponibilidade desses recursos não é suficiente para garantir sua utilização eficaz. É fundamental que sejam implementadas ações contínuas de educação permanente. Isso permitirá que os dados digitais se convertam em suporte efetivo para a tomada de decisões clínicas e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à população.

VIGILÂNCIA GENÔMICA AMBIENTAL COMO

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

FERRAMENTA PARA MONITORAR A CIRCULAÇÃO DO VÍRUS DA HEPATITE A (HAV) EM ÁGUAS PLUVIAIS AFETADAS POR EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS

Fernanda Muckler Pereira

Introdução: nos últimos anos, a utilização de tecnologias intensificou-se em diferentes âmbitos da vida cotidiana. A partir da Pandemia de covid-19, houve grande expansão do uso de tecnologias nas áreas da educação e da saúde, produzindo efeitos significativos que, mesmo após o fim desse período, continuam sendo disseminados e transformados em novos modelos de atuação. Dessa forma, a literacia em saúde pode qualificar a prestação de serviços no que se refere à excelência e à importância do cuidado. O letramento digital em saúde compreende o uso de tecnologias de diversas maneiras, como no ato de buscar informações, compreendê-las e avaliá-las para seu devido uso. Com isso, identificar o nível de letramento digital de profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços oferecidos à população, em diferentes setores, no âmbito da saúde pública e no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse cenário, propôs-se uma pesquisa multicêntrica cuja coordenação nacional é realizada pela Universidade de Brasília (UnB) e cuja coordenação estadual é feita pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Objetivo:** analisar o potencial das estratégias tecnológicas e como elas podem contribuir para a inclusão e o letramento digital de profissionais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Metodologia:** o presente estudo adota metodologia exploratório-descritiva de natureza quantitativa, delineada para abranger as cinco macrorregiões do Brasil. Essa abordagem multicêntrica visa proporcionar compreensão abrangente das dinâmicas e características investigadas em nível nacional. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com profissionais de saúde atuantes na APS. As entrevistas ocorrerão de forma síncrona, podendo ser conduzidas presencialmente ou por meio de plataformas virtuais, garantindo flexibilidade e abrangência na participação dos entrevistados. Os instrumentos de pesquisa foram elaborados e divididos em três blocos distintos: A, com questões sobre perfil profissiográfico; B, com questões referentes à inclusão digital; e C, com o instrumento de avaliação do letramento digital em saúde eHEALS. Por fim, a coleta e a sistematização dos dados estão sendo realizadas por meio da plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*). **Resultados e discussão:** a pesquisa ainda está em fase de coleta de dados. Os resultados preliminares demonstram que os profissionais da APS têm acesso às tecnologias digitais e fazem uso delas tanto nas atividades laborais quanto na vida pessoal. Em relação ao uso da informação sobre saúde encontrada na internet, os participantes referem saber onde e como acessá-la, porém não se sentem totalmente seguros quanto à confiabilidade dessas informações e apontam fragilidades em relação às habilidades necessárias para distinguir informações confiáveis de informações pouco confiáveis. **Considerações finais:** os resultados preliminares desta análise indicam que, apesar de os profissionais da Atenção Primária à Saúde já possuírem acesso a uma variedade de recursos digitais, a mera disponibilidade desses recursos não é suficiente para garantir sua utilização eficaz. É fundamental que sejam implementadas ações contínuas de educação permanente. Tal medida permitirá que os dados digitais se convertam em suporte efetivo para a tomada de decisões clínicas e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à população.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SABERES QUILOMBOLAS E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ABORDAGEM CONTRACOLONIAL

Kelen Ferreira Rodrigues
Marina Soares Mota
Jorge Tadeu Teixeira Senna
Elisângela Martins da Rosa Silveira

Introdução: as enchentes que atingem o Rio Grande do Sul nos últimos anos escancaram desigualdades históricas. Mais do que fenômenos naturais extremos, revelam a crise climática agravada pela urbanização desordenada, pela degradação ambiental e pela ausência de políticas públicas eficazes. Seus impactos são desiguais: comunidades quilombolas, ribeirinhas e periféricas perdem bens, referências culturais e vínculos comunitários. A educação popular em saúde, sob perspectiva contracolonial, reconhece que enfrentar essas crises exige mais do que ação técnica: é necessário fortalecer saberes e práticas locais. Autores como Nego Bispo, Lélia Gonzalez, Nilma Lino Gomes, Milton Santos e Paulo Freire defendem que a autonomia comunitária nasce da relação entre território, cultura, espiritualidade e trabalho coletivo. Amílcar Cabral, em diálogo com Freire, reforça a importância de processos educativos libertadores e participativos. **Objetivo:** propor uma estratégia de educação popular em saúde para contextos de desastres climáticos, especialmente enchentes no Rio Grande do Sul, com abordagem contracolonial centrada nos saberes quilombolas e nas contribuições de mulheres negras, articulando pesquisa, prática comunitária e reflexão teórica. **Metodologia:** trata-se de uma proposta qualitativa e contracolonial, baseada na escuta ativa, no diálogo horizontal e no reconhecimento do saber orgânico (Bispo, 2019). Inspirada em Paulo Freire (1987), busca compreender e fortalecer estratégias locais de cuidado e reconstrução. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa em saúde valoriza não apenas os relatos, mas sua interpretação no contexto sociocultural. No caso das enchentes, isso implica ouvir histórias, mapear estratégias de sobrevivência, registrar práticas agroecológicas adaptadas e identificar redes de solidariedade. Mulheres quilombolas têm papel central na preservação cultural, na produção de alimentos e no cuidado com a saúde da comunidade, mesmo diante de perdas severas. A abordagem contracolonial legitima esses saberes e os integra às ações emergenciais, evitando que políticas verticalizadas invisibilizem soluções já existentes. O pensamento de Gonzalez (1988) e Gomes (2017) reforça que o enfrentamento das crises exige reconhecer a dimensão política e cultural do cuidado, que ultrapassa respostas técnicas. Santos (2000) contribui para compreender como processos globais e lógicas econômicas ampliam vulnerabilidades locais. Assim, a proposta metodológica articula dimensões ambientais, culturais e políticas, visando uma resposta que seja, ao mesmo tempo, eficaz e enraizada no território. **Resultados e discussão:** como trabalho em andamento, apresentam-se resultados parciais. A abordagem qualitativa contracolonial permite identificar dimensões do desastre que ultrapassam as perdas físicas. As enchentes atingem também a memória, a espiritualidade e a coesão social. Foram observadas práticas comunitárias relevantes, como mutirões de limpeza, redes de cuidado com crianças e idosos, preservação de sementes crioulas e rituais coletivos. Esses elementos desempenham papel vital na recuperação e, se incorporados a programas de saúde e reconstrução, podem aumentar sua eficácia e sustentabilidade. A escuta das comunidades revela que a recuperação não se resume à reconstrução de estruturas físicas. Trata-se de restaurar vínculos, proteger modos de vida e assegurar autonomia para lidar com crises futuras. O diálogo com a perspectiva de Cabral (1978) destaca que processos educativos participativos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

são fundamentais para consolidar a resistência e a capacidade de auto-organização diante de desastres. **Considerações finais:** as enchentes no Rio Grande do Sul devem ser compreendidas como fenômenos também sociais e políticos. A metodologia qualitativa contracolonial, ancorada nos saberes quilombolas, possibilita ações mais justas, sustentáveis e culturalmente enraizadas. Ao romper com a lógica colonial, que impõe soluções externas e descontextualizadas, a proposta aponta para a necessidade de políticas públicas que dialoguem com as comunidades e incorporem suas estratégias de resistência. Mais do que reconstruir casas e ruas, é preciso restaurar vínculos comunitários, garantir autonomia e afirmar modos de vida que historicamente asseguram a sobrevivência e a dignidade dessas populações.

Referências

BISPO, A. **Colonização, quilombos**: modos e significados. Brasília: Instituto de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa, 2019.

CABRAL, A. **Cartas à Guiné-Bissau**. Lisboa: Seara Nova, 1978.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

GOMES, N. L. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO NA SAÚDE DO IDOSO FRENTE À EMERGÊNCIA CLIMÁTICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Simone Konzen Ritter
Fernanda Seidel Pinheiro
Idiane Rosset
Ana Maria Müller de Magalhães

Introdução: o estado do Rio Grande do Sul sofreu o maior desastre natural de sua história em maio de 2024. Os impactos foram catastróficos e abrangentes. Segundo informações dos Boletins sobre o impacto das chuvas no Rio Grande do Sul, emitidos pela Secretaria de Comunicação do Estado (Rio Grande do Sul, 2024), dos 497 municípios gaúchos, 478 foram afetados, com quase 2,4 milhões de pessoas impactadas. Mais de 15.000 km² ficaram submersos, com perdas humanas e sociais alarmantes: foram 183 mortes confirmadas, 27 pessoas desaparecidas e 806 feridos. A exposição prolongada às águas da inundação causou mais de 15 mil casos registrados de leptospirose. As perdas materiais foram igualmente alarmantes, com milhares de residências severamente atingidas, destruídas ou danificadas. Cerca de 146 mil pessoas foram desalojadas e mais de 50 mil ficaram desabrigadas (Brasil, 2025). Nesse cenário, as pessoas idosas estão entre as populações mais vulneráveis e sofreram impacto significativo frente à calamidade, tanto pela condição física quanto por fatores sociais e emocionais, o que amplia os riscos à saúde e à sobrevivência durante e após eventos climáticos extremos. **Objetivo:** relatar as repercussões na saúde da pessoa idosa frente à emergência climática ocorrida em 2024 no estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência acerca das repercussões na saúde da pessoa idosa frente à emergência climática da enchente que afetou a maioria dos municípios gaúchos em 2024. **Resultados e discussão:** o Rio Grande do Sul é considerado o estado mais envelhecido do Brasil, pois cerca de 20% de sua população total tem 60 anos ou mais. Por serem especialmente vulneráveis em situação de emergência e desastre, as pessoas idosas necessitam de prioridade no cuidado. Para além do declínio da capacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento, múltiplos fatores contribuem para a redução da resiliência dessa população, como condições crônicas de saúde. Variáveis como percepção de risco, estado de alerta, atenção, agilidade e mobilidade também podem estar comprometidas, dificultando ou mesmo impedindo respostas eficazes em situações críticas. A população idosa pode apresentar alterações fisiológicas que impactam a mobilidade, reduzem a acuidade auditiva e visual, aumentam a dependência para atividades da vida diária e exigem uso contínuo de medicamentos para condições crônicas de saúde. Essa população também sofreu impactos na saúde física e mental devido à perda de bens materiais, medicamentos e insumos essenciais para a manutenção da saúde. As consequências adversas das alterações climáticas afetam de forma desproporcional as pessoas idosas, agravando desigualdades e disparidades de saúde já existentes, especialmente em contextos de emergência climática, como o vivenciado no Rio Grande do Sul. A literatura aponta aumento de casos de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais em pessoas idosas, bem como agudização de condições crônicas de saúde, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, após a emergência climática vivenciada. Nesse contexto, foi prioritário identificar, nos abrigos temporários, as condições de saúde e as necessidades de cada pessoa idosa, de forma a contribuir para a continuidade do tratamento e do manejo dessas condições, evitando o surgimento de novos agravos. **Considerações finais:** a população idosa do estado do Rio Grande do Sul sofreu repercussões significativas na saúde física e mental em decorrência da emergência climática que se

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

tornou uma situação de calamidade pública. A atuação conjunta das equipes de saúde e dos voluntários nos abrigos temporários foi essencial para minimizar danos e prevenir óbitos. Ressalta-se, ainda, a importância de fortalecer a preparação dos serviços de saúde e investir na capacitação de equipes para atuação eficaz em contextos de desastre, com protocolos claros para identificação, proteção e cuidado da população idosa. Diante da crescente frequência e intensidade dos eventos climáticos extremos no Brasil, a adoção de medidas preventivas e integradas é fundamental para reduzir danos, preservar vidas e mitigar desigualdades em saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

JOGOS DE TABULEIRO COMO FERRAMENTA NO ENSINO SOBRE O SUS

Kethlyn Martinez Gomes
Márcia Fernanda de Mello Mendes
Nara Consuelo Martinez Gomes
Tatiane Conceição de Freitas

Introdução: a educação em saúde desempenha papel essencial na promoção do bem-estar, capacitando indivíduos a identificar e enfrentar vulnerabilidades, riscos e danos. A integração entre saúde e educação impacta diretamente os determinantes sociais da saúde, possibilitando compreensão ampliada sobre o bem-estar coletivo. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como instrumento central de promoção da saúde e justiça social, garantindo acesso universal, equidade e integralidade dos serviços. Diante desse contexto, o uso de jogos de tabuleiro modernos apresenta-se como recurso pedagógico interativo e dinâmico para fortalecer a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS. A ludicidade, associada a metodologias ativas, potencializa o aprendizado ao estimular a participação, o raciocínio crítico e a colaboração. **Objetivo:** apresentar experiências de aplicação de jogos de tabuleiro como metodologia ativa para o ensino dos princípios do SUS, tanto em contextos formais quanto em ações de extensão, evidenciando como esses recursos podem contribuir para a formação crítica dos participantes e para o fortalecimento da compreensão sobre a organização e o funcionamento do sistema público de saúde brasileiro. **Metodologia:** o projeto integrou jogos pedagógicos modernos em diferentes contextos educativos, priorizando atividades participativas. Foram utilizados jogos já existentes, como "Saúde da Família: Quem Faz o Quê?" (Fiocruz), que explora os papéis da Estratégia Saúde da Família, e "Linha do Tempo do SUS", adaptado para abordar o histórico da saúde pública no Brasil. As atividades foram aplicadas em turmas do curso técnico em Cuidador de Idosos do Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA), no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), Campus Alvorada, em Alvorada (RS), e apresentadas na Tenda Afetações da Mostra de Ensino, Pesquisa e Extensão (MEPEX) 2024, alcançando público diversificado, incluindo estudantes do ensino fundamental, membros da comunidade, professores e convidados. A mediação das partidas foi realizada por pesquisadores do projeto, estimulando a relação entre o conteúdo trabalhado e a vivência dos participantes. Também foi desenvolvido o "Jogo da Velha: Níveis de Atenção do SUS", no qual peças representam serviços de saúde, permitindo associações entre cada serviço e os níveis de atenção primário, secundário e terciário. **Resultados e discussão:** nos contextos aplicados, observou-se elevado engajamento dos participantes, que interagiram de forma ativa e colaborativa. Os alunos do PROEJA conseguiram estabelecer conexões claras entre os conteúdos dos jogos e suas experiências no cuidado em saúde, fortalecendo o vínculo entre teoria e prática. Na MEPEX 2024, a proposta despertou grande interesse do público geral, reforçando o potencial dos jogos para promover reflexão crítica e democratizar o acesso a informações sobre o SUS. O "Jogo da Velha: Níveis de Atenção do SUS" destacou-se por facilitar a compreensão da organização hierárquica dos serviços e promover debates sobre o acesso e a integralidade da atenção. A experiência reforça que jogos de tabuleiro pedagógicos são ferramentas eficazes para desenvolver competências cognitivas e sociais, incentivando o pensamento crítico, a tomada de decisão e a compreensão sistêmica do SUS. **Considerações finais:** o uso de jogos de tabuleiro como recurso didático na área da saúde mostrou-se uma metodologia ativa eficiente, capaz de integrar teoria e prática de maneira lúdica e acessível. Essa abordagem favorece a aprendizagem colaborativa e fortalece a compreensão dos princípios do

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SUS entre diferentes públicos. A continuidade das ações de pesquisa e inovação tecnológica voltadas à criação e avaliação de objetos pedagógicos permitirá expandir o alcance dessas metodologias, contribuindo para a qualificação da educação em saúde e para a formação de cidadãos e profissionais comprometidos com a defesa e o fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ALGODÃO ORGÂNICO NO SUS: SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC)

Bruna Moser Torres
Céres Helena Pereira de Senna
Mara Inês de Lima
Vanessa de Souza Bonilha

Introdução: o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é a maior instituição pública 100% Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sul, com mais de 1.800 leitos, o que representa alto volume de produção em saúde e de materiais hospitalares (GHC, 2023). Vinculado ao compromisso institucional com a sustentabilidade e à diretriz federal de fortalecer relações com cooperativas e redes da economia solidária, o GHC elaborou edital de chamamento público com base na Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014, para estabelecer parceria com organização que realizasse a confecção de peças têxteis exclusivamente a partir de algodão orgânico, em especial enxovais hospitalares (Brasil, 2014). Os enxovais convencionais são produzidos a partir de algodão cultivado em monocultura, com uso intensivo de agrotóxicos, o que empobrece o solo e gera inúmeros impactos ambientais, como perda de biodiversidade e desequilíbrio dos ecossistemas. A partir dessa constatação, surgiu a proposta de substituir gradativamente os enxovais tradicionais por peças confeccionadas com algodão orgânico, provenientes de cadeias produtivas solidárias, articulando cuidado, inclusão produtiva e inovação em compras públicas (Artuso, 2023). **Objetivo:** promover uma estratégia de cuidado hospitalar que alinhasse sustentabilidade ambiental, justiça social e inovação na gestão pública. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da utilização de enxovais de algodão orgânico em um hospital 100% SUS no Sul do Brasil. A iniciativa foi implementada por meio de etapas envolvendo diferentes setores da instituição e parceiro externo, a cooperativa selecionada, contemplando diagnóstico e alinhamento estratégico, lançamento de edital de chamamento público, realização de adequações internas, capacitações e sensibilização das equipes, implementação gradual e comunicação institucional. Inicialmente, foi realizado levantamento sobre o uso dos enxovais hospitalares convencionais, a origem dos materiais, o fluxo de utilização e a destinação após o uso. Essa análise possibilitou reavaliar os critérios socioambientais nas compras e buscar maior alinhamento com as diretrizes estratégicas do Planejamento Estratégico do GHC, como sustentabilidade, atenção e gestão humanizadas, qualificação da ambiência, e com os objetivos estratégicos de promover práticas e políticas que garantam o equilíbrio entre desenvolvimento econômico, social e ambiental, assegurando a sustentabilidade das atividades da instituição, e qualificar a ambiência das instalações de saúde, promovendo ambiente acolhedor por meio de melhorias na infraestrutura, organização dos espaços, segurança, limpeza, conforto e acessibilidade (GHC, 2023). A partir disso, em janeiro de 2024, o GHC divulgou edital de chamamento público, com base na Lei n. 13.019/2014, para selecionar organizações da sociedade civil com capacidade técnica e experiência em produção têxtil sustentável. A Cooperativa Central Justa Trama, localizada em Porto Alegre (RS), foi selecionada como parceira e, em março do mesmo ano, foi firmado contrato com o GHC. A cooperativa atua de forma integrada com outras cooperativas desde o cultivo agroecológico do algodão até a costura final dos produtos. Os itens requisitados no primeiro contrato foram lençóis de dois tamanhos e fronhas. A logística exigiu revisão dos fluxos de recebimento dos enxovais, separação, transporte e lavagem dos itens. Essa etapa envolveu ajustes nas rotinas do almoxarifado do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), do Processamento de Roupas do HNSC, da Rouparia e da Higienização do Hospital Criança Conceição (HCC) e da lavanderia terceirizada

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

da Associação de Hospitais de Porto Alegre. Também foram envolvidos setores administrativos, como as Gerências Administrativas do HNSC e do HCC, para apoio em todas as fases do processo. Integrantes dessas equipes realizaram visitas à cooperativa parceira e, dessa maneira, puderam compreender o sistema social envolvido na produção dos itens têxteis. O processo abrange cidadãos, trabalhadores e usuários do SUS, criando consciência social enriquecida pelo discernimento da importância de cada indivíduo nesse processo. Houve readequações internas no fluxo de destinação dos enxovais, como inclusão de *hampers* identificados com sinalização de enxovais de algodão orgânico nas unidades de internação. Essa distinção permitiu que os itens tivessem a destinação correta e fossem higienizados separadamente na lavanderia. Em conjunto com a Coordenação de Enfermagem, a nova rotina era reforçada constantemente com os profissionais de saúde, para que houvesse a separação correta dos itens. Em agosto de 2025, o uso das peças de algodão orgânico foi ampliado para o Centro de Oncologia e Hematologia (COH), ligado à Gerência de Administração do HNSC. Durante os meses de julho e agosto de 2025, houve capacitação das equipes envolvidas e, ainda em agosto, iniciou-se efetivamente a utilização dessas peças em duas unidades do COH, com projeto de abastecer integralmente a instituição até outubro. Antes da execução da iniciativa, foi realizada a capacitação das equipes de higienização, rouparia e assistência, para apresentar o projeto e instruir quanto ao uso correto dos itens. A implementação iniciou-se no Ambulatório de Oncologia e Hematologia do HCC, em junho de 2024, e, posteriormente, foi expandida progressivamente para outras unidades, com previsão de que, até o final de 2025, todas as unidades do hospital estejam contempladas com os itens. A iniciativa foi divulgada nos canais internos e externos do GHC, com apoio da Comunicação do GHC, e também foram submetidos trabalhos sobre essa implementação a eventos de inovação. Atualmente, o novo contrato do GHC com a cooperativa prevê a entrega de novos itens confeccionados com algodão orgânico, capas de berço e lençóis para bebês, totalizando cinco peças de enxoval sustentável. **Resultados e discussão:** a implementação dos itens de enxoval hospitalar confeccionados com algodão orgânico agroecológico gerou impactos positivos na instituição. Do ponto de vista da gestão, fortaleceu a relação entre setores do GHC, como Almoxarifado, Hotelaria, Higienização, equipe assistencial, Comunicação, Gerências e lavanderia terceirizada, com fluxos de logística padronizados e alinhados ao Planejamento Estratégico 2024 a 2030 do GHC. Na assistência, profissionais relataram benefícios como maior bem-estar dos pacientes e redução dos riscos de exposição a agrotóxicos, com potencial redução de alergias. A confecção de roupas biodegradáveis é uma prática importante, reforçada nos últimos anos, para manter ambiente sustentável. O algodão orgânico tem como vantagem a decomposição rápida no meio ambiente (Özbey; Gürarda, 2025). Na saúde pessoal, os itens demonstraram ser positivos por oferecerem mais conforto, respirabilidade, hipoalergenicidade e resistência, mantendo ótimas condições após um ano de uso. No aspecto socioeconômico, a parceria impactou dezenas de trabalhadores em rede de cooperativas, cuja produção e comercialização seguem os princípios da economia solidária e do comércio justo, fundamentados em relações de produção sem exploração. A economia solidária é uma forma de organizar a produção, a comercialização e o consumo com base na cooperação, autogestão, respeito ao meio ambiente e justiça social. Do ponto de vista ambiental, a substituição de enxovais convencionais por aqueles confeccionados a partir de algodão orgânico contribui para a sustentabilidade e envolve práticas sustentáveis, como o plantio com conservação do solo, sem uso de agrotóxicos, protegendo a biodiversidade e favorecendo o equilíbrio dos ecossistemas. Durante esse processo, foram encontrados desafios relacionados à adaptação dos fluxos e aos ajustes nos processos de separação, bem como à necessidade de capacitação continuada das equipes e manutenção das orientações. Esses pontos estão sendo superados por meio do apoio dos diversos setores envolvidos e de ajustes constantes nas etapas. **Considerações finais:** a implementação do uso de enxovais hospitalares confeccionados com algodão orgânico no GHC alia inovação, cuidado humanizado e sustentabilidade. Envolve mais do que a simples mudança de itens têxteis, pois se trata de uma mudança de processos e políticas institucionais capazes de contribuir para práticas mais sustentáveis e para cadeias de produção mais justas e responsáveis, interligando dimensões

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

econômicas, sociais e ambientais que podem influenciar positivamente a saúde coletiva. A iniciativa está alinhada às políticas de economia solidária e de sustentabilidade, reafirmando o compromisso institucional com os objetivos de desenvolvimento sustentável, contribuindo para o bem-estar dos usuários e para a qualificação da ambiência hospitalar. Instituições públicas de saúde têm o dever de liderar práticas sustentáveis. Incorporar soluções como essa é reafirmar o compromisso do SUS com as futuras gerações.

Referências

ARTUSO, E. Relações coloniais ainda estão presentes na produção do algodão brasileiro. **Carta Capital,** 26 jun. 2023. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/artigo/relacoes-coloniais-ainda-estao-presentes-na-producao-do-algodao-brasileiro/. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil; altera as Leis n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e n. 9.790, de 23 de março de 1999; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 ago. 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Planejamento estratégico 2024-2030**. Porto Alegre: GHC, 2023. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/20250617_book_Plan_Estrategico.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

ÖZBEY, H. K.; GÜRARDA, A. Investigation of seam performance and biodegradability of organic cotton clothes for their sustainability. **Biodegradation**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 17, 5 fev. 2025. DOI: 10.1007/s10532-025-10112-w. Disponível em: PubMed Central e PubMed. Acesso em: 14 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

HORTA COMUNITÁRIA E ARBORIZAÇÃO FRUTÍFERA: ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE

Marli Boniatti Colle
Tiago Jakubowski Jaeger
Maria Eduarda Rocha de Oliveira
Viviane Maisa de Ávila Guez

Introdução: a educação em saúde desempenha papel essencial na promoção do bem-estar, capacitando indivíduos a identificar e enfrentar vulnerabilidades, riscos e danos. O uso de plantas medicinais é uma prática ancestral, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estratégia complementar no cuidado à saúde. A fitoterapia, quando orientada por profissionais capacitados, pode ser segura, eficaz e culturalmente relevante. Aliar a educação em fitoterapia à produção de alimentos e à arborização de espaços públicos amplia o alcance das ações de promoção da saúde, fortalecendo hábitos sustentáveis e integrando a comunidade. Nesse contexto, o presente trabalho descreve a experiência de implantação de um espaço integrado composto por horta comunitária, arborização frutífera e jardim de plantas medicinais em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Paulo Ávila, situada na periferia de Porto Alegre (RS). **Objetivo:** criar um espaço comunitário que integrasse a produção de alimentos, o cultivo de plantas medicinais e a educação em saúde, de forma a promover saúde e sustentabilidade, ensinar a comunidade e os estudantes sobre o uso seguro de plantas medicinais, incentivar a arborização e o cultivo sustentável, promover o consumo de frutas, legumes e hortaliças e criar um ambiente de aprendizado intergeracional que favorecesse a convivência social. **Metodologia:** o projeto foi desenvolvido em uma UBS situada na periferia de Porto Alegre (RS), tendo como público-alvo usuários da unidade, estudantes de escolas próximas e grupos comunitários. Inicialmente, foi realizado diagnóstico participativo com o intuito de identificar o interesse e as necessidades da população em relação ao uso do espaço e à fitoterapia. A partir desse levantamento, foi feito o planejamento coletivo, definindo-se as áreas destinadas ao plantio de hortaliças, árvores frutíferas e plantas medicinais. Foram promovidas oficinas educativas abordando temas como fitoterapia, cultivo orgânico e compostagem, visando à capacitação dos participantes. O plantio foi realizado por meio de mutirões comunitários, e a manutenção foi organizada com escalas de cuidado compartilhadas entre usuários, voluntários e profissionais da UBS. Para avaliação, utilizaram-se registros fotográficos, relatos de participantes e observação direta. **Resultados e discussão:** como resultado, obteve-se a criação de um espaço verde diversificado, com hortaliças, árvores frutíferas e plantas medicinais. As oficinas de fitoterapia contaram com ampla participação da comunidade e de escolas locais, favorecendo o aprendizado e a troca de saberes. Observou-se maior engajamento da população na manutenção do espaço e nas práticas sustentáveis, bem como aumento significativo na percepção da UBS como local de aprendizado, integração social e promoção da saúde. Entre os principais resultados, destacam-se o aumento do interesse comunitário pela fitoterapia, a elevação do consumo de frutas e hortaliças, a ampliação de áreas verdes, o fortalecimento do conhecimento sobre plantas medicinais entre estudantes e comunidade e o estreitamento de vínculos entre a UBS, escolas e moradores. A experiência reforça o potencial da horta comunitária associada à fitoterapia como ferramenta de promoção da saúde e educação ambiental. A combinação de produção de alimentos, uso terapêutico de plantas e arborização

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

contribuiu para o fortalecimento da segurança alimentar e para a disseminação de conhecimentos populares validados cientificamente. Os desafios incluíram a manutenção em períodos de baixa participação e a necessidade de recursos para infraestrutura. **Considerações finais:** a integração de horta comunitária, arborização frutífera e jardim medicinal em uma UBS demonstrou ser estratégia inovadora, sustentável e de baixo custo para fortalecer a participação social, promover hábitos saudáveis e ampliar a educação em fitoterapia. A experiência apresentou potencial de replicabilidade e relevância para a promoção da saúde, a difusão do conhecimento e a preservação ambiental, podendo servir como modelo para outras comunidades, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DESINFORMAÇÃO E DESIGUALDADES SOCIAIS: FATORES ASSOCIADOS AO DESCONHECIMENTO SOBRE MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Priscila Pereira da Silva Lopes
Juliana Nichterwitz Scherer
Bárbara Christina Ritter
Mellanie Fontes-Dutra

Introdução: atualmente, as mudanças climáticas representam um dos maiores desafios globais para a saúde pública, devido ao seu potencial impacto no meio ambiente, na saúde humana, na economia e nos sistemas de saúde (Filho *et al*., 2022; Freitas *et al*., 2020). Esse cenário tende a ser agravado pelas desigualdades sociais e pela desinformação, afetando especialmente aqueles com maior vulnerabilidade social (Gagnon-Dufresne *et al*., 2023). Na perspectiva da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Organização das Nações Unidas no Brasil, 2025), esse desafio requer abordagem integrada entre clima, saúde e educação, incorporada ao planejamento e às ações do Sistema Único de Saúde (SUS) para seu enfrentamento. **Objetivo:** analisar a relação entre desigualdades sociais e desinformação sobre as mudanças climáticas em adultos residentes no Brasil. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal realizado com adultos residentes no Brasil, recrutados por conveniência entre maio e agosto de 2025. Os dados foram coletados por meio de instrumento padronizado, aplicado de forma presencial e *online*, contendo questões sociodemográficas e de conhecimentos em saúde, incluindo itens específicos sobre mudanças climáticas: "O aumento da temperatura global não afeta a saúde das pessoas, apenas o meio ambiente", com opções de resposta "verdadeiro", "falso" e "não sei responder"; e "O quanto você se sente informado sobre mudanças climáticas?", com as opções "muito desinformado", "pouco informado", "informado o suficiente" e "muito informado". Os dados foram analisados por meio de análises descritivas, e a associação entre as variáveis foi investigada pelo teste do qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição sob parecer n. 7.509.256. **Resultados e discussão:** participaram do estudo 312 indivíduos provenientes de 14 estados brasileiros, com predominância de respondentes do Rio Grande do Sul. A maior parte da amostra era do sexo feminino (75,0%), com idade média de 39 anos, autodeclarada branca (88,4%) e com ensino médio completo (46,3%). Em relação à classe social, 64,1% dos participantes pertenciam às classes A e B, e 34,4%, às classes C e D. Apesar de 86,5% dos participantes acreditarem que as questões climáticas afetam a saúde e não apenas o meio ambiente, 26,5% demonstraram desconhecimento sobre o tema. Observou-se também que participantes de classes sociais mais baixas ($p = 0,003$) e pessoas com menor nível de escolaridade ($p < 0,001$) responderam de forma incorreta com maior frequência. A opção "não sei responder" foi comum (6,0%) entre essas pessoas, o que indica maior incerteza e/ou falta de informação sobre a temática. Os achados destacam que a desinformação sobre as mudanças climáticas é socialmente determinada, pois afeta de modo mais intenso grupos vulnerabilizados, como pessoas de baixa renda e menor escolaridade, que também estão entre as mais afetadas pelos efeitos do clima (Xu *et al*., 2020). A maior prevalência de respostas "não sei" pode indicar baixo nível de literacia em saúde da população, influenciando a compreensão de assuntos complexos como esse (Brito Júnior; Magalhães; Albuquerque, 2023). Desse modo, é imprescindível que o SUS invista na integração de políticas que promovam a redução das desigualdades sociais, juntamente com a inclusão de assuntos relacionados ao clima como parte da formação escolar e profissional (Filho *et al*., 2022). A educação ambiental também constitui instrumento essencial para promover comportamentos pró-ambientais no cotidiano, já que, conforme descrito por Chan,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Halim e Nasri (2025), indivíduos com maior conhecimento sobre mudanças climáticas demonstram maior intenção de adotar ações de mitigação desses danos e de cuidado com o ambiente. **Considerações finais:** os achados deste estudo contribuem para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 4, educação de qualidade; 10, redução das desigualdades; e 13, ação contra a mudança global do clima, ao evidenciarem como as desigualdades sociais influenciam o conhecimento sobre as mudanças climáticas na saúde. A compreensão dos fatores que influenciam o conhecimento sobre esse fenômeno é essencial para o fortalecimento da resposta do Sistema Único de Saúde diante das emergências ambientais, bem como para a priorização de grupos vulneráveis, considerando seu contexto socioeconômico.

Referências

BRITO JÚNIOR, V. de M.; MAGALHÃES, H. F. de; ALBUQUERQUE, U. P. Perception of health risks in contexts of extreme climate change in semiarid Northeastern Brazil: an analysis of the role of socioeconomic variables. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 24, 2023. Disponível em: https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13002-023-00597-1. Acesso em: 6 ago. 2025.

CHAN, M. Y.; HALIM, L.; NASRI, N. M. Evaluating the influence of climate change knowledge on intention towards pro-environmental behavior. **International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 1567-1576, 2025. Disponível em: https://ijere.iaescore.com/index.php/IJERE/article/view/32173. Acesso em: 12 ago. 2025.

FREITAS, C. M. de et al. Desastres naturais e seus custos nos estabelecimentos de saúde no Brasil no período de 2000 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 7, p. e00133419, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705007&tlng=pt. Acesso em: 6 ago. 2025.

GAGNON-DUFRESNE, M. C. et al. Social Media and the Influence of Fake News on Global Health Interventions: implications for a study on dengue in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 20, n. 7, p. 5299, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10093785/. Acesso em: 6 ago. 2025.

LEAL FILHO, W. et al. Planetary health and health education in Brazil: facing inequalities. **One Health**, Amsterdam, v. 15, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36561709/. Acesso em: 6 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. [S. l.], 2025. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 6 ago. 2025.

XU, R. et al. Socioeconomic inequality in vulnerability to all-cause and cause-specific hospitalisation associated with temperature variability: a time-series study in 1814 Brazilian cities. **The Lancet Planetary Health**, [S. l.], v. 4, n. 12, p. e566-e576, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278374/. Acesso em: 6 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE IMUNIZAÇÕES NO PERÍODO DA ENCHENTE DE 2024 – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Renata Lobatto Capponi
Ceura Beatriz de Souza Cunha
Augusto Badin Crippa
Daniela Warschauer

Introdução: sabe-se que as inundações causam grandes prejuízos sociais, econômicos e ambientais, a depender da área de abrangência, da magnitude e da vulnerabilidade do território. Os eventos hidrológicos impactam a morbimortalidade da população afetada, podendo resultar em uma Emergência em Saúde Pública (ESP), situação que exige respostas coordenadas para prevenir e reduzir danos (Porto Alegre, 2024a). Em maio de 2024, ocorreu o maior desastre hidrológico da história do estado do Rio Grande do Sul, acometendo severamente sua capital, Porto Alegre (RS), e toda a região metropolitana (Porto Alegre, 2024a). Estima-se que, no município de Porto Alegre (RS), foram afetadas aproximadamente 160.210 pessoas de diversos bairros, 39.422 edificações, 45.970 empresas e 160 instituições de ensino (Porto Alegre, 2024b). Em razão da situação de emergência, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, recomendou, a fim de minimizar o risco de doenças imunopreveníveis, a vacinação de pessoas que se encontravam em abrigos, bem como de profissionais, socorristas e voluntários que estavam atuando no resgate e na assistência, priorizando a imunização contra influenza, covid-19, tétano, hepatite A e raiva (Brasil, 2024). **Objetivo:** relatar a experiência dos profissionais integrantes da Equipe de Imunizações (EI) da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) do município de Porto Alegre (RS), que atuaram nas atividades relacionadas à vacinação durante a crise climática entre maio e junho de 2024. **Metodologia:** a EI da DVS é responsável pela implementação e execução do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no âmbito municipal. O setor atua realizando a distribuição, o monitoramento, as capacitações e o fornecimento de suporte técnico para hospitais e unidades de saúde. A equipe é composta por dois núcleos, que realizam o abastecimento das unidades de saúde de acordo com as seguintes regiões: Núcleo de Imunizações Zona Sul (NIZS), atendendo as regiões Sul, Leste e Oeste, e Núcleo de Imunizações Zona Norte (NIZN), atendendo as regiões Norte e Leste. Durante o período de inundação, o NIZS e as demais equipes da DVS tiveram seu processo de trabalho impactado por estarem localizados em uma das áreas atingidas pela inundação. Assim, a reorganização para manutenção de suas atividades apresentou-se como grande desafio. Trata-se de um relato de experiência, tipo de produção de conhecimento cujo texto aborda a vivência dos profissionais que atuaram na EI entre maio e junho de 2024, bem como a apresentação dos resultados obtidos nas ações extramuros (Mussi *et al*., 2021). Os dados de vacinação foram coletados por meio do preenchimento, pelos profissionais responsáveis, de formulários Google Forms, posteriormente catalogados e tabulados em planilha Excel e repassados aos sistemas de informação. **Resultados e discussão:** juntamente com a manutenção das atividades de rotina, os profissionais da EI envolveram-se com a organização das ações descritas no Plano de Contingência da rede de frio, a vacinação dos socorristas e voluntários, bem como o suporte para a vacinação extramuros nos abrigos. O Plano de Contingência da rede de frio, discutido e produzido em janeiro de 2024, proporcionou embasamento para as ações de transferência de imunobiológicos e câmaras frias, diminuindo as perdas técnicas. A atuação dos socorristas que realizavam os resgates, tanto de pessoas quanto de animais, gerou demanda principalmente para vacinação contra tétano e raiva. Os profissionais da EI e de outros setores da

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DVS atuaram nos dois principais pontos de resgate, ofertando vacinação diariamente durante um período de duas semanas. A vacinação das pessoas alojadas em abrigos foi realizada pela Atenção Primária à Saúde (APS), em conjunto com a EI, por meio da formulação de nota técnica, abastecimento de imunobiológicos e suporte técnico. A vacina contra covid-19 foi ofertada a todos os abrigados, e a vacina contra hepatite A possuía indicação somente para gestantes. Como resultados dessas ações, registraram-se, nos abrigos, vacinas contra influenza (6.571 doses), tétano (1.058 doses), covid-19 (310 doses) e hepatite A (4 doses); nos locais de resgate, foram aplicadas vacinas contra tétano (1.375 doses), influenza (981 doses) e raiva (611 doses). **Considerações finais:** a manutenção das atividades de rotina do serviço e as novas demandas que surgiram em razão das enchentes tornaram-se grande desafio para a Equipe de Imunizações. Catástrofes decorrentes das alterações climáticas tendem a ser cada vez mais comuns, sendo essencial uma resposta imediata e que atenda integralmente às necessidades da população. Assim, o Plano de Contingência deve estar sempre atualizado e divulgado à rede, proporcionando o conhecimento necessário para a atuação dos profissionais que compõem os serviços. As ações de vacinação foram realizadas em abrigos, vias públicas, centros de resgate e serviços de saúde. Essas ações seguiram as normas de boas práticas definidas pelos órgãos regulatórios, garantindo imunização adequada, e atenderam às orientações do Ministério da Saúde e da Diretoria de Vigilância em Saúde. As vacinas priorizadas para administração no período de calamidade foram contra influenza, covid-19, difteria e tétano, raiva e hepatite A, sendo essa imunização primordial para prevenir adoecimentos, hospitalizações, surtos e óbitos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica Conjunta n. 59/2024-DPNI/SVSA/MS: orientações sobre as ações de vacinação no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período da calamidade decorrente das enchentes/inundações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-59-2024-dpni-svsa-ms.pdf/view. Acesso em: 15 ago. 2025.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/praxis/article/view/9010. Acesso em: 15 ago. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Urbanismo e Sustentabilidade. Diretoria de Planejamento Urbano. **Impacto das cheias de maio de 2024 em Porto Alegre/RS**. Disponível em: http://prefeitura.poa.br/inundacoes. Acesso em: 15 ago. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de contingência para enfrentamento a chuvas intensas**. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/vigilancia-em-saude/PC_ChuvasIntensas_final_nov24.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EMERGÊNCIA CLIMÁTICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL: ATENDIMENTO À FAMÍLIAS VÍTIMAS DA INUNDAÇÃO EM SERVIÇO DE ABORDAGEM FAMILIAR DO SUS

Brendha Silva Givisiez
Carmen Luiza Correa Fernandes

Introdução: as mudanças climáticas decorrentes da ação humana, como a queima de combustíveis fósseis, petróleo, carvão e gás, a atividade pecuária e o uso de fertilizantes, vêm gerando aumento das concentrações de gases de efeito estufa na atmosfera, contribuindo de forma significativa para o aquecimento global (Nadeau; Sampath, 2025). Com o aumento da temperatura média, tornam-se também mais frequentes eventos climáticos significativos, como ventos fortes, chuvas intensas e secas prolongadas, os quais contribuem de forma adversa para a manutenção da saúde física e mental, comprometem a prestação de cuidados e exigem o planejamento de novas ações de prevenção, reabilitação e recuperação da saúde (Bernstein, 2025). Em 2024, o estado do Rio Grande do Sul esteve diante de uma das consequências do aquecimento global: as inundações (Fundação Oswaldo Cruz, 2024). Danos à infraestrutura de moradias, à prestação de serviços de saúde, ao fornecimento de água, luz e alimentos, bem como o aumento da exposição a doenças infecciosas e eventos traumáticos, impactaram a saúde mental da população (Nadeau; Sampath, 2025). Transtornos psiquiátricos prévios foram exacerbados, e novos transtornos foram desencadeados a partir desse evento meteorológico extremo (Bernstein, 2025). Nesse mesmo ano, o Núcleo de Abordagem Familiar (NAF) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) consolidava-se como serviço de atendimento a famílias em sofrimento psíquico ou físico, com impactos diretos na dinâmica familiar e em suas relações interpessoais. Com o aumento dos investimentos e a inserção de novos profissionais no serviço, foi possível ampliar a oferta de atendimentos e firmar convênio entre a instituição mantenedora e a organização Aldeias Infantis SOS, que também acolhe famílias vítimas da tragédia climática e cujos integrantes atualmente sofrem os impactos psicológicos dela decorrentes (SOS Children's Villages, 2025). **Objetivo:** socializar, em forma de relato de experiência, uma vivência inovadora de trabalho realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) diante de eventos climáticos e seus impactos na saúde mental, por meio do acompanhamento de famílias vítimas da inundação em Porto Alegre (RS), em um serviço especializado em abordagem sistêmica de famílias. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a atuação do NAF, criado antes das chuvas e inundações de 2024 em Porto Alegre (RS), com o objetivo de oferecer abordagem sistêmica a pessoas e famílias com condições de saúde que impactam as relações familiares, bem como a famílias cujas relações impactam a saúde. Diante da necessidade de resposta do SUS ao crescimento das demandas em saúde mental após o evento meteorológico extremo, firmou-se, em julho de 2025, termo de cooperação entre o GHC e a Aldeias Infantis SOS, com o objetivo de atender demandas em saúde mental criadas ou evidenciadas a partir do acolhimento de famílias que estavam em condições vulneráveis e passaram a ser acompanhadas. A organização Aldeias Infantis SOS, desde o período emergencial em maio de 2024, após a enchente, desenvolveu a ação humanitária "Juntos pelo RS" na capital gaúcha, garantindo a entrega de toneladas de suprimentos de necessidades básicas, incluindo cestas básicas, itens de higiene e limpeza, colchões e cobertores. Atualmente, dedica-se a apoiar cerca de 240 famílias atingidas diretamente pela catástrofe (SOS Children's Villages, 2025). A partir disso, e considerando a importância de acompanhamento interdisciplinar às famílias em situação de vulnerabilidade, desde a assinatura do termo de cooperação, o NAF iniciou o acompanhamento de dez famílias vinculadas à organização, sendo quatro delas vítimas diretas da inundação. Nos primeiros dias de agosto de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2025, o NAF disponibilizou mais vinte vagas a serem preenchidas por famílias cujos casos são discutidos com a equipe do NAF e considerados de maior risco ou de necessidade de intervenção mais precoce. **Resultados e discussão:** o grupo formado pelas duas instituições reúne-se regularmente para avaliar os acompanhamentos dos casos e, por meio do "mapa vivo", analisar a entrada e a saída de novos casos. O acompanhamento inicia-se a partir da reunião e da marcação de consulta de acolhimento, realizada por pelo menos dois profissionais da equipe do NAF, que, após discussão em reunião, agendam o atendimento com um profissional que passará a ser o gestor do caso. A equipe é composta por três médicas de família e comunidade com formação em abordagem sistêmica de famílias e casais, duas residentes de terceiro ano do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com ênfase em abordagem familiar, uma enfermeira, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e um psiquiatra da infância e adolescência. No primeiro momento de chegada das famílias vinculadas ao acordo, das dez famílias acompanhadas, quatro foram incluídas após serem atingidas pelas enchentes em Porto Alegre (RS). As demais eram famílias com uma criança ou adolescente em situação de vulnerabilidade e, por esse motivo, já acompanhadas pela organização. Das quatro famílias que constituem a amostra, todas têm mais de um filho e já vivenciaram situação de violência intrafamiliar; as crianças possuem diagnósticos psiquiátricos e necessidade de suporte; três dessas famílias são gerenciadas por mulheres; e a totalidade da amostra possui baixa renda e necessita de suporte social. No acompanhamento das famílias, a equipe percebeu que os casos de violência intrafamiliar não haviam sido desencadeados pelo evento climático, mas a crise causada por ele os tornou visíveis. Não apenas a violência apresenta característica de transgeracionalidade, mas também o uso de substâncias, as doenças crônicas e o sofrimento psíquico grave. Nos atendimentos, priorizou-se a reorganização familiar, o aumento da autoestima e a elaboração de um plano de gestão do cuidado. Essas famílias permanecerão em acompanhamento até que esses objetivos sejam alcançados, de modo que haja vínculo e possibilidade de prosseguir o acompanhamento em sua Unidade de Saúde de referência na Atenção Primária à Saúde. **Considerações finais:** a saúde do planeta e a saúde humana apresentam relação de interdependência e, cada vez mais, impõem desafios à organização de políticas públicas voltadas ao meio ambiente e ao planejamento de ações de prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, diante dos impactos já presentes no adoecimento humano, seja físico ou mental. Uma das respostas do SUS às consequências dos eventos climáticos recentes no Rio Grande do Sul, mais especificamente nas regiões norte e leste da capital, foi o aumento da oferta de atendimento em saúde mental no Núcleo de Abordagem Familiar. O crescimento e o agravamento das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico após as inundações exigiram reestruturação do planejamento de ações em saúde para atender às necessidades da população, como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, ideação suicida, baixo rendimento escolar, aumento da agressividade, uso de álcool e drogas e índices de violência. Assim, é importante manter investimentos em atenção à saúde que contemplem o cuidado e a manutenção da saúde mental de pessoas e famílias, bem como adaptar os serviços já existentes às necessidades de resposta às iniquidades decorrentes das mudanças do clima, que já se fazem presentes ou ainda virão.

Referências

BERNSTEIN, A. Climate emergencies. In: CONNOR, R. F. (ed.). **UpToDate**. [S. l.]: Wolters Kluwer, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/climate-emergencies?sectionName=HURRICANES%20AND%20FLOODS&search=saude%20planetaria&topicRef=144966&anchor=H3062352703&source=see_link#H731817996. Acesso em: 8 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **As inundações no Rio Grande do Sul, impactos imediatos e suas possíveis consequências sobre a saúde da população**. Nota técnica do Observatório de Clima e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, jun. 2024. Disponível em: https://climaesaude.icict.fiocruz.br/sites/climaesaude.icict.fiocruz.br/files/Inundacoes_no_Rio_Grande_do_Sul_e_a_saude.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

KAPCZINSKI, F. Saúde planetária e saúde única: uma perspectiva integrada para políticas públicas sustentáveis. **Jornal da Universidade**,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

17 out. 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/jornal/saude-planetaria-e-saude-unica-uma-perspectiva-integrada-para-politicas-publicas-sustentaveis-17-10-24/. Acesso em: 5 ago. 2025.

NADEAU, K. C.; SAMPATH, Vanitha. Overview of health effects of climate change. In: CONNOR, R. F. (ed.). **UpToDate**. [S. l.]: Wolters Kluwer, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-health-effects-of-climate-change?search=saude%20planetaria&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H2457974648&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H2457974648. Acesso em: 8 ago. 2025.

SOS CHILDREN'S VILLAGES. **Aldeias Infantis SOS**. Página inicial. Disponível em: https://www.aldeiasinfantis.org.br/. Acesso em: 6 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REDUÇÃO DO TEMPO PARA INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO SUS: RESULTADOS DO PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS

Fernando Anschau

Introdução: o câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no Brasil e constitui uma das principais causas de morbimortalidade feminina. A elevada incidência e o impacto social da doença reforçam a necessidade de estratégias de cuidado que contemplem diagnóstico precoce, início oportuno do tratamento e acompanhamento longitudinal das pacientes. No Sistema Único de Saúde (SUS), a linha de cuidado para o câncer de mama historicamente apresenta desafios relacionados à fragmentação da assistência e à demora na efetivação das terapias, comprometendo o prognóstico e a qualidade de vida. Nesse contexto, o Programa Agora Tem Especialistas, do Ministério da Saúde, integra a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, propondo a transição de um modelo centrado em procedimentos para um cuidado integral e coordenado entre os diferentes níveis de atenção. O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, vem conduzindo um estudo piloto no Hospital Fêmina, em Porto Alegre (RS), com o objetivo de avaliar a implementação dessa política na linha de cuidado do câncer de mama, buscando reduzir tempos de espera, melhorar fluxos e qualificar o percurso assistencial das pacientes. **Objetivo:** avaliar a implementação do Programa Agora Tem Especialistas na linha de cuidado do câncer de mama no Hospital Fêmina, analisando seu potencial para reduzir tempos de espera, reorganizar fluxos assistenciais e qualificar o início do tratamento no âmbito do SUS. Metodologia: trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, realizado no Hospital Fêmina, em Porto Alegre (RS), no período de dezembro de 2024 a junho de 2025. Foram incluídas pacientes com diagnóstico de câncer de mama, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidas pelo SUS. A intervenção consistiu na adoção de protocolos assistenciais alinhados ao Programa Agora Tem Especialistas, com articulação intersetorial, ampliação do acesso a consultas e exames especializados e reorganização dos fluxos de referência e contrarreferência. Foram coletadas informações sobre idade, tipo de tratamento inicial e tempo entre a data de suspeita diagnóstica e o início efetivo do tratamento, categorizado como cirurgia, quimioterapia ou tratamento paliativo. **Resultados e discussão:** no período analisado, foram identificadas 219 pacientes no grupo controle, referente ao ano de 2024, e 67 pacientes no grupo caso, referente ao ano de 2025. A média de idade foi semelhante entre os grupos: 57,6 anos no controle e 56,2 anos nos casos. Quanto ao tratamento inicial, a cirurgia foi a conduta mais frequente em ambos os grupos, correspondendo a 57% no controle e 52% nos casos. Os demais pacientes iniciaram com quimioterapia ou tratamento paliativo, não havendo registro de outras modalidades como primeira intervenção. O tempo médio entre a suspeita diagnóstica e o início do tratamento foi de 62,37 dias no grupo controle e de 44,23 dias no grupo caso, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), evidenciando redução expressiva do intervalo temporal após a implementação da estratégia. **Considerações finais:** a implementação do Programa Agora Tem Especialistas no Hospital Fêmina demonstrou potencial para qualificar a linha de cuidado do câncer de mama no SUS, enfrentando a dificuldade histórica de acesso ao diagnóstico e ao início do tratamento. Entre 2024 e 2025, observou-se redução significativa nos tempos de espera, atribuída à reorganização das práticas assistenciais, à otimização dos fluxos, à ampliação do acesso e ao fortalecimento do cuidado centrado na paciente. Esses resultados reforçam a importância de políticas públicas que integrem a Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde, promovendo eficiência e equidade no cuidado oncológico.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENTRE DORES E SORRISOS: REFLETINDO SOBRE O IMPACTO DE AÇÕES VOLTADAS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Leandro Rocha da Silva

Introdução: discutir o direito à saúde em sua concepção mais ampla e integral implica reconhecer que, para além dos aspectos biomédicos, é indispensável compreender os fatores socio-históricos que influenciam tanto as mudanças conceituais quanto os determinantes que sobre ele incidem. Pensar e atuar na área da saúde exige, portanto, de quem se dedica a essa tarefa, o compromisso de conhecer a realidade social das populações atendidas e utilizar esse conhecimento para desenvolver estratégias técnicas e estudos que qualifiquem políticas e práticas assistenciais. Essas ações devem contemplar o conjunto da população e, simultaneamente, responder às necessidades específicas de cada segmento, guiadas pelos princípios de universalidade e equidade. No Brasil, considerar o racismo como elemento estrutural e estruturante da sociedade é fundamental para compreender os processos de adoecimento e de promoção da saúde de mais de 50% da população. Essa análise envolve tanto elementos presentes no cotidiano quanto marcos históricos que reverberam no presente. No Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), um grupo de profissionais e estagiários iniciou, em 2017, um movimento de reflexão, aprendizado e proposição de ações, tendo como marco inicial o I Seminário sobre Saúde da População Negra do HFB. O evento buscou mobilizar a comunidade hospitalar para conhecer e refletir sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Das discussões emergiu a necessidade de maior investimento no tema, o que levou à criação, em 2018, do Grupo de Estudos sobre Saúde da População Negra Marielle Franco (GESPN). Em 2023, a unidade instituiu a Comissão Técnica de Saúde da População Negra, a primeira entre as unidades federais do Rio de Janeiro. Esse movimento expandiu-se pela rede de hospitais e institutos federais do estado, fortalecendo a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e a defesa da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ao longo do processo, foram delineadas com mais clareza as mudanças que se desejava provocar, as barreiras a enfrentar e as estratégias essenciais para tornar o cuidado mais justo e inclusivo. **Objetivo:** contribuir para a promoção da saúde integral da população negra por meio de estudos, ações e propostas fundamentadas na legislação vigente, no combate ao racismo, na valorização da diversidade e no fortalecimento da intervenção profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), inspirados por princípios como Ubuntu, intersetorialidade e saúde como direito humano inalienável. **Metodologia:** o trabalho estrutura-se como movimento coletivo e descentralizado, no qual cada serviço atua com autonomia, mas conectado pela mesma inspiração: as reflexões construídas inicialmente no espaço do Grupo de Estudos e, posteriormente, na Comissão Técnica de Saúde da População Negra. A atuação organiza-se em quatro frentes principais: formação profissional, com realização de reuniões periódicas presenciais e virtuais, capacitações para profissionais do HFB e de instituições parceiras e elaboração de materiais informativos sobre a temática; atividades culturais e de sensibilização, com realização de exposições no formato "Sorriso Negro", cujo objetivo é romper a invisibilização da contribuição de trabalhadores negros na saúde, rodas de conversa com diferentes públicos e temas e oficinas voltadas para usuários; atuação em eventos institucionais, com realização de eventos específicos e suporte à inserção da temática em eventos institucionais; e produção acadêmica, com elaboração e estímulo à produção de artigos e pesquisas sobre o tema, bem como orientação sobre o desenvolvimento de trabalhos que considerem o quesito raça/cor como variável. A partir da atuação nessas frentes, ideias ganham forma e se multiplicam, alcançando públicos diversos, em espaços formais e informais, sempre com a mesma essência: integrar, sensibilizar e transformar. **Resultados e discussão:** ao longo dos sete anos em que o trabalho tem sido

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

realizado, foram desenvolvidas diversas ações de sensibilização e educação em saúde voltadas para profissionais e usuários vinculados ao HFB ou a outras instituições do SUS. Um dos primeiros grandes impactos observados foi o investimento na qualificação dos profissionais vinculados ao GESPN e à Comissão Técnica, como forma de fortalecer sua atuação como lideranças multiplicadoras e facilitadoras de debates e propostas racialmente orientadas. A constância e a organicidade do trabalho possibilitaram a consolidação da qualificação do debate sobre saúde da população negra em espaços estratégicos dentro e fora da unidade. Também possibilitaram o encontro com profissionais e usuários que já se dedicavam a essa temática ou que tinham interesse em conhecê-la melhor. Para além do reconhecimento institucional observado no HFB, destaca-se que essa experiência foi premiada pela Comissão de Ética do Ministério da Saúde com o Prêmio Boas Práticas em Saúde (2023) e apresentada como experiência-modelo no Encontro Internacional Trabalho Decente, Digno, Humanizado e Democrático no SUS (2024). Por meio de estratégias de intervenção que integram tecnologias ancestrais e conceitos de administração moderna, ampliou-se o alcance das discussões e deu-se vida a um processo dinâmico, que promove diálogo, fortalece vínculos e cria oportunidades de aprendizado mútuo. O resultado é uma rede viva de iniciativas, na qual teoria e prática se encontram, gerando impacto concreto e contínuo na vida das pessoas e na cultura institucional. **Considerações finais:** o trabalho com a questão étnico-racial no HFB sedimentou raízes profundas, a exemplo dos baobás, árvores tradicionalmente associadas à cultura africana, e encontra-se iniciando nova fase neste momento. Com a mudança no modelo de gestão da unidade, que passa a ser filial do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ocorre um movimento de aproximação de dois trabalhos consolidados na área e inicia-se um processo de construção de um fazer conjunto, que congrega as melhores características de cada experiência. Esse novo capítulo tem como marco a posse da nova Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR-HFB/GHC), que traz consigo a missão de continuar a caminhada rumo a uma realidade em que o racismo e suas sequelas intergeracionais se tornem apenas uma nota de rodapé na história da saúde e da sociedade brasileira.

Referências

ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 22 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília: CNDSS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

LOUW, D. Ser por meio dos outros: o ubuntu como cuidado e partilha. **IHU On-Line**: Revista do Instituto Humanitas Unisinos, n. 353, 2010. Disponível em: https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/3687-dirk-louw. Acesso em: 22 jun. 2026.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. de O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 463-479, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0101-6628.154. Acesso em: 22 jun. 2026.

SILVA, V. C.; SILVA, L. R.; LEITE, L. S. Atividades sobre saúde da população negra desenvolvidas em um hospital federal do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 34-42, 2020. Disponível em: https://www.escavador.com/sobre/974610/veronica-cae-da-silva. Acesso em: 22 jun. 2026.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610. Acesso em: 22 jun. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TRANSFOBIA AMBIENTAL NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL: A EXCLUSÃO DE PESSOAS TRANS E QUEER EM SITUAÇÕES DE CRISE

Guilherme Abreu dos Reis
Lívia Starmac Costa
Kethlyn Martinez Gomes
Márcia Fernanda de Mello Mendes

Introdução: é indiscutível que as catástrofes climáticas são intensificadas por ações humanas. A emissão de gases provenientes da queima de combustíveis fósseis e o desmatamento, por exemplo, contribuem significativamente para o aquecimento global e para alterações nos padrões climáticos, resultando em eventos extremos, como enchentes e tempestades severas. As implicações desses desastres incluem perdas humanas, destruição de infraestrutura, deslocamento forçado, escassez alimentar, interrupção de serviços essenciais e impactos profundos na saúde mental das populações afetadas. Nesse cenário, pessoas trans encontram obstáculos adicionais, agravados por uma realidade denominada transfobia ambiental, que as torna ainda mais expostas às consequências dessas tragédias. O conceito de transfobia ambiental está diretamente ligado aos estudos sobre racismo ambiental, que evidenciam como populações negras são desproporcionalmente impactadas por danos ambientais devido a processos históricos, políticos e sociais que as empurram para áreas mais vulneráveis. De maneira semelhante, a transfobia ambiental revela como a marginalização de pessoas trans e *queer* se traduz em maior exposição a riscos e menor acesso a recursos e proteção em contextos de crise. **Objetivo:** analisar o conceito de transfobia ambiental e sua relevância para compreender os impactos desiguais das catástrofes climáticas sobre pessoas trans, especialmente no contexto das enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul e das denúncias apresentadas por lideranças LGBTI+ no G20 Social. **Metodologia:** trata-se de uma análise reflexiva, de caráter teórico-discursivo, fundamentada na articulação entre os conceitos de racismo ambiental, transfobia ambiental, interseccionalidade entre gênero e meio ambiente, ecofeminismo e justiça ambiental de gênero, bem como em relatos e denúncias apresentados por lideranças LGBTI+ no evento "Tragédias Ambientais e o Impacto para a População LGBTI+", promovido durante o G20 Social, no Rio de Janeiro (RJ). A análise considerou os efeitos das emergências climáticas sobre populações socialmente marginalizadas e as barreiras institucionais enfrentadas por pessoas trans no acesso a abrigos, assistência humanitária, benefícios sociais, serviços básicos e reconhecimento de direitos civis, como o uso do nome social e o acesso a espaços compatíveis com a identidade de gênero. **Resultados e discussão:** a interseccionalidade entre gênero e meio ambiente trata da interação entre desigualdades de gênero e injustiças ambientais, reconhecendo que identidades de gênero dissidentes enfrentam barreiras estruturais específicas. Essa perspectiva demanda abordagem sensível e integrativa, capaz de reconhecer as múltiplas camadas de vulnerabilidade vividas por pessoas trans diante das emergências climáticas. Correntes teóricas como o ecofeminismo, a justiça ambiental de gênero e a transfobia ambiental têm se debruçado sobre essas intersecções, destacando conceitos como masculinidades tóxicas e feminização da pobreza ambiental como elementos que aprofundam a exclusão e a precarização vividas por essas populações. Durante a maior enchente do século XXI registrada no estado do Rio Grande do Sul, a vulnerabilidade social de pessoas trans tornou-se ainda mais evidente. Muitas perderam seus lares e pertences, sendo forçadas a recorrer a abrigos públicos. Somadas às perdas materiais, enfrentaram discriminações que incluíram a negação do direito ao uso do nome social, garantido legalmente, e dificuldades para acessar serviços básicos de assistência e acolhimento. Essas denúncias foram trazidas à tona por lideranças LGBTI+ no evento

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

"Tragédias Ambientais e o Impacto para a População LGBTI+", promovido durante o G20 Social, no Rio de Janeiro (RJ). O encontro destacou o papel crescente do conceito de transfobia ambiental no debate público, ao demonstrar como os desastres intensificam desigualdades preexistentes e afetam de forma desigual populações já marginalizadas. Inspirada no conceito de racismo ambiental, cunhado nos anos 1980 para apontar os impactos desproporcionais de desastres e degradações ambientais sobre comunidades racializadas, a transfobia ambiental refere-se a obstáculos institucionais que dificultam o acesso de pessoas trans a direitos fundamentais durante emergências. Um exemplo citado por Bruna Benevides, presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), é a recusa de acesso de pessoas trans a espaços de distribuição de mantimentos e itens de higiene por unidades militares, mesmo em meio a uma crise humanitária. Keila Simpson, vice-presidenta da ABGLT, também chamou atenção para a exclusão sofrida por travestis e mulheres trans em abrigos coletivos, frequentemente alvo de preconceito e rejeição por parte de outros abrigados. Essa situação configura dupla violação: a perda de bens materiais somada à negação da identidade de gênero e dos direitos civis em momentos de extrema fragilidade. A partir dos diálogos no G20 Social, Victor de Wolf, presidente da ABGLT, enfatizou a necessidade de incorporar as demandas da população LGBTI+ nas discussões internacionais, reforçando o papel crucial da sociedade civil na construção de políticas públicas inclusivas. Um documento com as principais reivindicações do grupo está em desenvolvimento e será apresentado às lideranças do G20. Do ponto de vista da gestão pública, algumas iniciativas tentaram responder de forma mais adequada à realidade das pessoas LGBTI+. Em Canoas (RS), por exemplo, a Diretoria de Juventude organizou, com o apoio de um fórum local composto por mais de 100 pessoas LGBTI+, um mapeamento das vítimas, possibilitando a oferta de auxílio digno, com garantia de acesso a abrigos e benefícios sociais. Segundo o diretor Lucas Porto, essa articulação foi essencial para evitar episódios de LGBTfobia nos espaços de acolhimento. Apesar disso, casos como o de Canoas (RS) ainda representam exceções. A carência de protocolos claros e a falta de capacitação das equipes de Defesa Civil e assistência social para atender à diversidade de gênero e sexualidade reforçam a urgência de políticas públicas inclusivas e sensíveis. Conforme ressaltado por Thiago Santos, secretário adjunto de Juventude da ABGLT e ex-integrante da Defesa Civil de Contagem (MG), é indispensável que, mesmo em situações de emergência, os direitos das pessoas LGBTI+ sejam assegurados, como o uso do nome social e o acesso a banheiros conforme a identidade de gênero. **Considerações finais:** o conceito de transfobia ambiental revela-se essencial para analisar a eficácia e a equidade das políticas de prevenção e resposta a desastres. Ele evidencia como, em contextos de crise, as desigualdades estruturais se aprofundam, afetando gravemente a saúde física e mental de pessoas trans, que muitas vezes permanecem excluídas do suporte estatal. Reconhecer e enfrentar essa forma de exclusão é um passo indispensável para promover justiça social em tempos de emergência climática.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E ENCHENTE DE 2024: RESPOSTAS IMEDIATAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Ernanda Mezaroba
Simone Konzen Ritter
Emily da Silva Eberhardt
Idiane Rosset

Introdução: em maio de 2024, uma enchente de grandes proporções atingiu o Rio Grande do Sul, sendo considerada um dos desastres climáticos mais severos já registrados no Brasil, afetando 96% dos municípios do estado e impactando cerca de 2,4 milhões de pessoas (Rio Grande do Sul, 2024). A enchente, de proporções inéditas nos últimos 60 anos, causou danos à infraestrutura, ao meio ambiente e à saúde da população. Entre os 478 municípios afetados, destaca-se um de médio porte, localizado no interior do estado, que enfrentou desafios para garantir o acesso e a continuidade do cuidado em saúde. Nesse cenário, a enchente gerou situação de calamidade pública, com mais de 6.000 pessoas desalojadas naquele município e 1.336 desabrigadas, entre elas 87 oriundas de outros municípios. Grandes inundações acarretam riscos imediatos e de longo prazo à saúde das populações afetadas. Em meio ao cenário de caos, muitas famílias foram forçadas a abandonar suas casas de forma abrupta, sendo resgatadas por embarcações e helicópteros, ao mesmo tempo em que buscavam preservar suas vidas e as de outras pessoas. Entre os principais agravos observados, destacaram-se quedas, afogamentos, doenças infecciosas, complicações respiratórias, transtornos mentais e aumento de vetores transmissores de doenças. Nessas circunstâncias, o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa atuar com agilidade e de forma coordenada para responder à crescente demanda, evitar óbitos, mitigar os impactos à saúde da população e prevenir surtos. A partir dessa realidade, este estudo busca compartilhar vivências e desafios enfrentados pelos serviços de saúde e pelas equipes multiprofissionais diante de emergências climáticas e seus impactos humanos e sociais. **Objetivo:** descrever as ações desenvolvidas pela rede pública de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul no enfrentamento dos impactos imediatos da enchente de 2024 sobre a saúde da população atingida. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, baseado na observação direta e na participação de profissionais de saúde no planejamento e na execução de ações em saúde no contexto da rede pública de um município do interior do Rio Grande do Sul, em 2024, diante de uma situação de calamidade pública. Nesse município, o nível do Rio Taquari atingiu 33,35 metros, causando prejuízos expressivos à infraestrutura urbana e à saúde da população. Com aproximadamente 100 mil habitantes, o município conta com uma rede pública de saúde composta por 22 equipes de Saúde da Família, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três ambulatórios especializados, uma Farmácia Municipal Básica, uma Farmácia Estadual, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um hospital de grande porte. **Resultados e discussão:** alguns dos serviços essenciais da rede pública de saúde do município foram totalmente inundados durante a enchente, entre eles duas farmácias, dois serviços especializados de saúde mental e três unidades da Estratégia Saúde da Família. O evento também afetou diretamente profissionais da saúde, alguns dos quais precisaram se afastar do trabalho por terem sido atingidos pessoalmente, enquanto outros enfrentaram dificuldades de locomoção, uma vez que residiam em municípios vizinhos com acessos bloqueados. Para acolher a população desabrigada, foram organizados 11 abrigos no município, sendo um deles destinado a 87 pessoas provenientes de outras cidades, impedidas de retornar em razão do rompimento de pontes e estradas. Entre elas, havia pacientes em tratamento contínuo, como aqueles que realizavam hemodiálise no hospital local. Em um dos abrigos, que

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

concentrava aproximadamente metade dos desabrigados, a Secretaria Municipal de Saúde estruturou quatro tendas de atendimento, voltadas para triagem, urgência, saúde mental e cuidados multiprofissionais. Esses espaços permaneceram em funcionamento 24 horas por dia durante cerca de dez dias e, nos dez dias seguintes, operaram apenas no período diurno, contando com insumos, estrutura física adequada e equipe qualificada para os atendimentos iniciais. Pacientes resgatados por helicópteros eram avaliados nesse local e, se necessário, encaminhados para unidades de maior complexidade. Também foram fornecidas receitas para reposição de medicamentos de uso contínuo perdidos na enchente. Equipes itinerantes de saúde realizaram visitas diárias a todos os abrigos, com o apoio de agentes comunitários e profissionais voluntários, garantindo o acesso a cuidados básicos e encaminhamentos. As equipes lotadas nos serviços de saúde afetados foram remanejadas para outras unidades, assegurando a continuidade dos atendimentos essenciais. Os demais serviços públicos de saúde permaneceram em funcionamento, mantendo os atendimentos regulares dentro da capacidade técnica disponível. O município recebeu volume expressivo de doações de medicamentos, inclusive insulinas. Esses insumos foram organizados e distribuídos entre as Unidades de Saúde da Família, a tenda de atendimento aos desabrigados e, conforme a demanda, às demais pessoas abrigadas. Destaca-se ainda a elaboração e aplicação de um plano de contingência para desastres naturais, bem como a articulação intersetorial entre as áreas da saúde, assistência social, segurança, Defesa Civil e demais órgãos municipais, o que possibilitou respostas mais coordenadas e efetivas frente à emergência climática. **Considerações finais:** a situação de calamidade pública imposta pela enchente representou grande desafio à efetivação dos princípios do SUS, exigindo respostas rápidas, coordenadas e humanizadas. As doações recebidas e a atuação de profissionais voluntários foram fundamentais para ampliar a capacidade de resposta durante o período crítico. Ao mesmo tempo, o contexto permitiu identificar fragilidades na estrutura e na reorganização da rede de saúde, fornecendo subsídios importantes para a proposição de protocolos e o planejamento de ações voltadas ao fortalecimento da resposta a desastres e à construção de resiliência permanente, inclusive diante de eventos de menor magnitude. A experiência evidenciou a necessidade de dispor de planos de contingência robustos, que contemplem estruturas de comunicação eficientes, protocolos bem definidos e equipes treinadas para atuação em situações emergenciais. O trabalho articulado entre setores, envolvendo saúde, assistência social, Defesa Civil e Corpo de Bombeiros, avançou significativamente, demonstrando a relevância da cooperação intersetorial para garantir a continuidade dos cuidados e a prontidão do SUS frente a futuras crises. Também se destacou a importância de ações de educação em saúde e de prevenção junto à população, que devem ser intensificadas antes, durante e após eventos climáticos extremos. Entre essas medidas, incluem-se a atualização do calendário vacinal, orientações sobre higiene pessoal, eliminação de focos de mosquitos e reconhecimento de sinais e sintomas de doenças comuns no período pós-enchente.

Referências

RIO GRANDE DO SUL. **Boletins sobre o impacto das chuvas no RS**. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2024. Disponível em: https://www.estado.rs.gov.br/boletins-sobre-o-impacto-das-chuvasno-rs. Acesso em: 14 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INSERÇÃO DA ABORDAGEM DE UMA SÓ SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – RIO GRANDE DO SUL: EDUCAÇÃO CRÍTICA PARA A TRANSFORMAÇÃO TERRITORIAL

Fernanda Cardoso da Silva Feijó
Sarah Caterina Schramm
Yasmin Ali

Introdução: a Rede Saúde Única (RSU/Fiocruz) é um arranjo interinstitucional voltado à governança e à cooperação em Uma Só Saúde, articulando universidades, órgãos de governo e parceiros sociais para enfrentar desafios na intersecção entre saúde humana, animal, vegetal e ambiental. Estrutura-se em cinco linhas de ação: governança e articulação intersetorial; educação; produção de conhecimento e vigilância; comunicação e participação social; e preparação e resposta a emergências. A abordagem Uma Só Saúde, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, Centers for Disease Control and Prevention e Ministério da Saúde, demanda ações interdisciplinares e intersetoriais para responder a crises sanitárias e ambientais. Inspirada em Freire (1996) e Hooks (2013), a RSU defende a escola como espaço emancipador, no qual teoria e prática se unem para formar sujeitos críticos e engajados. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto n. 6.286/2007, integra ações de saúde e educação, contemplando todos os 497 municípios do Rio Grande do Sul no ciclo 2025/2026. Esse contexto favorece a inserção de Uma Só Saúde no ambiente escolar, fortalecendo a cidadania e o cuidado integral. A pertinência da proposta ganha urgência no Rio Grande do Sul diante das emergências climáticas, como as enchentes históricas de abril e maio de 2024, e de seus impactos sanitários e socioeconômicos, que exigem educação crítica para prevenção, adaptação e resiliência. Análises estaduais e setoriais qualificam o evento como o maior desastre natural da história recente do Rio Grande do Sul e apontam caminhos de preparação frente à recorrência de eventos extremos. A Pandemia de covid-19 evidenciou ainda mais a interdependência entre pessoas, animais e ecossistemas, núcleo da agenda *One Health*/Uma Só Saúde. **Objetivo:** inserir a abordagem de Uma Só Saúde no PSE do Rio Grande do Sul por meio de estratégias formativas para profissionais de saúde e educação, visando fortalecer práticas de cuidado integral, justiça socioambiental e autonomia nos territórios escolares. **Metodologia:** inspirada na pedagogia freireana e na lógica das trilhas de aprendizagem, a metodologia adotada pela RSU/Fiocruz foi construída a partir de etapas de levantamento participativo de subtemas, por meio de formulário digital enviado a instituições públicas, universidades e profissionais da rede de proteção da infância e adolescência. Foi realizada uma oficina presencial e virtual de pactuação, com a presença de aproximadamente 10 instituições parceiras, para definição coletiva dos subtemas prioritários. Os conteúdos foram organizados em trilhas formativas, considerando o princípio da progressividade, a diversidade temática e a aplicabilidade territorial, e foram executados com base no desenvolvimento de roteiros e gravação de videoaulas com linguagem acessível e fundamentação técnico-científica, voltadas ao público escolar e intersetorial. Essa metodologia partiu do pressuposto de que a formação deve dialogar com a realidade dos sujeitos e de que o espaço escolar é um território vivo de produção de sentidos (Freire, 1996; Vygotsky, 2001). **Resultados e discussão:** o eixo de educação da Rede Saúde consolidou-se como arquitetura articuladora dos eixos, com centralidade na Educação em Uma Só Saúde, abrangendo escola, graduação e pós-graduação e articulando comitê gestor e instituições parceiras. A governança potencializou legitimidade e continuidade, condição necessária para a implementação nos territórios escolares. A pactuação alinha-se às 14 ações do PSE e às agendas de clima, segurança alimentar, saneamento, comunicação de riscos e saúde mental.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A experiência culminou na produção de mais de 25 subtemas, organizados em três trilhas principais: segurança alimentar e saúde; meio ambiente; e mudanças climáticas na perspectiva de Uma Só Saúde. As temáticas foram construídas com foco na transversalidade das ações do PSE, possibilitando a conexão entre conteúdos escolares e vivências cotidianas. A pactuação das temáticas por meio da oficina e da curadoria produziu um conjunto extenso de subtemas que, reorganizados, compõem cinco módulos: Módulo 1, Fundamentos de Uma Só Saúde e Cidadania; Módulo 2, Segurança Alimentar, Nutrição e Saúde; Módulo 3, Ambiente, Saneamento e Saúde; Módulo 4, Mudanças Climáticas, Desastres e Resiliência; e Módulo 5, Comunicação de Risco, Participação e Integridade da Informação. As trilhas foram concebidas para atingir professores e profissionais da saúde. Essa abordagem reforça o que Hooks (2013) define como educação engajada, em que o processo de ensino é pautado na escuta, na participação ativa e no respeito à diversidade dos sujeitos. Também parte da compreensão de que a educação ambiental e sanitária na infância é decisiva para o desenvolvimento de atitudes éticas, críticas e responsáveis na vida adulta (Bronfenbrenner, 1996; Vygotsky, 2001). Nesse sentido, o pensamento crítico-reflexivo é fundamental para potencializar transformações sociais, tendo em vista os eventos vivenciados no estado, a exemplo da magnitude das enchentes de 2024 e de seus desdobramentos socioeconômicos. Os reflexos no campo da saúde reforçam a necessidade de alfabetização científica e climática na escola, com foco em prevenção, adaptação e resiliência. Essa formação, quando afetiva, dialógica e situada, favorece mudanças comportamentais duráveis na vida adulta, em consonância com Freire e Hooks, que ressaltam a importância de criar condições para que estudantes leiam criticamente suas realidades e atuem coletivamente. **Considerações finais:** a inserção da abordagem de Uma Só Saúde no PSE, conforme vivenciado no estado do Rio Grande do Sul, revela-se uma experiência inovadora, transformadora e alinhada aos princípios da educação popular e à construção de políticas públicas intersetoriais. Ao formar professores e estudantes para pensar criticamente as relações entre saúde, ambiente e sociedade, a iniciativa contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o enfrentamento das desigualdades ambientais e sociais. Reafirma-se, assim, o compromisso com uma educação comprometida com a vida, com os territórios e com a esperança (Freire, 1996; Hooks, 2013). A experiência da Rede Saúde Única demonstra que inserir Uma Só Saúde no PSE é viável, legítimo e estratégico para fortalecer o SUS e os territórios. Ao combinar governança intersetorial, formação docente e estudantil e trilhas modulares, cria-se uma ecologia de aprendizagem capaz de produzir cidadãos críticos e reflexivos, aptos a mudar atitudes e transformar realidades, conforme defendem Freire e Hooks. Com a capilaridade do PSE no Rio Grande do Sul e a urgência das emergências climáticas, a escola torna-se território de cuidado, prevenção e esperança, um lugar de produção de saúde e de justiça socioambiental para o presente e o futuro. Como sintetiza Buss (2024), "informar é também cuidar". Ao democratizar o acesso a conhecimentos críticos, promover diálogo intersetorial e mobilizar a escola como território de cuidado, esta experiência contribui para a efetivação dos direitos constitucionais à saúde, à educação e ao meio ambiente equilibrado, e reafirma a necessidade de investir em alfabetização científica e climática desde a infância como medida inadiável para a justiça socioambiental.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto n. 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 22 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Documento orientador**: indicadores e padrões de avaliação: PSE ciclo 2021/2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed, 1996.

FIOCRUZ. **Relatório técnico**: Oficina de Pactuação de Subtemas em Saúde Única no PSE. Rio de Janeiro: Rede Saúde/Fiotec, 2025.

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

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

PAHO/WHO. **One Health**: approach for tackling health threats at the human-animal-environment interface. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/one-health. Acesso em: 22 jun. 2026.

SARDENBERG, L. F.; BUSS, G. **Comunicação de risco em Saúde Única**: estratégias integradas para a gestão de crises e emergências. Observatório da Crise, UFSM, 2024. Disponível em: https://www.ufsm.br/projetos/institucional/observatorio-crise/2024/06/27/comunicacao-de-risco-em-saude-unica-estrategias-integradas-para-a-gestao-de-crises-e-emergencias. Acesso em: 22 jun. 2026.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL : UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INOVAÇÃO E MULTIDISCIPLINARIDADE

Lisiane Vieira dos Santos
Verusca Buzelato Prestes
Cristiano Schuch
Maicon Barbosa da Silva

Introdução: em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul foi atingido por um evento de calamidade pública decorrente de intensas enchentes, afetando diversos municípios e impactando de forma significativa a vida de milhares de pessoas. Entre os atingidos, mais de 5 mil trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) sofreram direta ou indiretamente as consequências dessa tragédia. A magnitude do desastre exigiu respostas rápidas e efetivas, especialmente no setor da saúde, no qual a continuidade e a ampliação dos serviços eram imprescindíveis para atender a população em situação de vulnerabilidade. Nesse cenário, o Ministério da Saúde autorizou a contratação emergencial e temporária de 890 profissionais das áreas administrativas e assistenciais, com período de atuação de seis meses, destinados a reforçar as unidades do GHC. O processo de contratação, por sua urgência e amplitude, constituiu desafio operacional e logístico de grande porte. Para responder a essa demanda, houve o envolvimento articulado de diversas áreas estratégicas da instituição, que implementaram um modelo inovador e totalmente automatizado de seleção e contratação, garantindo agilidade, transparência e eficiência a partir da divulgação do edital público de seleção emergencial e temporária (GHC, 2024). **Objetivo:** relatar a experiência de concepção do processo emergencial, automatizado e multidisciplinar de contratação de profissionais no contexto das enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em 2024, apresentando o contexto e a necessidade de contratação emergencial no GHC, bem como os resultados obtidos e os impactos na manutenção dos serviços de saúde. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva e abordagem qualitativa, fundamentado na vivência direta das equipes envolvidas no processo (Minayo, 2022). O desenvolvimento da experiência ocorreu entre maio e julho de 2024 e seguiu etapas articuladas: identificação da demanda, com levantamento conjunto do quantitativo de profissionais necessários para as funções assistenciais e administrativas; articulação intersetorial, com participação conjunta de setores estratégicos para garantir alinhamento e resolução ágil de demandas operacionais e jurídicas; desenvolvimento do processo automatizado, com criação de sistema digital que permitiu inscrição, conferência dos documentos enviados, validação das inscrições, disponibilização das vagas e formalização do vínculo de forma totalmente *online*; e contratação e integração, com início das admissões em até quinze dias após a publicação do edital e direcionamento imediato dos profissionais às unidades do GHC. **Resultados e discussão:** o processo emergencial resultou na contratação de 890 profissionais, que iniciaram suas atividades em prazo recorde de quinze dias, demonstrando a efetividade do modelo automatizado, com rigorosa atenção à responsabilidade jurídica e aos princípios da administração pública. Foram recebidas mais de 20 mil inscrições, todas enviadas pelo sistema *online* de inscrições. As candidaturas foram avaliadas por comissões técnicas designadas e validadas juridicamente, que verificaram o cumprimento dos critérios estabelecidos no edital (GHC, 2024). Os candidatos que atenderam aos requisitos foram alocados nas vagas disponíveis conforme as necessidades das áreas demandantes e a ordem das inscrições. O GHC integra a estrutura da administração

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

pública federal indireta e, como tal, sujeita-se aos princípios constitucionais que norteiam a administração pública, inscritos no artigo 37 da Constituição Federal, incluindo o ingresso no serviço público por meio de aprovação em concurso público (Brasil, 1988). Diante da calamidade existente à época, realizou-se a contratação em formato diverso, sem se afastar do atendimento aos princípios constitucionais, assegurando igualdade de condições aos candidatos, impessoalidade da administração pública e preocupação central com um formato justo, eficiente e transparente para a seleção dos concorrentes. Nessa seara, a equipe multidisciplinar que atuou nas diferentes etapas da contratação emergencial assumiu compromisso de sigilo, assinando termo de confidencialidade em razão do acesso aos dados pessoais dos candidatos, cumprindo regras da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e dedicou-se continuamente à avaliação da documentação e dos recursos apresentados pelos candidatos (Brasil, 2018). Destaca-se ainda que, entre os contratados, houve inclusão de pessoas com deficiência e de pessoas negras, reafirmando o compromisso institucional com a promoção da equidade e da diversidade no acesso às oportunidades de trabalho. As principais contribuições e resultados identificados foram: celeridade no recrutamento, pois a automação das etapas de inscrição, análise de documentos e comunicação com candidatos reduziu drasticamente o tempo total do processo e do ingresso dos novos trabalhadores, garantindo a continuidade da assistência nas unidades do GHC; transparência, uma vez que a utilização de plataforma digital permitiu registro e rastreabilidade de todas as etapas, minimizando riscos de inconsistência ou questionamentos e divulgando diariamente, em meio institucional, informações relevantes sobre o processo e a contratação, a fim de garantir lisura e transparência por meio do controle social; atuação multidisciplinar, pois atuar na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da integração de saberes e práticas de diferentes áreas do conhecimento potencializa a capacidade de resposta do sistema frente às complexas demandas populacionais; impacto assistencial positivo, pois a rápida inserção de novos profissionais nas unidades possibilitou a manutenção e, em alguns casos, a ampliação da capacidade de atendimento; e impacto social, pela possibilidade de inserção temporária no mercado de trabalho de pessoas capacitadas e qualificadas para a atuação no serviço de saúde. De acordo com Moran (2018), a integração entre tecnologia e gestão de processos potencializa a efetividade de projetos, especialmente em cenários que demandam respostas rápidas. Nesse sentido, a experiência vivenciada no GHC confirma que a aplicação de soluções digitais e o trabalho colaborativo multidisciplinar são determinantes para a agilidade e a eficácia em situações emergenciais. Cabe ainda destacar que a inovação em processos, tecnologias e modelos de gestão é essencial para a consolidação e a sustentabilidade do SUS, pois potencializa a eficiência, amplia o acesso e melhora a qualidade da atenção, atendendo às crescentes demandas sociais, epidemiológicas e, neste caso, climáticas (Brasil, 2018). **Considerações finais:** a experiência de contratação emergencial e automatizada no contexto das enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul demonstrou que, mesmo diante de adversidades e prazos extremamente curtos, é possível implementar processos inovadores que garantam eficiência, transparência e impacto positivo nos serviços de saúde. O sucesso da iniciativa decorreu da articulação multidisciplinar, da utilização estratégica de recursos tecnológicos e do comprometimento dos atores envolvidos. Essa prática, mais do que atender à demanda imediata, constitui um modelo que pode ser adaptado para futuras situações emergenciais, fortalecendo a capacidade de resposta de instituições de saúde e assegurando o fortalecimento do SUS como ferramenta essencial de cuidado à saúde das populações. Essa experiência corrobora a ideia de que o fortalecimento do SUS exige também a incorporação contínua de inovações tecnológicas, gerenciais e participativas, capazes de ampliar a resolutividade e garantir a universalidade, a integralidade e a equidade previstas na Constituição Federal (Paim *et al.*, 2011).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 10520:2023**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2023. Disponível em: https://www.abntcatalogo.com.br/. Acesso em: 22 jun. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei n. 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_inovacao_tecnologica_saude.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Contratação emergencial n. 01/2024**. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/arq.ptg.6.1.31897.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F.; TRAD, L. A. B. **Planejamento e gestão em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

MORAN, J. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: BACICH, L.; MORAN, J. (org.). **Metodologias ativas para uma educação inovadora**: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso, 2018. p. 2-25.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acesso em: 12 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TELEATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DURANTE AS ENCHENTES NO RIO GRANDE DO SUL: EXPERIÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DIGITAL

Gisele Baldez Piccoli
Virgílio da Rocha Olsen
Marcelo Rocha Cardozo
José Henrique Guimarães Floriani

Introdução: a crise climática ocorrida no Rio Grande do Sul entre abril e maio de 2024 comprometeu seriamente a infraestrutura de saúde em diversas regiões, após chuvas extremas e inundações que afetaram centenas de municípios. Com hospitais e unidades básicas parcial ou totalmente inoperantes, tornou-se necessário adotar alternativas rápidas para manter a assistência à população. Nesse cenário, uma plataforma digital de atendimento remoto foi implantada com funcionamento ininterrupto, integrando profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e outras áreas para atender demandas clínicas e psicossociais de pessoas sem acesso aos serviços de saúde. Foi realizada a captação de profissionais voluntários por meio de campanha de *marketing*, e organizou-se fluxo de atendimento, com divisão entre pronto atendimento e atendimentos eletivos, bem como entre as diversas especialidades e categorias profissionais. **Objetivo:** apresentar a experiência de trabalho conjunto de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais voluntários em um serviço de teleatendimento emergencial, destacando organização, fluxos assistenciais e principais resultados obtidos. **Metodologia:** trata-se de relato de experiência desenvolvido a partir da atuação da equipe multiprofissional entre 6 de maio e 5 de julho de 2024. O modelo operacional combinou atendimentos imediatos, voltados para clínica geral, pediatria e psicologia, com consultas agendadas para especialidades médicas e atendimentos de enfermagem, serviço social e psiquiatria. Todos os profissionais que se candidataram voluntariamente ao atendimento na plataforma digital tiveram suas credenciais profissionais averiguadas junto aos respectivos conselhos de classe e, somente após a comprovação do cadastro, receberam liberação de senha para início dos atendimentos. Organizou-se escala de pronto atendimento clínico, pediátrico e psicológico, que atendia o usuário no contato imediato com a plataforma. Para atendimentos especializados, como psiquiatria, criaram-se agendas conforme a disponibilidade dos profissionais voluntários na própria plataforma, preenchidas durante o primeiro atendimento conforme a necessidade avaliada. Com o objetivo de proporcionar atendimento integral, estabeleceu-se atendimento de enfermagem, com atuação no acompanhamento clínico remoto, educação em saúde e monitoramento de casos de risco, realizando orientação do paciente quanto aos tratamentos, às necessidades identificadas e ao retorno ao teleatendimento. Como evidenciado nos atendimentos iniciais, as instabilidades emocionais foram as queixas mais relatadas, o que tornou necessária a ampliação da organização do serviço de psicologia para além do atendimento inicial. A psicologia realizou atendimento breve e focal, com até quatro sessões para cada paciente, voltado ao acolhimento e à estabilização emocional. Observando a necessidade de reinserir o paciente na rede de assistência, o serviço social conduziu intervenções para redução de vulnerabilidades, incluindo orientação sobre benefícios, acesso a recursos e articulação com serviços locais para retorno do paciente à rede de saúde restabelecida. Assim, ao ser atendido na plataforma, mesmo que por demanda pontual, o usuário foi reconduzido ao sistema de saúde pelo serviço social. Juntamente com os profissionais diretamente ligados à assistência dos pacientes, houve um grupo de pessoas envolvidas na construção rápida, precisa e qualificada de protocolos clínicos e estruturais para que o atendimento na plataforma ocorresse de forma efetiva. **Resultados e discussão:** durante o período, foram registrados 7.374 atendimentos,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

sendo 1.331 em psicologia, 636 em enfermagem e 584 em serviço social, e os demais em medicina, o que correspondeu a 0,32% da estimativa de população afetada, de 2,3 milhões de pessoas. As cidades de origem dos usuários foram se alterando ao longo do tempo, totalizando, ao término do período, 30% de Porto Alegre (RS), 34% de Canoas (RS) e 6% de São Leopoldo (RS). Esse perfil é compatível com o *ranking* do Ministério Público estadual, que cita Canoas (RS) como a terceira cidade com maior percentual da população afetada pela enchente (44%), seguida de São Leopoldo (RS) (40,7%). Observou-se redução de sintomas emocionais agudos, melhora na adesão a tratamentos e garantia de acesso a medicamentos, exames e benefícios sociais entre usuários da plataforma, a partir de depoimentos qualitativos. A abordagem integrada favoreceu tanto a resolução de demandas clínicas e psicossociais quanto a continuidade do cuidado. **Considerações finais:** a experiência evidencia que o teleatendimento multiprofissional é uma estratégia viável e efetiva para resposta rápida em emergências climáticas, permitindo manter a atenção integral à saúde mesmo diante de barreiras geográficas e estruturais. O modelo adotado demonstra potencial para ser incorporado a protocolos de gestão de desastres em diferentes contextos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO DO TRATO GENITAL FEMININO EM REGIÕES COM SANEAMENTO PRECÁRIO

Eduarda Dewitte Maciel
Maria Clara Reimann
Lauren Rigoti Nardelli
Luísa Rübenich Tonietto

Introdução: as doenças inflamatórias pélvicas (DIP), como salpingite e ooforite, resultam de infecções ascendentes do trato genital superior e podem evoluir para infertilidade, dor pélvica crônica, abscessos tubo-ovarianos e sepse. Associadas a infecções sexualmente transmissíveis (IST), são mais frequentes em populações vulneráveis, nas quais fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais dificultam diagnóstico e tratamento precoces. O saneamento inadequado, como falta de água potável e ausência de coleta e tratamento de esgoto, e a vulnerabilidade climática, intensificada por enchentes e secas, aumentam a exposição a patógenos e limitam o acesso a serviços de saúde, elevando o risco de DIP e internações. Analisar essas internações em áreas de maior vulnerabilidade é fundamental para compreender padrões epidemiológicos e desigualdades, bem como subsidiar ações preventivas integradas. **Objetivo:** avaliar o impacto do saneamento precário e da vulnerabilidade climática nas internações por infecções do trato genital feminino no Brasil entre 2010 e 2023, identificando padrões regionais e desigualdades socioambientais, de modo a subsidiar estratégias de prevenção e promoção da saúde da mulher. **Metodologia:** trata-se de estudo ecológico que relaciona regiões com saneamento precário e internações por infecções do trato genital feminino. Os dados de internações, referentes ao período de 2010 a 2023, foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As informações sobre saneamento, referentes ao mesmo período, foram obtidas no Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e incluem acesso à água, coleta e tratamento de esgoto, internações e óbitos por doenças de veiculação hídrica e renda da população com e sem saneamento. A análise foi embasada em artigos das bases SciELO e PubMed. **Resultados e discussão:** entre 2010 e 2023, o Brasil apresentou redução moderada nas internações por infecções do trato genital feminino, passando de 38.404 para 34.423 casos. Apesar da queda nacional, a análise regional evidencia desigualdades marcantes: Norte e Nordeste concentram as maiores taxas proporcionais de internações, enquanto Sudeste e Sul registraram valores mais baixos. No entanto, o Sudeste apresentou números absolutos relevantes, explicados principalmente por concentrar a maior população feminina do país, e não por taxas proporcionalmente elevadas. Dados do SNIS mostram que Norte e Nordeste apresentaram os piores indicadores de saneamento: até 47% e 29% da população, respectivamente, sem acesso à água tratada, ausência de coleta de esgoto acima de 85% e 65% e baixo índice de tratamento de efluentes. No Sudeste e no Sul, o acesso à água superou 87%, e o tratamento de esgoto, 50%, refletindo-se em menor ocorrência de doenças associadas a más condições ambientais. A relação entre saneamento precário e maiores taxas proporcionais de internação sugere forte influência das condições ambientais sobre a saúde ginecológica, agravada pela vulnerabilidade climática. Eventos como enchentes e alagamentos, mais frequentes em áreas com infraestrutura deficiente, ampliam a exposição a agentes infecciosos e dificultam a prevenção. **Considerações finais:** entre 2010 e 2023, as internações por infecções ginecológicas no Brasil diminuíram moderadamente, mas as desigualdades regionais persistem. Norte e Nordeste, com piores condições de saneamento e maior vulnerabilidade climática, apresentam taxas proporcionais mais altas, enquanto Sudeste e Sul registram menores proporções. Os resultados reforçam que o saneamento precário e os eventos climáticos extremos aumentam a exposição a infecções e internações. Investir em água tratada, coleta e tratamento de esgoto, aliado a políticas integradas de saúde, meio ambiente e prevenção de desastres, é essencial para reduzir desigualdades e proteger populações vulneráveis.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GOVERNANÇA INTERSETORIAL EM UMA SÓ SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA REDE SAÚDE ÚNICA (RSU/FIOCRUZ) NO RIO GRANDE DO SUL

Joyce Schramm
Gustavo Buss
Danielle Cavalcante
William da Silva Alves

Introdução: a Rede Saúde Única (RSU/Fiocruz) atua no Rio Grande do Sul há mais de uma década como arranjo de governança interinstitucional e intersetorial, articulando instituições públicas, universidades federais e comunitárias, centros de pesquisa e sociedade civil. Sua missão é promover a abordagem de Uma Só Saúde (*One Health*), integrando as dimensões humana, animal, vegetal e ambiental na formulação, implementação e avaliação de políticas, programas e ações no território. A RSU funciona como arranjo territorial de implementação desse enfoque, conectando academia, governo e agências de fomento para educação, comunicação, pesquisa e indução de políticas públicas na perspectiva de Uma Só Saúde. É também a Fiocruz em rede no Rio Grande do Sul, estruturada para desenvolver e aplicar a abordagem de Uma Só Saúde de acordo com as características ambientais, sociais e produtivas do estado, fortalecendo a integração entre ciência, gestão e sociedade. A RSU/Fiocruz é uma rede de cooperação técnica composta por diversas instituições que atuam de forma integrada no desenvolvimento e na implementação de estratégias relacionadas à abordagem de Uma Só Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Suas ações estão organizadas em linhas de ação que orientam intervenções em diferentes áreas. A Rede possui Coordenação-Geral na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e Secretaria Executiva na Fiocruz, com sede na Superintendência do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, sendo composta por 22 instituições gaúchas de gestão, ensino e pesquisa, reunidas em instâncias de governança com comitê gestor e grupos técnicos temáticos. **Objetivo:** relatar a atuação da RSU como espaço de governança no Rio Grande do Sul, destacando sua estrutura e instâncias decisórias, a relevância da articulação intersetorial, a aplicação do conceito de Uma Só Saúde e os desafios de gestão intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar para superar a fragmentação no território. **Metodologia:** trata-se de relato baseado em análise documental, contemplando atas, relatórios e publicações institucionais, e em revisão bibliográfica sobre governança, intersetorialidade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e Uma Só Saúde, com enfoque crítico-reflexivo. **Resultados e discussão:** a RSU organiza-se por meio de Comitê Gestor com representantes de secretarias estaduais, universidades, órgãos de vigilância e entidades científicas, operando de forma horizontal, com pactuação coletiva de agendas, transparência e corresponsabilidade. Seus eixos de atuação incluem governança e articulação intersetorial; educação em Uma Só Saúde; vigilância e resposta a emergências; produção e sistematização de conhecimento; e comunicação e participação social. Entre as ações em andamento, destacam-se o Plano de Ação Fiocruz/Embrapa (2024/2025) para crise climática; editais INOVA-Fiocruz/Fapergs; Programa Saúde na Escola no Rio Grande do Sul (PSE-RS), com o tema Uma Só Saúde; curso de especialização; Rede Genômica; governança em comunicação de risco e crise nas fronteiras; Observatório Brasileiro de Comunicação de Crise (OBCC); Guia de Integridade da Informação; e o *podcast* "Crise Climática e Uma Só Saúde". Entendida como o conjunto de mecanismos, processos e instituições que orientam o exercício do poder, a tomada de decisão e a voz social, a governança em saúde demanda coordenação intersetorial, equilíbrio entre autonomia e cooperação e corresponsabilização por resultados. No Brasil, a Política Nacional de Governança Pública, instituída pelo Decreto n. 9.203/2017,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

reforça integridade, transparência, participação social e orientação para resultados. Na perspectiva de Uma Só Saúde, a RSU concentra-se menos em diagnosticar a baixa efetividade histórica e mais em *advocacy* e indução de políticas integradas que evitem a fragmentação entre as dimensões humana, animal, vegetal e ambiental, especialmente diante dos impactos da crise climática. Na prática, isso se traduz em pactuação intersetorial de metas, indicadores e cronogramas comuns; protocolos e fluxos integrados de prevenção, vigilância, resposta e recuperação; formação e comunicação pública para alinhamento técnico e engajamento social; síntese e uso de evidências na formulação normativa e nas decisões; indução normativa e de cofinanciamento por meio de acordos, portarias, editais e planos conjuntos; e monitoramento e avaliação com indicadores compartilhados e transparência. A abordagem de Uma Só Saúde, adotada por organismos internacionais e incorporada ao Plano Nacional de Uma Só Saúde (2022), orienta a articulação entre setores e políticas, em consonância com a Constituição Federal de 1988, especialmente o artigo 196, que trata da saúde como direito; o artigo 205, relativo à educação; e o artigo 225, referente ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. A RSU traduz esses marcos em práticas territoriais no Rio Grande do Sul, conectando ciência, gestão e sociedade. Operar com múltiplos saberes implica lidar com diferenças de linguagem técnica, interesses institucionais e culturas organizacionais diversas, exigindo postura dialógica e sensível à complexidade, capaz de converter diversidade em inovação e resultados públicos. **Considerações finais:** a experiência da RSU demonstra que a governança intersetorial é condição para enfrentar problemas complexos e intensificados pela crise climática. Ao integrar princípios da administração pública com intersetorialidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, e ao induzir políticas na perspectiva de Uma Só Saúde, a RSU fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) e amplia a capacidade de resposta integrada no território gaúcho.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DUAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL

Andriele Luísa Hemann

Introdução: o estado do Rio Grande do Sul foi atingido por sua maior enchente em maio de 2024. As cidades mais atingidas foram Porto Alegre (RS) e Canoas (RS), e o resultado das inundações foi a interrupção de infraestruturas básicas e serviços essenciais. As famílias atingidas foram evacuadas e levadas para abrigos. Por isso, tornou-se necessária a mobilização da comunidade acadêmica para garantir assistência básica e acolhimento. **Objetivo:** relatar a experiência voluntária de acadêmicas de enfermagem em contextos distintos frente à crise das enchentes no Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de relato de experiência, construído a partir das vivências e percepções no trabalho voluntário durante as enchentes de maio de 2024, no estado do Rio Grande do Sul. As experiências foram realizadas em dois contextos diferentes: uma em abrigo de campanha e outra em ambiente hospitalar. Na primeira experiência, em maio de 2024, durante as enchentes, a acadêmica cursava o segundo semestre da graduação e, com a criação dos abrigos, atuou como voluntária no Centro Universitário Ritter dos Reis, Campus Fapa, auxiliando entre 6 e 8 horas diárias. Foram realizadas triagem, verificação de sinais vitais e escuta inicial da população acolhida. Observou-se intensa vulnerabilidade social da população atingida, a partir de relatos marcados pela invisibilidade e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, gerando reflexões sobre as condições de saúde. Na segunda experiência, a mobilização voluntária ocorreu de forma emergencial no Hospital Nossa Senhora das Graças, devido ao aumento do número de pacientes e à escassez de funcionários. A acadêmica atuou como técnica de enfermagem e estudante no setor de emergência, em plantões noturnos de 12 horas, prestando assistência aos pacientes e à equipe, auxiliando na monitorização de sinais vitais, cuidados de higiene e conforto, coletas laboratoriais e administração de medicamentos, sob supervisão profissional. Atuar em contexto tão desafiador reforçou o compromisso com uma enfermagem ética e empática, que cuida do paciente não apenas no aspecto clínico, mas também por meio de olhar atento e acolhedor. **Resultados e discussão:** observou-se falta de estrutura e de preparo governamental frente às crises climáticas, evidenciada pela fragilidade social durante as enchentes. As experiências permitiram identificar a relevância da atuação da enfermagem em situações de desastre, tanto na assistência direta quanto no acolhimento e na escuta das pessoas atingidas. **Considerações finais:** a experiência contribuiu para a formação ética e profissional de ambas as acadêmicas, possibilitando a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a graduação. Conforme destacam Dalla Nora *et al*. (2024, p. 15), "a atuação da enfermagem em situações de desastre exige sensibilidade, agilidade e compromisso ético com a vida", o que reforça a relevância desse aprendizado vivenciado no contexto das enchentes.

Referências

DALLA NORA, C. R. et al. (org.). **Enchente de 2024: a enfermagem no protagonismo do cuidado.** Porto Alegre: UFRGS, 2024. v. 4. Coleção LEVi. *E-book*. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/292009. Acesso em: 8 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATENDIMENTO FARMACÊUTICO A PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA ORAL

Emilene Barros da Silva

Introdução: um dos pilares do cuidado farmacêutico é a educação do paciente no que tange à utilização dos medicamentos. O farmacêutico oncológico fornece informações ao paciente a respeito dos medicamentos empregados no tratamento do câncer, bem como contribui para a adesão ao tratamento. Os quimioterápicos utilizados por via oral são classificados como medicamentos potencialmente perigosos e requerem atenção especial em sua dispensação, administração e monitoramento. Nesse sentido, o atendimento farmacêutico dos pacientes em uso de quimioterapia oral torna-se necessário. **Objetivo:** descrever o número e o tipo de atendimentos e o perfil dos pacientes que acessaram a Farmácia de Medicamentos Especiais do Hospital Nossa Senhora da Conceição (FME-HNSC) no ano de 2024 e no primeiro semestre de 2025. **Metodologia:** trata-se de estudo observacional descritivo, realizado no período de janeiro de 2024 a junho de 2025, que apresenta os dados dos pacientes que utilizaram quimioterapia oral. O atendimento aos pacientes foi realizado pelas farmacêuticas clínicas que atuam na FME, responsável pela dispensação da quimioterapia ambulatorial. Os dados foram coletados a partir das consultas farmacêuticas e da revisão do prontuário eletrônico do paciente. Para a análise descritiva, foram calculadas frequências, médias, medianas e desvio padrão. **Resultados e discussão:** no período do estudo, foram realizados 17.621 atendimentos farmacêuticos, sendo 10.804 no ano de 2024 e 6.817 no primeiro semestre de 2025. Do total, 1.336 (8%) referiam-se a consultas de início de tratamento, 7.990 (45%) ao acompanhamento da quimioterapia oral, 369 (2%) a atendimentos de pacientes que utilizavam medicamentos obtidos por via judicial, 76 (0,4%) a medicamentos não padronizados na instituição e 3.697 (21%) a medicamentos fornecidos pela Secretaria da Saúde. Em 1.416 (8%) casos, o paciente foi contatado para comparecimento à farmácia, pois não havia retornado na data programada. A média de idade dos pacientes foi de 59 anos, sendo 50% do sexo masculino. Observou-se aumento no número de atendimentos farmacêuticos a partir de 2024, com a inauguração do novo Centro de Oncologia e Hematologia da instituição. Esse aumento gerou ampliação do horário de atendimento e acréscimo de recursos humanos, com a contratação de mais quatro farmacêuticas, totalizando seis profissionais, três por turno. **Considerações finais:** o acompanhamento próximo do paciente realizado pelo farmacêutico oncológico permite melhor detecção de reações adversas, identificação de problemas de adesão ao tratamento e fornecimento de orientações adequadas para o uso seguro e racional da quimioterapia oral.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REDE BRASIL: ESTRATÉGIAS INOVADORAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE E OUTRAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Júlia Cristine Boll
Rafaela Madeira Pereira
Fernanda Carlise Mattioni
Cristianne Maria Famer Rocha

Introdução: o projeto Rede BRASIL de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento em Saúde propõe avanços nas ações de informação, educação e comunicação entre Estado e sociedade civil para levar dados confiáveis à população e auxiliar no enfrentamento da esquistossomose, filariose linfática, oncocercose, tracoma, geo-helmintíases, hanseníase e outras doenças negligenciadas. O desafio envolve profissionais da linha de frente e especialistas de diversas áreas, considerando os impactos à saúde física e mental e as estratégias para evitar a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa busca promover boas práticas de comunicação e prevenção, combater notícias falsas (*fake news*) e reduzir desconhecimento, medo, estigma, discriminação e desinformação, prevenindo colapsos sociais. A pesquisa conta com planejamento de publicações na comunidade científica, prevendo o desenvolvimento de resumos, notas técnicas, conteúdos para mídias sociais, artigos e diversos outros materiais que auxiliem na ampla divulgação do conhecimento em torno do assunto abordado e contemplem a maior diversidade de públicos. **Objetivo:** desenvolver ações de pesquisa, revisão da literatura e estudos qualiquantitativos para identificar abordagens efetivas e viáveis voltadas à ampliação do conhecimento e à promoção da aceitação, adesão e cumprimento das medidas de prevenção e controle das doenças negligenciadas, bem como avaliar estratégias de boa comunicação e prevenção da circulação de notícias falsas (*fake news*) relacionadas a esses agravos. **Metodologia:** trata-se de um projeto multicêntrico que visa produzir revisões de literatura para identificar evidências e aplicar metodologias qualiquantitativas de múltiplos métodos para analisar os resultados efetivos das medidas desenvolvidas nas intervenções relacionadas à esquistossomose, filariose linfática, oncocercose, tracoma, geo-helmintíases e hanseníase. Serão coletados dados em todas as 27 capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal. Participarão da pesquisa indivíduos, famílias e comunidades, profissionais da saúde, educação e comunicação comunitária, integrantes da rede pública escolar, gestores do SUS, pesquisadores e integrantes da sociedade civil organizada. Juntamente com o desenvolvimento dos materiais, será aplicado um questionário por meio da plataforma REDCap, que busca compreender o nível de informação da população em geral sobre o assunto. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB). **Resultados e discussão:** a pesquisa ainda está em fase de coleta de dados. Como impressão preliminar, percebe-se que a população conhece a existência da hanseníase, mas não possui informações corretas sobre a doença. Em relação às demais doenças, a maior parte dos entrevistados desconhece sua existência. **Considerações finais:** os resultados preliminares ratificam a negligência em relação às doenças citadas, reforçando a necessidade de investimentos públicos na promoção da saúde das populações acometidas, na prevenção dessas doenças, no diagnóstico precoce e no tratamento oportuno. Para tanto, as equipes de saúde precisam estar capacitadas e dispor dos recursos necessários.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A ATENÇÃO DOMICILIAR COMO APOIO ASSISTENCIAL PARA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Andreia Assunção Martins
Konrad Gutterres Soares
Raquel Jeanty de Seixas Mestriner
Sati Jaber Mahmud

Introdução: o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é uma modalidade de cuidado à saúde que visa promover, manter ou restaurar a saúde dos usuários por meio de ações realizadas no domicílio, integrando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Essa modalidade de atenção destaca-se pelo enfoque no trabalho em equipe, na criação de vínculos e na integralidade do cuidado, sendo formalizada como estratégia substitutiva ou complementar às formas tradicionais de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da portaria que institui o Programa Melhor em Casa. No âmbito do SUS, o PAD contribui para a redução de custos hospitalares, a diminuição do risco de infecções e a recuperação do paciente em seu contexto social e familiar. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham papel fundamental na rede de saúde brasileira, funcionando como serviços de média complexidade que oferecem atendimento 24 horas para casos de urgência e emergência. O principal objetivo das UPAs é ampliar o acesso rápido e qualificado a cuidados imediatos, desafogando os hospitais e reduzindo o tempo de espera para o atendimento de pacientes com condições clínicas que demandam intervenção rápida, mas não necessitam de internação hospitalar imediata. Implementadas a partir de 2008 pelo Ministério da Saúde, as UPAs fazem parte da estratégia de reestruturação da rede de atenção à saúde, visando à descentralização do atendimento emergencial. Nesse contexto, e entendendo que esses dois pontos da rede possuem objetivos convergentes no sentido de desafogar as emergências e otimizar a internação em leitos hospitalares, foi implementada, no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma estratégia de busca ativa para identificar pacientes internados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar que atendessem aos critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar. Essa abordagem visa permitir que os pacientes elegíveis continuem seu tratamento em domicílio, promovendo a redução da sobrecarga na UPA sem comprometer a qualidade do cuidado e assegurando a continuidade e a segurança do atendimento. Objetivo: analisar o impacto da busca ativa, realizada por meio da revisão de prontuários, no número de pacientes internados no PAD e oriundos da UPA, bem como comparar os dados relativos aos pacientes internados no PAD provenientes da UPA nos primeiros sete meses dos anos de 2024 e 2025. **Metodologia:** trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e transversal, que utilizou a análise dos dados provenientes do Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT) do município de Porto Alegre (RS), do GHC Sistemas e do banco de dados com informações compiladas de ambos os serviços. Resultados e discussão: a análise dos dados evidenciou aumento expressivo no número de pacientes internados no PAD provenientes da UPA após a implementação da busca ativa. Nos sete primeiros meses de 2024, foram incluídos apenas quatro pacientes oriundos da UPA, enquanto, no mesmo período de 2025, esse número alcançou 64. Entre janeiro e agosto de 2025, foram revisados os prontuários de 194 pacientes atendidos na UPA, dos quais 76 necessitaram de internação hospitalar (39,2%), 62 receberam alta (32,0%), 52 foram incorporados ao PAD (26,8%), dois evoluíram para óbito (1,0%) e dois evadiram-se do serviço (1,0%). Para além do aumento observado nas inclusões via busca ativa, verificou-se também crescimento nas consultorias espontâneas, ou seja, aquelas solicitadas diretamente pelos profissionais da UPA, sem intermediação da regulação de leitos. Nos primeiros

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

meses de 2024, registraram-se quatro consultorias desse tipo; no mesmo período de 2025, esse número triplicou, atingindo 12 solicitações. É plausível supor que esse incremento decorra do maior contato entre os profissionais da UPA e a equipe do PAD, favorecendo o aprimoramento do conhecimento sobre os critérios de elegibilidade para cuidados domiciliares. **Considerações finais:** a experiência indica que a busca ativa por meio da revisão de prontuários contribuiu para ampliar o encaminhamento de pacientes da UPA ao PAD, favorecendo a transição do cuidado e a continuidade da assistência em domicílio. A maior familiaridade dos profissionais da UPA com os critérios de elegibilidade para cuidados domiciliares mostrou-se relevante, pois contribui para aprimorar a comunicação intersetorial e impacta positivamente a articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EXPANSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR COMO PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E PERMANÊNCIA NO AMBIENTE DOMICILIAR

Konrad Gutterres Soares

Introdução: a atenção domiciliar está em processo de expansão no Brasil, buscando assegurar a viabilidade do cuidado diante das mudanças epidemiológicas, demográficas, sociais e culturais que demandam novas formas de atenção (Rajão; Martins, 2020). Essa modalidade vem ampliando o número de equipes, atendimentos e abrangência, sendo estratégica para a promoção da autonomia e da permanência do paciente em seu ambiente domiciliar. A portaria que instituiu o Programa Melhor em Casa (Brasil, 2013; Brasil, 2024) foi atualizada no início de 2024, com mudanças significativas. Essas alterações incluíram a possibilidade de expansão dos serviços de atendimento domiciliar que já tivessem cobertura territorial por equipes de Atenção Domiciliar (AD) em 100% do seu território. Esse aumento poderia ser solicitado caso os seguintes critérios fossem atendidos: média de atendimento mensal de 50 pacientes ou mais pelas equipes, percentual de alta mensal superior a 25% e procedência hospitalar dos pacientes internados superior a 70%. Com essa nova possibilidade, Porto Alegre (RS) solicitou ao Ministério da Saúde o aumento de 15 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) para 18 EMADs. Nesse cenário, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi contemplado com duas novas equipes de atendimento domiciliar, passando de cinco EMADs para sete EMADs. Essa expansão justifica-se pela necessidade crescente de aumento da oferta de atendimento multiprofissional, prevenção de internações prolongadas e garantia de assistência qualificada e humanizada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de visitas periódicas e individualizadas, o programa busca atender às necessidades clínicas e sociais dos pacientes, priorizando o início da reabilitação e a integração do cuidado na rede de atenção à saúde. A avaliação da produtividade do programa, comparando os primeiros sete meses de 2024 e 2025, permite compreender o impacto assistencial da expansão sobre o acesso, a qualidade da assistência e a otimização dos recursos em saúde. Objetivo: comparar dados de produtividade do PAD no período de janeiro a julho de 2024 e 2025. **Metodologia:** trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e transversal de dados assistenciais, incluindo pacientes internados, novas internações no mês, número de visitas domiciliares, taxa de procedência hospitalar e taxa de alta no PAD, referentes ao período de janeiro a julho de 2024 e 2025, utilizando banco de dados com informações compiladas e o GHC Sistemas. **Resultados e discussão:** a ampliação das EMADs representou aumento de 40% no número de equipes do serviço. Dessa forma, analisaram-se os resultados assistenciais obtidos por meio desse aumento da capacidade assistencial e das metas estabelecidas pela portaria do Ministério da Saúde que justificaram a ampliação das equipes. Nos meses analisados, foram realizadas 489 novas internações em 2024 e 774 novas internações em 2025, representando incremento de 58% no período. Quanto ao número de pacientes acompanhados, calculado pela soma de pacientes novos e já internados, houve aumento de 1.391 pacientes em 2024 para 1.892 pacientes em 2025, correspondendo a crescimento de 36%. A procedência hospitalar dos pacientes manteve-se em números similares nos dois anos analisados, sendo 72% em 2024 e 75% em 2025. Outro indicador relevante é a taxa de alta do programa no período, calculada pelo número de altas com transição do cuidado realizadas para unidades de saúde, sem contabilizar altas por piora clínica com reinternações hospitalares, que foi de 18% em 2024 e 20% em 2025. Outro dado significativo de produção e atendimento refere-se ao número de visitas domiciliares realizadas no período: 5.340 em 2024 e 7.897 em 2025, representando aumento de 47%. O acréscimo das EMADs na cidade de Porto Alegre (RS) e no PAD justificou-se pelo alcance de metas assistenciais e de produção pelos serviços de AD na cidade. Essa análise

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

inicial teve como finalidade demonstrar o impacto assistencial desse aumento. Os dados apontam aumento significativo da produção assistencial com manutenção do grau de complexidade dos pacientes, o que permite inferir a existência de demanda crescente por AD na cidade de Porto Alegre (RS). **Considerações finais:** a ampliação das EMADs no PAD demonstrou impacto assistencial positivo, com aumento expressivo das novas internações, do número de pacientes acompanhados e das visitas domiciliares, mantendo-se a complexidade dos casos atendidos. Os resultados reforçam a relevância da atenção domiciliar como estratégia de qualificação do cuidado, otimização de recursos e fortalecimento da rede de atenção à saúde no SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+ E AS PRÁTICAS DE CURA PARA O QUE NÃO É DOENÇA

Daniele Mileski Elgert
Oscar de Souza Santos
Alexandre do Nascimento Almeida

Introdução: este trabalho discute os impactos das práticas de conversão sexual na saúde mental da população LGBTQIAPN+, articulando reflexões sobre o papel da educação em saúde na prevenção dessa violência e na promoção de cuidados integrais no Sistema Único de Saúde (SUS). As chamadas "terapias de conversão" são práticas amplamente condenadas por organizações de saúde nacionais e internacionais, devido à inexistência de evidências de eficácia e à presença de efeitos adversos graves, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida. Fundamentado na teoria do estresse de minoria, o estudo parte da compreensão de que indivíduos LGBTQIAPN+ vivenciam estressores externos, como discriminação, violência e exclusão social, e estressores internos, como estigma internalizado e ocultação da identidade, que afetam negativamente sua saúde mental e ampliam desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado. São resgatados aspectos históricos da construção social de gênero e sexualidade, analisando o avanço de políticas públicas brasileiras voltadas à despatologização da diversidade sexual e de gênero, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Essa política, embora represente avanços significativos, ainda enfrenta desafios de implementação, especialmente na formação e sensibilização de profissionais de saúde. **Objetivo:** analisar os impactos das práticas de conversão sexual na saúde mental da população LGBTQIAPN+ e discutir o papel da educação em saúde, da educação permanente e das políticas públicas na prevenção dessa violência e na promoção de cuidados integrais, afirmativos e equitativos no SUS. **Metodologia:** trata-se de estudo teórico-reflexivo, fundamentado em revisão da literatura sobre práticas de conversão sexual, teoria do estresse de minoria, saúde mental da população LGBTQIAPN+, políticas públicas brasileiras de despatologização da diversidade sexual e de gênero e educação em saúde. A análise articula os campos dos direitos humanos, da saúde mental e das políticas públicas, buscando compreender como práticas discriminatórias persistem nos serviços de saúde e como a formação profissional pode contribuir para sua prevenção e superação. **Resultados e discussão:** a literatura revisada demonstra que a persistência de preconceitos e práticas discriminatórias nos serviços de saúde, incluindo práticas de conversão sexual, compromete a integralidade do cuidado e a efetividade das redes de atenção no SUS. O conceito de estresse de minoria fornece arcabouço teórico para compreender como experiências de preconceito e discriminação se convertem em risco aumentado de adoecimento mental. Estressores distais, como violência física e exclusão institucional, somam-se a estressores proximais, como internalização da homonegatividade e ocultação da identidade, produzindo impactos psicossociais persistentes. Pesquisas recentes destacam que esses fatores afetam de forma desproporcional pessoas trans, travestis e não binárias, que frequentemente enfrentam barreiras adicionais no acesso a serviços especializados e acolhedores. No campo da educação em saúde, este trabalho argumenta que estratégias de formação permanente são fundamentais para desconstruir práticas discriminatórias e promover equidade. A inclusão de conteúdos sobre diversidade sexual e de gênero na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde é essencial para construir competências técnicas e éticas que garantam atendimento integral e respeitoso. A educação em saúde deve contemplar também a dimensão participativa, envolvendo representantes da comunidade LGBTQIAPN+ na construção de protocolos e fluxos de atendimento, fortalecendo o controle social e a responsabilização institucional. A promoção da saúde mental dessa população depende da articulação efetiva das redes de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

atenção, garantindo que, desde a Atenção Primária à Saúde até os serviços especializados, haja profissionais preparados para reconhecer e intervir diante das necessidades específicas. Nesse sentido, o combate às práticas de conversão sexual não deve se restringir a proibições legais ou normativas, mas incluir a criação de ambientes seguros, o acesso a cuidados afirmativos e a integração entre diferentes pontos da rede assistencial. O SUS, por sua capilaridade e pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, oferece base para a construção dessas práticas, desde que haja investimento em formação e sensibilização de equipes. **Considerações finais:** ao analisar a intersecção entre direitos humanos, saúde mental e políticas públicas, este estudo evidencia que práticas de conversão sexual representam não apenas violação da dignidade humana, mas também fator de risco concreto para o adoecimento psíquico. A educação permanente em saúde, articulada às redes de atenção e à participação social, constitui estratégia potente para prevenir tais violências e promover cuidado inclusivo, ético e tecnicamente qualificado. Investir na formação de profissionais e na implementação de políticas efetivas é passo fundamental para que o SUS avance no cumprimento de seu papel como garantidor de direitos e promotor de saúde para toda a população, incluindo lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas intersexo e demais identidades que compõem a diversidade sexual e de gênero.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VIVÊNCIAS CORPORAIS E OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS TRANS QUE REALIZARAM A CIRURGIA DE MAMOPLASTIA MASCULINIZADORA

Daniele Mileski Elgert
Simone Ávila
Alexandre do Nascimento Almeida

Introdução: a mamoplastia masculinizadora é um procedimento cirúrgico integrante do processo de afirmação de gênero de homens trans, com o objetivo de adequar a aparência torácica à identidade de gênero e reduzir a disforia relacionada à presença das mamas. Embora represente um marco importante na construção da identidade corporal e na qualidade de vida dessa população, o cuidado pós-operatório, incluindo a reabilitação fisioterapêutica, ainda é pouco explorado nas diretrizes nacionais de saúde. Objetivo: analisar as vivências corporais de homens trans que realizaram a mamoplastia masculinizadora, destacando as necessidades de cuidado no pós-operatório e o potencial da fisioterapia como parte integrante das redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Metodologia: trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter interpretativo, envolvendo sete homens trans maiores de 18 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista individual semiestruturada, com questões abertas sobre experiências corporais, percepção de saúde e vivências de acesso aos serviços de saúde antes e após a cirurgia. As entrevistas foram analisadas segundo o referencial teórico-metodológico da Análise Temática (AT) reflexiva, permitindo a identificação de padrões de sentido e a construção de temas e subtemas emergentes. Resultados e discussão: a análise revelou três eixos principais: construção do corpo, englobando as percepções sobre a transformação física proporcionada pela cirurgia, o impacto positivo na autoestima e na congruência corporal, mas também desafios como dor, limitação de movimentos e necessidade de readequação funcional no período pós-operatório; vivências de gênero e saúde, abordando o alívio da disforia, a maior liberdade no convívio social e no uso de roupas, mas também o enfrentamento contínuo do preconceito e da invisibilidade das especificidades de pessoas transmasculinas nos serviços de saúde; e barreiras de acesso e acolhimento no sistema de saúde, evidenciando a escassez de profissionais especializados para atender essa população, tanto na rede pública quanto na suplementar, e a inexistência de protocolos clínicos integrados que orientem o cuidado no pré-operatório e no pós-operatório. Os resultados apontam que, apesar do impacto positivo da cirurgia na saúde mental e social dos participantes, há lacunas importantes na assistência fisioterapêutica. O acompanhamento fisioterapêutico no pós-operatório poderia contribuir para a prevenção de complicações, como aderências cicatriciais, limitações de amplitude de movimento, dor persistente e alterações posturais, bem como favorecer a reintegração funcional plena. Contudo, a ausência de diretrizes específicas e de linhas de cuidado formalmente estabelecidas para essa população dificulta a inserção sistemática da fisioterapia nas redes de atenção. No contexto do SUS, a integralidade do cuidado pressupõe a articulação entre diferentes níveis de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde, que poderia realizar o acompanhamento inicial e o encaminhamento adequado aos serviços especializados responsáveis pela reabilitação. A inclusão da fisioterapia nesse fluxo é fundamental para garantir que homens trans tenham acesso a cuidados de qualidade, seguros e baseados em evidências. Esta pesquisa reforça a necessidade de políticas públicas que incorporem a saúde transmasculina de forma explícita nas diretrizes e nos programas nacionais, ampliando a visibilidade das demandas dessa população. Também destaca o papel estratégico da fisioterapia como parte das redes de atenção, não apenas na reabilitação física, mas na promoção

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

da autonomia e da qualidade de vida. Investir na formação de fisioterapeutas para o cuidado de homens trans no pós-operatório de mamoplastia masculinizadora pode contribuir para a redução de desigualdades em saúde e para o fortalecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Considerações finais: conclui-se que a fisioterapia é um componente essencial no cuidado pós-operatório de homens trans, devendo ser integrada de forma estruturada aos serviços que realizam a mamoplastia masculinizadora. A implementação de protocolos clínicos e linhas de cuidado específicas, aliada a processos de educação permanente em saúde, representa um caminho para assegurar que essa população receba atendimento qualificado, humanizado e livre de discriminação, promovendo a saúde integral e a equidade no acesso aos serviços.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO DAS ENCHENTES NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CAUSAS AMBIENTAIS: COMPARAÇÃO ENTRE ABRIL, MAIO E JUNHO DE 2024 E DE 2025 EM PORTO ALEGRE (RS)

Lucas Grill Silva Pereira
Otavio Grill Silva Pereira
Gabriela Vasconcelos de Moura
Emmanuele Coelho Machado

Introdução: as mudanças climáticas merecem destaque, uma vez que sua frequência e intensidade vêm aumentando progressivamente, e eventos extremos, como a enchente que assolou o estado do Rio Grande do Sul, impactam diretamente a saúde pública. Esses eventos aumentam a incidência de doenças de veiculação hídrica, entre as quais se destacam especialmente leptospirose, diarreia e gastroenterite, que, além de prejuízos individuais, também geram gastos públicos elevados e potencialmente evitáveis. Em abril e maio de 2024, o município de Porto Alegre (RS) enfrentou uma das maiores enchentes de sua história recente, afetando milhares de pessoas de maneira direta e indireta, comprometendo a infraestrutura urbana e evidenciando a falta de um plano efetivo para a redução de danos em crises dessa natureza. **Objetivo:** comparar as internações hospitalares por leptospirose, diarreia e gastroenterite no município de Porto Alegre (RS), durante o período da enchente e no mês seguinte, ainda marcado por consequências do evento, com os mesmos meses do ano de 2025, a fim de verificar se ocorreram alterações significativas nas internações relacionadas a doenças de veiculação hídrica, contribuindo para a compreensão do impacto dos eventos climáticos extremos sobre a saúde da população e auxiliando na definição de estratégias de prevenção e resposta do sistema de saúde. **Metodologia:** foi realizada avaliação dos dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando dados de morbidade da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) referentes a "diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível", "leptospirose ictero-hemorrágica", "outras formas de leptospirose" e "leptospirose não especificada", no município de Porto Alegre (RS), nos meses de abril a junho de 2024 e 2025. **Resultados e discussão:** no período das enchentes, ocorreram em Porto Alegre (RS) 161 internações por doenças de veiculação hídrica, enquanto, nos mesmos meses de 2025, ocorreram 117 internações. Observou-se aumento de 37% no número de internações durante a enchente em relação ao mesmo período de 2025. **Considerações finais:** é importante salientar que, durante crises humanitárias, ocorre sobrecarga física e emocional dos profissionais de saúde, que ficam mais propensos a erros, como a subnotificação, o que indica a necessidade de realização de novos estudos sobre o tema. Destaca-se a necessidade de implementar medidas preventivas para reduzir a intensidade dos efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde. Entre essas medidas, incluem-se melhorias na infraestrutura urbana, garantia de moradia digna para populações em vulnerabilidade social, com afastamento de áreas de risco sujeitas a alagamentos frequentes, preservação de áreas de mata ciliar, campanhas educativas sobre higiene e armazenamento seguro da água, expansão do saneamento básico e melhora da cobertura vacinal, ações que podem acarretar vantagens à população. É igualmente fundamental assegurar planos de reconstrução que considerem os determinantes sociais e o combate às desigualdades, fortalecendo as comunidades afetadas e tendo como pauta a equidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas medidas, em conjunto, podem contribuir para a redução dos efeitos adversos, promovendo a proteção da população e fornecendo subsídios para o planejamento de políticas públicas mais eficazes e necessárias diante de futuros eventos climáticos extremos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONTINUIDADE DO CUIDADO DURANTE CRISES: TELECONSULTA COMO ALTERNATIVA AO SEGUIMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS NAS ENCHENTES DE ABRIL E MAIO DE 2024 EM PORTO ALEGRE, COMPARADA AOS MESMOS MESES DE 2023 E 2025

Lucas Grill Silva Pereira
Otavio Grill Silva Pereira
Gabriela Vasconcelos de Moura
Emmanuele Coelho Machado

Introdução: a frequência e a intensidade de eventos climáticos extremos têm aumentado progressivamente no Brasil e no mundo, fato já previsto e de conhecimento público há décadas. Entretanto, mesmo com evidências claras dessas mudanças climáticas, observa-se a persistência do negacionismo científico, especialmente do negacionismo climático e do ceticismo em relação às evidências científicas na saúde. Isso torna fundamental o contato próximo da Atenção Primária à Saúde (APS) com a população, oferecendo, juntamente com o atendimento centrado na pessoa, educação em saúde para orientar o paciente. Durante a enchente que atingiu Porto Alegre (RS) em abril e maio de 2024, quando o contato presencial com os pacientes ficou dificultado, a telemedicina mostrou-se uma alternativa viável para manter o vínculo e acompanhar pacientes crônicos. **Objetivo:** analisar o número de teleconsultas realizadas durante as enchentes que assolaram Porto Alegre (RS) em abril e maio de 2024 e compará-lo com o mesmo período em 2023 e 2025, com o intuito de avaliar essa alternativa como forma de substituição temporária das consultas presenciais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando que diversas unidades precisaram ser fechadas momentaneamente por estarem em áreas de inundação. **Metodologia:** foi realizada avaliação dos dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando informações da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), nos procedimentos "teleconsulta na atenção primária" e "teleconsulta médica na atenção especializada", na cidade de Porto Alegre (RS), nos meses da enchente, abril e maio de 2024, em comparação com o mesmo período dos anos de 2023 e 2025. Também foram comparados, separadamente, os meses anteriores à enchente, fevereiro e março de 2024, com o mesmo período em 2023 e 2025. **Resultados e discussão:** durante as enchentes de 2024, nos meses de abril e maio, foram realizadas 8.394 teleconsultas, em comparação com 2.807 em 2023 e 4.341 em 2025, observando-se aumento de 199% em relação a 2023 e de 93% em relação a 2025. Destacam-se também os meses que antecederam o evento, fevereiro e março de 2024, nos quais ocorreram 3.116 teleconsultas, em comparação com 2.846 no mesmo período em 2023 e 3.693 em 2025. Ao avaliar esses números, percebe-se que, durante o período de crise, no qual diversas unidades de saúde foram fechadas e inúmeros pacientes precisaram sair de suas casas, a realização de teleconsultas foi imprescindível para manter o atendimento a milhares de pacientes, assegurar seu seguimento e reduzir prejuízos adicionais ao cuidado. Outro ponto relevante é que, no Brasil, o uso da telemedicina em larga escala é recente, tendo sido autorizado pela Lei n. 13.989/2020 durante a Pandemia de covid-19 e regulamentado em 2022 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução n. 2.314/2022, o que demonstra que ainda há amplo espaço para expansão de seu uso. **Considerações finais:** considerando esses dados, torna-se evidente a necessidade de estímulo à telemedicina, visto que essa estratégia pode beneficiar não apenas situações de crise, mas também pacientes com dificuldade de locomoção ou que vivem em regiões afastadas e de difícil acesso. Assim, políticas públicas voltadas ao fomento de seu uso pelos pacientes e ao aumento de sua disponibilidade na APS podem acarretar diversas vantagens à população.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS EM ABRIGOS ABERTOS EM DECORRÊNCIA DO DESASTRE POR CHUVAS INTENSAS E INUNDAÇÕES EM 2024

Gabriela Oliveira da Cunha
Marcelo Coelho da Silva
Alex Elias Lamas
Roxana Pinto Nishimura

Introdução: os desastres constituem a combinação de um evento com a exposição, as condições de vulnerabilidade e a capacidade de resposta de um território ou sistema, com impactos na saúde que podem resultar em lesões físicas graves, mortes, surtos de doenças, traumas psicológicos e interrupção do cuidado. O Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres) tem como objetivo desenvolver e implementar ações de vigilância em saúde voltadas à gestão de riscos associados a emergências em saúde pública decorrentes de desastres. Em âmbito municipal, as ações de preparação e vigilância têm sido desenvolvidas a partir da construção de planos, mapeamentos, monitoramento e alertas, bem como de respostas voltadas à mobilização de equipes e ao apoio à rede de saúde. Durante a calamidade pública provocada por chuvas intensas e inundações, em maio e junho de 2024, mais de 200 abrigos temporários foram abertos em decorrência do evento em Porto Alegre (RS). As equipes de Vigilância em Saúde atuaram de forma a reduzir riscos e danos à saúde nesses locais. **Objetivo:** relatar a experiência e apresentar dados obtidos na perspectiva do Vigidesastres-Capital durante a atuação da Vigilância em Saúde em abrigos temporários abertos em decorrência das inundações em Porto Alegre (RS). **Metodologia:** para a realização das visitas, foram priorizados os abrigos com as seguintes características: mais de 100 pessoas abrigadas, localizados ou próximos a áreas de risco hidrogeológico mapeadas e situados em áreas críticas para abastecimento de água, como ponta de rede ou cota elevada. Foi elaborado um Roteiro de Vigilância em Saúde em Abrigos Temporários Abertos em Decorrência de Desastres e um formulário de entrevista para atuação e aplicação pelas equipes, estruturado em breve apresentação, objetivos e orientações para a coleta de informações. O roteiro/formulário foi dividido em quatro partes: organização geral/assistência social, assistência em saúde, alimentação e cuidados com os animais. A identificação de cada coordenador ou liderança das frentes de organização dos abrigos buscava criar ou fortalecer a comunicação dessas frentes com a Atenção Primária à Saúde e a vigilância, orientar melhores práticas de redução de danos em saúde, evitando agravos futuros, e sensibilizar a equipe de assistência em saúde quanto aos principais agravos e riscos decorrentes de inundações, baixas temperaturas e aglomeração de pessoas. Para a coleta de dados em saúde, foram adaptadas à realidade local perguntas sobre sinais e sintomas do Sistema de Alerta Precoce, Alerta e Resposta Antecipada (EWARS), da OPAS/MS. **Resultados e discussão:** ao todo, 42 abrigos foram visitados, sendo quatro com número de abrigados superior a 300, 16 com mais de 100 abrigados e 22 com menos de 100 abrigados. Estima-se que 5.137 pessoas abrigadas tenham sido alcançadas pelas visitas, correspondendo a 41% do total de desabrigados do município, segundo o Censo dos Abrigos Emergenciais do Rio Grande do Sul em maio de 2024. Entre os 17 abrigos localizados em área de risco, sete foram evacuados pelo poder público municipal. Em ponta de rede de abastecimento de água, localizavam-se quatro abrigos, e cerca de 14 relataram problemas de intermitência no abastecimento público. A alimentação era fornecida por marmita externa em 18 abrigos, por preparo no local em 17 e, em cinco abrigos, de ambas as formas. Em 27, havia animais abrigados. Havia 18 abrigos com equipe para assistência em saúde e 25

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

com fluxo definido para Unidade de Saúde (US) de referência do território. Em 17 abrigos, havia, ao todo, 76 pessoas que se identificaram como pessoas com problemas e/ou transtornos mentais. Em quatro abrigos, havia pessoas em hemodiálise. Em 10 abrigos, havia gestantes e/ou puérperas. Em 13 abrigos, houve relato de situação de violência, incluindo abuso físico, verbal, emocional, negligência ou abandono. Houve sete relatos de pessoas com ideação suicida nos abrigos visitados. Os sinais e sintomas que mais chamaram a atenção foram diarreia, tosse e coriza. Foram relatados entre 10 e 50 casos de diarreia nos abrigos com mais de 250 pessoas, indicando maior risco quanto maior a aglomeração nesses espaços. O risco foi agravado pela falta de condições adequadas de infraestrutura de higiene, local de refeição e acondicionamento de marmitas, verificada no abrigo com maior número de casos. Foram realizados encaminhamentos de demandas específicas à rede de saúde, incluindo casos de cuidados intensivos e suspeitas de doenças transmissíveis, como tuberculose, bem como orientações sobre fluxos de atendimento em situações de acidentes com animais peçonhentos e violências. Também foi ofertado apoio nas ações de enfrentamento à violência, especialmente com crianças, adolescentes e mulheres, com distribuição de materiais informativos voltados à prevenção. Foram trocados contatos com a Vigilância em Saúde para suporte e esclarecimentos em caso de dúvidas ou necessidade de orientações. As Recomendações para a Mitigação de Riscos Sanitários, Ambientais e Epidemiológicos em Abrigos Temporários da Secretaria Municipal de Saúde, redigidas inicialmente em novembro de 2023, foram atualizadas com o evento e disponibilizadas de forma *online* em *site* oficial da Diretoria de Vigilância em Saúde. **Considerações finais:** as ações de Vigilância em Saúde em abrigos abertos em decorrência de desastres reúnem especificidades que as diferenciam sensivelmente das vistorias e fiscalizações de rotina. Tais especificidades exigem preparo e perfil específico das equipes para atuação com foco na redução de danos e na comunicação em saúde. Recomenda-se o fortalecimento da articulação e da comunicação da Vigilância em Saúde com a rede de Atenção Primária à Saúde, com outros setores e com os atores envolvidos na preparação e no desenvolvimento das atividades durante a operação de abrigos em desastres.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TRATAMENTO DE ÚLCERA CUTÂNEA SECUNDÁRIA A POLICITEMIA VERA: RELATO DE CASO

Luciana Zinn Sostizzo
Eduarda Cristina da Silva
Dóris Baratz Menegon
Taline Bavaresco

Introdução: a policitemia vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa crônica rara, caracterizada principalmente pela produção excessiva de eritrócitos. Embora suas manifestações sejam predominantemente hematológicas, alterações cutâneas, como prurido, vermelhidão e úlceras de difícil cicatrização, também são observadas e podem representar sinais precoces da doença. O manejo terapêutico envolve flebotomia, antiagregantes plaquetários e uso de fármacos citorredutores, como a hidroxiureia, cuja principal limitação é o potencial de comprometer o processo de cicatrização de úlceras. **Objetivo:** descrever o tratamento de úlcera cutânea secundária à PV em um paciente. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de caso, desenvolvido em um hospital público do Sul do Brasil. O paciente foi acompanhado por enfermeira especialista em dermatologia durante consultas de enfermagem. Os dados foram extraídos de registros do prontuário eletrônico do paciente e de registros fotográficos. O estudo foi aprovado sob CAAE n. 51607721.9.0000.5327. **Resultados e discussão:** paciente do sexo masculino, 44 anos, com diagnóstico de PV desde 2022 e em tratamento com hidroxiureia, iniciou acompanhamento com enfermagem em outubro de 2024 devido ao aparecimento de úlcera dolorosa no pé esquerdo, em progressão desde fevereiro do mesmo ano, após trauma local. Na primeira consulta, a úlcera apresentava 0,7 cm de diâmetro, estava profunda e o paciente relatou dor intensa, 6/10 pela Escala Verbal Numérica da Dor (EVN). O tratamento instituído incluiu fotobiomodulação (FBM), curativos com alginato de cálcio e uso de meia compressiva, resultando em melhora clínica progressiva, com redução da dor para 0/10 em um mês. Em fevereiro de 2025, foi iniciado tratamento antibiótico devido à infecção na úlcera, com sintomas como prurido, secreção purulenta e aumento da dor para 5/10. Em março, o paciente apresentou episódio de pneumonia, iniciando novo tratamento com antibióticos e apresentando novo agravamento da úlcera e aumento da dor para 6/10. Após discussão do caso entre as equipes assistenciais, foi planejada a redução da dose de hidroxiureia, a fim de avaliar a resposta cicatricial. A estratégia foi implementada com a continuidade dos curativos tópicos, FBM e meia compressiva, o que resultou em cicatrização completa em maio de 2025. **Considerações finais:** o acompanhamento de enfermagem especializada demonstrou ser eficaz na condução do tratamento de úlcera relacionada à PV, promovendo cicatrização mesmo diante de intercorrências infecciosas. Reforça-se a importância da atenção contínua, do uso associado de terapias e da colaboração entre profissionais de diferentes equipes em benefício do paciente. Este relato contribui para a literatura ao demonstrar que intervenções multidisciplinares podem otimizar o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com lesões cutâneas secundárias à PV.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DETECÇÃO DE NOROVÍRUS GI E GII EM ÁGUAS URBANAS DURANTE EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS: EVIDÊNCIAS DE RISCOS EMERGENTES

Luisa Setovski da Silveira

Introdução: eventos climáticos extremos, como enchentes, têm se tornado cada vez mais frequentes no Brasil, ampliando significativamente a exposição da população a patógenos veiculados pela água. Em áreas urbanas vulneráveis, onde há precariedade no saneamento básico e intensa circulação de pessoas, evidencia-se maior ocorrência de infecções por patógenos transmitidos pela água. Entre os principais agentes associados a surtos de gastroenterite aguda está o norovírus (NoV), vírus altamente infeccioso, capaz de causar infecção mesmo em baixas concentrações virais. O NoV apresenta resistência considerável no ambiente, permanecendo viável por semanas em superfícies e por meses em ambientes aquáticos. Essa característica o torna um indicador importante na vigilância da qualidade da água e do risco sanitário. **Objetivo:** investigar a presença e a dispersão do NoV em áreas urbanas de Porto Alegre (RS) afetadas pelas enchentes ocorridas em maio de 2024, com foco especial na dinâmica de circulação viral um ano após o evento. **Metodologia:** o estudo foi desenvolvido com base em metodologia laboratorial aplicada à vigilância ambiental de vírus entéricos. Para isso, foi considerada a trajetória de avanço e recuo das águas, estabelecendo-se uma linha de monitoramento ao longo do curso do rio atingido. Essa abordagem permitiu avaliar a circulação do vírus, bem como o risco contínuo de exposição humana por contato direto ou indireto com águas contaminadas. As amostras de água foram coletadas em dois momentos distintos. A primeira etapa ocorreu durante o mês de maio de 2024, período em que a cidade de Porto Alegre (RS) foi severamente afetada por enchentes. Foram realizadas duas campanhas de amostragem: a primeira em 8 de maio de 2024, com coleta de 17 amostras, e a segunda em 21 de maio de 2024, com 22 amostras adicionais, totalizando 39 amostras. As coletas foram realizadas em pontos previamente georreferenciados, localizados em áreas alagadas da cidade, com algumas regiões amostradas mais de uma vez, a fim de monitorar a persistência viral em locais considerados críticos. A segunda etapa de coleta foi realizada um ano após o evento, em 25 de junho de 2025, com 22 novas amostras obtidas nas mesmas regiões monitoradas anteriormente, com base no mapeamento da trajetória de avanço e recuo das águas durante a enchente. As amostras passaram por processo de concentração viral utilizando ultracentrifugação, técnica que permite recuperar partículas virais em volumes reduzidos, aumentando a sensibilidade das análises. Em seguida, foi realizada a extração do RNA viral por meio de *kit* e extrator automático Maxwell® Viral Total Nucleic Acid Purification, método que oferece alta eficiência e reduz o risco de contaminação cruzada. A detecção dos genomas virais foi realizada por meio de RT-qPCR, técnica altamente sensível e específica. Os alvos moleculares selecionados foram os genes nsp para identificação de NoV genogrupo I (NoV GI) e genogrupo II (NoV GII), ambos reconhecidos como principais causadores de surtos virais transmitidos por água contaminada. **Resultados e discussão:** nas amostras analisadas no período da enchente de 2024, NoV GI foi detectado em uma amostra e NoV GII em quatro amostras, indicando circulação viral ativa mesmo em cenário de diluição provocado pelo alto volume de água. Esse achado reforça a resistência ambiental do vírus e seu potencial infeccioso mesmo em baixas concentrações. Na etapa posterior, realizada no ano seguinte, os resultados revelaram a presença de NoV GI em nove amostras e de NoV GII em sete amostras, entre as 22 analisadas no período. Esses dados sugerem não apenas a persistência do vírus no ambiente aquático por longos períodos, mas também a possibilidade de reintrodução contínua do patógeno em determinados trechos do rio, possivelmente associada a fontes recorrentes de contaminação, como esgoto

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

irregular, atividade humana ou acúmulo viral em sedimentos. A detecção de NoV em diferentes pontos da cidade e ao longo do curso do rio, um ano após a enchente, reforça a importância da vigilância ambiental contínua, especialmente em contextos urbanos marcados por alta vulnerabilidade social e sanitária. Mesmo em períodos de estiagem, o contato acidental com essas águas contaminadas, seja por recreação, consumo indevido ou manipulação de alimentos irrigados, pode representar risco de transmissão, especialmente em comunidades com menor acesso à informação e a serviços adequados de saneamento. A presença viral, mesmo após longo intervalo temporal, evidencia que os impactos das enchentes não se limitam aos danos imediatos, mas se estendem por meses ou anos, criando ambiente propício à circulação de patógenos. Os resultados obtidos também corroboram a literatura internacional, que aponta o NoV como um dos principais agentes de surtos de origem hídrica em ambientes urbanos e semiurbanos. Sua resistência e capacidade de infecção em baixas cargas virais tornam a simples detecção do genoma viral nas águas um dado preocupante do ponto de vista da saúde pública. Em áreas onde o uso recreativo das águas é comum ou onde há dependência de fontes alternativas para consumo humano, esse risco torna-se ainda mais relevante. Outro ponto importante é o papel da vigilância molecular ambiental como ferramenta de alerta precoce para surtos. Em cenário de subnotificação clínica frequente, especialmente no caso de infecções gastrointestinais autolimitadas que não chegam aos serviços de saúde, o monitoramento ambiental pode revelar tendências ocultas e fornecer subsídios valiosos para estratégias de prevenção. **Considerações finais:** a presença de NoV nas águas de enchente de Porto Alegre (RS) e sua detecção um ano depois em amostras ao longo do rio demonstram que o ambiente aquático pode permitir a persistência do vírus por longos períodos, especialmente em regiões urbanas afetadas por eventos climáticos extremos. Os dados obtidos reforçam a necessidade de integrar estratégias de vigilância ambiental e epidemiológica, promovendo um sistema de resposta mais eficaz frente a surtos de doenças de transmissão hídrica. Os resultados também alertam para a importância da prevenção, por meio de investimento em infraestrutura de saneamento, educação em saúde e monitoramento contínuo de corpos hídricos urbanos. A vigilância molecular, nesse contexto, configura-se como ferramenta estratégica essencial não apenas para identificar riscos, mas também para orientar políticas públicas mais eficazes e proteger populações vulneráveis de futuras crises sanitárias.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENCHENTES EM PORTO ALEGRE E A VIVÊNCIA DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Luisa Setovski da Silveira

Introdução: os eventos climáticos extremos têm se tornado mais frequentes e intensos, com impactos diretos sobre a vida cotidiana das populações urbanas. Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou uma das maiores tragédias climáticas de sua história recente: as enchentes que atingiram diversas cidades, incluindo a capital, Porto Alegre (RS). Com volumes de chuva muito acima da média e o transbordamento de rios como o Guaíba e o Gravataí, bairros inteiros ficaram submersos, deixando milhares de pessoas desabrigadas, interrompendo o funcionamento de serviços essenciais e afetando diretamente a mobilidade urbana. Nesse cenário de calamidade, os serviços de saúde enfrentaram o desafio de manter a continuidade dos atendimentos e o suporte aos pacientes internados, mesmo diante de um contexto de crise climática, deslocamentos comprometidos e incertezas (Rizzotto *et al*., 2024). Apesar da gravidade da situação, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por ser um dos maiores complexos hospitalares da Região Sul do Brasil, manteve o funcionamento de suas unidades, mesmo com todas as dificuldades impostas pela crise climática. A hospitalização de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico requer atenção contínua, ambiente seguro e suporte de equipe multiprofissional integrada e atuante. Nessa situação, a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA permaneceu ativa durante todo o período das enchentes. **Objetivo:** compartilhar a experiência da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA durante o período das enchentes, abordando as estratégias de adaptação da equipe, o impacto na rotina dos profissionais e pacientes e reflexões sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de desastres ambientais. **Metodologia:** trata-se de relato de experiência que descreve o impacto das enchentes ocorridas em 2024 no Rio Grande do Sul no cotidiano de trabalho da Unidade de Internação da Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA, bem como a mobilização da instituição, dos trabalhadores, pacientes e familiares durante esse período. A construção do relato baseou-se na contextualização do cenário e do período de observação, contemplando registros sistemáticos das vivências, sempre com preservação do anonimato dos envolvidos. As situações vivenciadas foram analisadas de forma reflexiva, à luz de referenciais teóricos pertinentes à área da saúde mental, gestão em situações de crise e resposta a desastres. **Resultados e discussão:** as chuvas intensas que se iniciaram no final de abril de 2024 provocaram o maior desastre natural já registrado no Rio Grande do Sul. Em Porto Alegre (RS), bairros inteiros foram alagados, o transporte público foi amplamente interrompido, vias importantes ficaram intransitáveis e os sistemas de abastecimento de água e energia apresentaram falhas. A cidade declarou estado de calamidade pública, com milhares de pessoas precisando deixar suas casas (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2024). A internação de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico exige cuidados contínuos, ambiente seguro e equipe multiprofissional presente e coesa. Diante disso, não foi observada diminuição significativa nas taxas de internação durante o período crítico das enchentes. A rotina dos pacientes internados seguiu, em grande parte, inalterada. No entanto, foi possível perceber aumento da curiosidade e da preocupação dos pacientes em relação ao que acontecia fora do hospital. Muitos acompanhavam notícias e se preocupavam com o impacto do desastre climático em suas próprias famílias. Apesar disso, essas inquietações não interferiram diretamente no andamento do tratamento ou na estabilidade clínica dos internados. Do ponto de vista da equipe, as enchentes trouxeram desafios logísticos consideráveis. Embora a maioria dos profissionais da unidade

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

não tenha sido diretamente afetada por alagamentos em suas residências, houve casos de colaboradores que enfrentaram dificuldade de deslocamento devido à interrupção de vias, à falta de transporte público e aos riscos em determinados trajetos. Em resposta a essas dificuldades, surgiu uma rede espontânea de solidariedade entre os próprios profissionais do setor. Foi criada uma corrente de apoio, na qual colegas que moravam em áreas não afetadas ofereceram suas casas para acolher temporariamente os profissionais impossibilitados de retornar às suas residências ou que tinham plantões agendados e não conseguiam chegar ao hospital. Essa rede de suporte, organizada informalmente, foi fundamental para garantir a presença dos profissionais e a continuidade da assistência aos pacientes. O HCPA mobilizou-se intensamente, levantando doações para profissionais que perderam suas casas ou bens na tragédia. Alguns trabalhadores receberam doações em suas próprias casas ou nos locais onde estavam abrigados. Essas doações incluíam materiais de construção, que os próprios colaboradores podiam escolher por meio de contato virtual com o HCPA. A experiência vivida na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência durante as enchentes de Porto Alegre (RS) levanta importantes reflexões sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde em contextos de crise climática. Os profissionais da saúde, por sua formação e compromisso ético, frequentemente assumem postura de resiliência e dedicação, mesmo diante de adversidades pessoais. No entanto, essa postura, embora relevante, pode levar ao esgotamento quando não há suporte institucional e emocional adequado. Em situações de desastres naturais, como as enchentes vivenciadas, os trabalhadores da saúde enfrentam dupla carga: o impacto pessoal do desastre e a responsabilidade profissional de continuar prestando assistência em cenário adverso. A mobilização espontânea da equipe da unidade revela o potencial de redes de apoio solidárias e horizontais como mecanismos de enfrentamento diante da escassez de soluções institucionais imediatas. A empatia, o cuidado mútuo e a corresponsabilidade entre colegas demonstraram ser estratégias eficazes para atravessar esse momento de crise. No entanto, é essencial que essas ações sejam reconhecidas e incorporadas em planos de contingência oficiais, com políticas institucionais que assegurem condições dignas de trabalho, apoio psicológico e logística de deslocamento em contextos emergenciais. Também é necessário pensar a saúde mental dos profissionais de forma preventiva. Em tempos de crise climática, a sobrecarga emocional não se limita ao momento imediato do desastre, mas pode gerar efeitos prolongados, como ansiedade, insônia, luto, sensação de impotência e *burnout*. O cuidado com a saúde mental dos trabalhadores deve ser contínuo e integrado à rotina institucional, com espaços de escuta, acolhimento e estratégias de promoção de bem-estar. **Considerações finais:** as mudanças climáticas são uma realidade cada vez mais presente e afetam diretamente a dinâmica dos serviços de saúde. Eventos extremos como enchentes, ondas de calor, secas e queimadas impactam a infraestrutura urbana, a saúde pública e o bem-estar psicológico da população e dos trabalhadores. É fundamental que hospitais e instituições de saúde estejam preparados para esses cenários, considerando tanto os aspectos técnicos quanto os impactos humanos. A experiência da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA durante as enchentes de 2024 em Porto Alegre (RS) mostrou que, mesmo em contextos de crise, é possível manter a continuidade do cuidado em saúde mental com responsabilidade, empatia e compromisso coletivo. A atuação da equipe, a solidariedade entre os profissionais e a manutenção do cuidado aos pacientes demonstram a potência dos vínculos construídos no cotidiano hospitalar. No entanto, essa experiência também evidencia a urgência de políticas institucionais que protejam a saúde mental dos trabalhadores em contextos de crise climática. É necessário reconhecer que os profissionais da saúde não estão imunes aos impactos emocionais dos desastres e que cuidar de quem cuida é parte fundamental da sustentabilidade dos serviços de saúde. Diante de um cenário global em que eventos climáticos extremos tendem a se intensificar, torna-se imprescindível que os sistemas de saúde desenvolvam planos de resposta que incluam suporte emocional e logístico aos seus trabalhadores, garantindo que a qualidade do cuidado aos pacientes não se mantenha às custas do adoecimento silencioso das equipes.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Referências

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Defesa Civil atualiza balanço das enchentes no RS, 31/5, 9h. **Governo do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 31 maio 2024. Disponível em: https://estado.rs.gov.br. Acesso em: 7 ago. 2025.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. de V. da C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e141ED, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024141EDP. Acesso em: 7 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENFRENTAMENTO ÀS ENCHENTES E A VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL: PLANO DE CONJUNTO DE CONTINGÊNCIA RIO GRANDE DO SUL- RIO DE JANEIRO COM ÊNFASE NO SUS

Hosana Angelica Elliot Murta

Introdução: o Estado do Rio de Janeiro apresenta desafios complexos relacionados à gestão de riscos e desastres, que ocorrem com frequência e impactam a evolução e o progresso do estado fluminense, sobretudo em áreas vulneráveis e densamente povoadas, como favelas e regiões com risco geológico e ambiental. O Rio Grande do Sul enfrenta desafios complexos nas enchentes devido à combinação de mudanças climáticas, ocupação irregular do solo e fragilidades na infraestrutura urbana e de drenagem. Inspirando-se nas articulações robustas do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, que priorizam a antecipação, a prevenção e o planejamento integrado diante de situações de enchentes, este trabalho discute propostas de adaptação dessas estratégias ao contexto fluminense e gaúcho, tendo como elo tático e profissional entre os dois territórios o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O enfoque está na integração intersetorial, na vigilância em saúde e na atuação preventiva, alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo equidade, universalidade e integralidade no atendimento. **Objetivo:** abordar a possível criação de uma estratégia de promoção da cooperação técnica entre Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, com intermédio do GHC, integrando boas práticas de planos de contingência desses estados, fortalecendo e embasando as ações na vigilância em saúde e ambiental, com recorte das vulnerabilidades socioambientais, criando protocolos inclusivos de comunicação de risco e logística de apoio, garantindo a equidade, a integralidade e a universalidade do cidadão pelas políticas públicas e ampliando a capacidade de resposta assistencial pelo SUS. **Metodologia:** este resumo utilizou abordagem qualitativa, fundamentada em análise documental e revisão de literatura na área de gestão de emergências no SUS. Foram analisados relatos institucionais e comunicados oficiais do GHC referentes à resposta às enchentes no Rio Grande do Sul em 2024, abrangendo estratégias de logística, manutenção de serviços essenciais e realocação de recursos humanos e insumos. Também foram examinadas diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos de atuação do SUS para desastres, bem como estudos e notas técnicas sobre ações de contingência em situações semelhantes no estado do Rio de Janeiro. A triangulação das informações permitiu identificar práticas operacionais, mecanismos de articulação interinstitucional e aspectos de equidade no acesso à saúde durante eventos climáticos extremos. **Resultados e discussão:** o município do Rio de Janeiro (RJ) estabeleceu ferramentas sólidas para responder a eventos extremos, principalmente chuvas fortes, entre 2021 e 2025. Destaca-se o Plano Municipal de Contingência de Desastres Naturais (2024 a 2026), que integra Saúde, Defesa Civil e Centro de Operações (COR), com protocolos bem definidos e gatilhos estabelecidos para ativação imediata. Por outro lado, o Plano Verão combina medidas preventivas, como limpeza de drenagens e modelagem de risco, com exercícios integrados antes da temporada de chuvas, estabelecendo uma base para a prevenção contínua. O sistema de alerta também se mostrou eficiente, com 164 sirenes distribuídas por 103 comunidades em risco, ativadas em caso de chuva forte, 55 mm/h, a partir do COR, com acionamentos práticos em 2023 e 2024 em situações reais de emergência. Durante as intensas tempestades de fevereiro de 2023, o COR acionou 113 sirenes, ativando estágios de alerta que contribuíram para minimizar danos. Simultaneamente, o Alerta Rio fornece dados precisos e regulares para prever riscos e orientar ações e decisões, contando com 33 estações pluviométricas e um radar meteorológico em tempo real. O COR possibilita a integração dessas ferramentas ao centralizar informações sobre chuvas, deslizamentos e enchentes, estabelecer estágios operacionais e

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

orientar as ações das várias secretarias e serviços municipais. Essa governança coordenada é sustentada pela cultura de preparação, fortalecida por simulados de evacuação realizados regularmente antes da temporada de chuvas, envolvendo as comunidades e assegurando respostas mais organizadas. Essas práticas proporcionam ensinamentos importantes para o Rio Grande do Sul. A criação de um plano estadual de contingência, com gatilhos claros, como níveis de rios ou índice de precipitação, integrado a uma Sala de Situação em colaboração com Saúde e Defesa Civil, possibilitaria respostas mais ágeis e eficazes. A duplicação de sistemas de alerta, com sirene, SMS e *app*, respaldados pela telemetria hidrológica e meteorológica, ampliaria o alcance e a efetividade. A realização regular de simulados comunitários ajudaria a aumentar a resiliência local, diminuindo riscos e reforçando a cultura de prevenção. O GHC teve papel fundamental na resposta emergencial às enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em 2024, seguindo as orientações do SUS. A mobilização de 139 profissionais para resgate, assistência e acolhimento das vítimas, aliada à contratação emergencial de 970 novos profissionais, possibilitou a disponibilização de 115 leitos clínicos e 10 unidades de terapia intensiva (UTIs) pediátricas, expandindo consideravelmente a capacidade de atendimento. O GHC também recebeu aporte financeiro de R$ 115 milhões, destinado a investimentos em contratações e expansão de leitos, destacando a relevância da destinação de recursos para a resposta a desastres. A colaboração com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) foi fundamental para o alinhamento estratégico na regulação de leitos e serviços de emergência, assegurando resposta eficaz e integrada. A montagem de um hospital de campanha em Roca Sales (RS), com tenda semelhante a uma UTI e equipe especializada, demonstrou a capacidade de adaptação e agilidade na criação de estruturas temporárias para atendimento. A comparação entre as ações do GHC no Rio Grande do Sul e os planos de contingência do Rio de Janeiro indica práticas que podem ser adotadas para melhorar a resposta a desastres em outras áreas. Uma resposta eficiente e eficaz depende da mobilização rápida de recursos humanos e materiais, da expansão da capacidade de atendimento hospitalar, da coordenação entre instituições e da comunicação clara com a população. Para que os planos de contingência sejam bem-sucedidos, é fundamental adaptar essas práticas ao contexto local, levando em conta as particularidades regionais e as características das populações vulneráveis. **Considerações finais:** as medidas tomadas pelo GHC durante as enchentes no Rio Grande do Sul em 2024, combinadas com os planos de contingência do Rio de Janeiro, evidenciam a relevância de respostas ágeis e coordenadas a desastres naturais. Enquanto o GHC se destacou na mobilização de profissionais, na expansão de leitos e na criação de hospitais de campanha, o Rio de Janeiro sobressaiu com seus sistemas de alerta, integração intersetorial e simulados comunitários. A colaboração entre Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, por meio do SUS e do GHC, possibilita a troca de boas práticas, como avaliação emergencial da demanda por leitos, utilização de hospitais temporários, sistemas de alerta e capacitação da comunidade. A adoção dessas estratégias contribui para aumentar a resiliência das comunidades e reforçar o sistema de saúde em situações de enchentes, resultando em resposta mais eficiente e equitativa.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO DAS ENCHENTES NA OCORRÊNCIA DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO RIO GRANDE DO SUL: UMA ANÁLISE ECOLÓGICA (2023-2024)

Luiza Périco Borges
Larissa Coimbra Pereira
Ana Laura Brill Thum
Meligreize Zan

Introdução: a toxoplasmose congênita, resultante da infecção materna pelo protozoário *Toxoplasma gondii* durante a gestação, representa importante problema de saúde pública devido ao potencial de causar sequelas visuais, neurológicas, cognitivas, comportamentais e motoras no recém-nascido. No Brasil, a transmissão ocorre principalmente pela ingestão de oocistos presentes em água e alimentos contaminados, frequentemente decorrente de falhas no saneamento básico. Eventos climáticos extremos, como as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul (RS) em 2023 e 2024, intensificam o risco de infecção ao favorecer a dispersão e a persistência ambiental dos oocistos. O aumento do volume de águas superficiais e a sobrecarga nos sistemas de abastecimento e esgoto potencializam a contaminação de mananciais, ampliando a exposição da população, especialmente de gestantes residentes em áreas de vulnerabilidade socioeconômica. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é desafiado a articular vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e cuidado integral às gestantes e aos recém-nascidos expostos, integrando essas ações às respostas emergenciais frente às mudanças climáticas para reduzir o impacto da toxoplasmose congênita e promover equidade em saúde. **Objetivo:** analisar a incidência de toxoplasmose congênita associada a eventos climáticos, relacionando fatores ambientais e sociais ao risco de transmissão e propondo ações de prevenção e vigilância no SUS. **Metodologia:** trata-se de estudo epidemiológico, baseado em análise secundária de dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes aos casos de toxoplasmose congênita registrados entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024. O recorte geográfico abrangeu o estado do Rio Grande do Sul, com análises comparativas em relação aos dados nacionais, considerando número absoluto de casos e taxas de incidência. A investigação correlacionou esses indicadores à ocorrência de eventos climáticos extremos, com ênfase em enchentes e inundações que afetaram o estado, por meio da comparação entre períodos anteriores e posteriores ao desastre. Foram calculadas variações percentuais anuais e examinada a relação temporal entre os eventos climáticos e a incidência da doença, incorporando à análise fatores socioambientais e condições de acesso aos serviços de saúde. **Resultados e discussão:** a análise dos dados referentes à toxoplasmose congênita no Brasil evidenciou aumento nacional de casos notificados entre 2023 e 2024, passando de 6.593 para 7.172 casos, crescimento de aproximadamente 9%, não homogêneo entre as regiões do país. No Rio Grande do Sul, o número de notificações passou de 259 casos em 2023 para 492 casos em 2024, representando aumento significativo de 90% no período, o maior crescimento proporcional registrado entre os estados brasileiros. O aumento expressivo das notificações de toxoplasmose congênita no RS coincide temporalmente com a ocorrência de enchentes de grande magnitude no estado, sugerindo possível relação direta entre o desastre ambiental e a intensificação da transmissão do protozoário. As inundações favorecem a disseminação do parasita ao promover a contaminação de fontes de água potável, aumentando também a exposição humana por meio do contato com águas e solos contaminados e do consumo de alimentos mal higienizados em condições de saneamento comprometidas. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde durante a crise podem ter atrasado o tratamento de gestantes infectadas, aumentando o risco de transmissão vertical. Para além do impacto direto sobre a transmissão, as

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

enchentes podem provocar deslocamentos populacionais, abrigos superlotados e precarização das condições de higiene, criando ambiente favorável para a circulação de diversos agentes infecciosos, incluindo o *Toxoplasma gondii*. Nessas situações, a combinação de água contaminada, armazenamento inadequado de alimentos e maior exposição a vetores e reservatórios potencializa o risco de infecção. Esse conjunto de fatores evidencia como os desastres ambientais ultrapassam o campo imediato da destruição física, produzindo repercussões duradouras na saúde pública e demandando estratégias de prevenção que integrem ações de saneamento, educação em saúde e preparo do sistema de vigilância para respostas rápidas. **Considerações finais:** diante dos achados, conclui-se que o aumento expressivo dos casos de toxoplasmose congênita no Rio Grande do Sul em 2024, em contraste com o crescimento mais discreto observado no cenário nacional, reforça a hipótese de que eventos climáticos extremos, como as enchentes de grande magnitude, podem atuar como catalisadores na disseminação de doenças de transmissão hídrica e alimentar. A correlação temporal e a magnitude do incremento apontam para a necessidade de intensificar o monitoramento epidemiológico e ambiental em períodos de calamidade, com especial atenção à qualidade da água, ao controle sanitário de alimentos e à orientação de grupos de risco, particularmente gestantes. Nesse contexto, é imprescindível que políticas públicas de saúde e de gestão de desastres sejam articuladas, visando não apenas à resposta emergencial, mas também à prevenção e mitigação de impactos futuros, considerando a tendência de aumento na frequência e intensidade desses eventos diante das mudanças climáticas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TELECONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO- HEMATOLÓGICO: ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM 2025

Gabriele Peres de Sousa

Introdução: a teleconsulta de enfermagem é uma estratégia de cuidado mediado por tecnologias da informação e comunicação, que possibilita ampliar o acesso, otimizar recursos e garantir a continuidade do cuidado, especialmente em contextos que demandam redução de barreiras geográficas e de tempo. Com a consolidação da modalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sua aplicação vem se expandindo em diversas especialidades e níveis de atenção, atendendo às diretrizes de integralidade e equidade. **Objetivo:** analisar os atendimentos de teleconsulta de enfermagem realizados de janeiro a julho de 2025. **Metodologia:** trata-se de estudo descritivo, quantitativo, baseado em registros institucionais de teleconsultas de enfermagem realizadas de janeiro a julho de 2025. Foram contabilizados todos os atendimentos de teleconsulta de enfermagem aos pacientes que realizaram a primeira quimioterapia em um novo Centro Onco-Hematológico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, nas primeiras 48 horas após a primeira infusão. **Resultados e discussão:** no período analisado, 539 pacientes foram elegíveis para a realização da teleconsulta de enfermagem em até 72 horas após a quimioterapia, sendo majoritariamente mulheres (64,5%). Os tumores mais frequentes foram de mama (n = 177), cólon (n = 54) e colo uterino (n = 34). Dos pacientes elegíveis, 443 (82,1%) realizaram a teleconsulta, 43 (7,9%) não responderam aos contatos, 27 (5,0%) recusaram o atendimento, 17 (3,1%) não atenderam à teleconsulta após agendamento, quatro (0,7%) tinham consultas presenciais, três (0,5%) foram internados e um (0,1%) estava na emergência. A média mensal de teleconsultas de enfermagem foi de 63,2 atendimentos. A taxa de adesão à teleconsulta de enfermagem no período inicial após a quimioterapia foi alta (82,1%), demonstrando boa aceitação da estratégia e corroborando estudos que apontam a telessaúde como recurso eficaz para acompanhamento precoce de efeitos adversos, aumento da segurança do paciente e prevenção de complicações. A elevada adesão pode estar associada à relevância do período pós-quimioterapia para monitoramento de sintomas, à clareza na comunicação da equipe e ao vínculo previamente estabelecido com os pacientes. A teleconsulta de enfermagem contribui para a melhoria do acesso e da satisfação dos usuários, bem como potencializa o acompanhamento de condições crônicas e a promoção da saúde. **Considerações finais:** a teleconsulta de enfermagem tem se consolidado como ferramenta relevante para ampliação do acesso e continuidade do cuidado. Os resultados reforçam a importância da modalidade como estratégia de cuidado integrado, alinhada às diretrizes do SUS e voltada à segurança do paciente em acompanhamento onco-hematológico.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESPOSTA RÁPIDA EM MEIO AO CAOS: AÇÃO EMERGENCIAL INTEGRADA FRENTE À MAIOR TRAGÉDIA CLIMÁTICA DO RIO GRANDE DO SUL

Maria Letícia Rodrigues Ikeda
Simone Ávila

Introdução: em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou a maior tragédia climática de sua história. Chuvas intensas e enchentes sem precedentes afetaram 78% dos municípios, resultando em mais de 1,4 milhão de pessoas atingidas, milhares de desabrigados e colapso de serviços essenciais, incluindo unidades de saúde. Diante desse cenário de calamidade, tornou-se urgente a mobilização de esforços interinstitucionais para garantir assistência humanitária, continuidade de tratamentos médicos e suporte às populações vulneráveis, incluindo pessoas vivendo com HIV/aids. **Objetivo:** implementar uma ação emergencial integrada entre sociedade civil, universidade e poder público, com foco na resposta rápida às necessidades de saúde e assistência social de populações vulneráveis afetadas pelas enchentes no estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** a iniciativa foi liderada pela AHF Brasil (AIDS Healthcare Foundation), organização com ampla experiência, prática histórica de atuação pelo bem coletivo e capacidade de responder de forma rápida e eficaz a situações como a descrita. A instituição, por meio de parceria já existente no projeto "Vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde: um projeto demonstrativo na Região Metropolitana de Porto Alegre", dispôs-se a contribuir com os esforços coletivos para minimizar os efeitos devastadores da tragédia, não apenas entre as populações-chave com HIV, mas também entre populações vulneráveis em geral. A execução do projeto ocorreu com a parceria estratégica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), que viabilizou a estrutura contábil e operacional necessária para a gestão dos recursos e das ações. A articulação com gestores estaduais e municipais de saúde foi fundamental para o mapeamento das necessidades locais e a definição das prioridades de intervenção. Essa tríade institucional, formada por sociedade civil organizada, academia e governo, permitiu resposta ágil, transparente e eficaz, adaptada às especificidades do território e às limitações impostas pelo desastre. **Resultados e discussão:** as ações desenvolvidas foram organizadas em duas fases. Na fase de resposta imediata, foram realizadas doações de insumos médicos e materiais de higiene para unidades de saúde e abrigos temporários, contratação de *motoboys* para entrega de medicamentos da terapia antirretroviral (TARV) em áreas isoladas, distribuição de *SIM cards* e reembolso de dados móveis para garantir conectividade dos profissionais de saúde e continuidade do atendimento remoto, bem como apoio com combustível para deslocamento das equipes de saúde e logística. Na fase de recuperação, foram distribuídos 300 cartões-alimentação para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em situação de vulnerabilidade social, após a estabilização da fase crítica da emergência. A ação emergencial permitiu a manutenção de tratamentos essenciais, a redução de riscos sanitários e o suporte direto a populações em situação de extrema vulnerabilidade. A experiência evidenciou o potencial transformador da articulação entre universidade, governo e sociedade civil em contextos de crise, reforçando a importância da cooperação intersetorial como estratégia de enfrentamento a desastres climáticos. **Considerações finais:** este projeto representa um modelo replicável de resposta humanitária integrada, que alia conhecimento técnico, capacidade de mobilização e sensibilidade social. Em tempos de emergência climática, a construção de redes colaborativas entre diferentes setores da sociedade é não apenas desejável, mas essencial para garantir a dignidade, a saúde e a vida das populações atingidas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ESTRATÉGIAS DE APOIO À APS NO CONTEXTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS DESENVOLVIDOS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS

Beatriz Raffi Lerm

Introdução: os eventos climáticos extremos de 2024 configuraram o maior desastre hidrológico da história do Rio Grande do Sul, atingindo 478 dos 497 municípios do estado, correspondentes a 96,2% do território municipal, dos quais 337 relataram impactos diretos na área da saúde. Ao todo, 970.788 pessoas tiveram suas vidas afetadas, o equivalente a 8,9% da população estadual, com repercussões como aumento do risco de toxoplasmose, acidentes com animais peçonhentos, doenças diarreicas, acidentes perfurocortantes em inundações, agudização de condições crônicas por interrupção de tratamentos, sofrimento psíquico agudo e aumento da ocorrência de violências. No setor saúde, os prejuízos foram estimados em R$ 1,5 bilhão, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS), que concentrou R$ 455 milhões em perdas, especialmente em razão de danos estruturais, perda de equipamentos, interrupção de atividades e dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse contexto, a Divisão de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) atuou no apoio aos municípios, por meio de planejamento, orientação, cofinanciamento, monitoramento e qualificação das ações de resposta às emergências em saúde pública. **Objetivo:** descrever as ações desenvolvidas pela DAPS/SES/RS para apoiar gestores municipais e equipes de APS na organização estrutural e nos processos de trabalho durante emergências em saúde pública decorrentes dos desastres climáticos ocorridos no Rio Grande do Sul em 2024, visando qualificar a resposta e favorecer a replicação de práticas bem-sucedidas em outros territórios. **Metodologia:** trata-se de relato de experiência sobre as ações desenvolvidas durante a crise de 2024, em um cenário que exigiu resposta dinâmica, aprendizagem em tempo real e estruturação progressiva das estratégias conforme os eventos se desdobravam. As iniciativas descritas integram o esforço de servidores da DAPS/SES/RS, entre agosto de 2023 e junho de 2025, em articulação com o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) e outros setores da Secretaria. A construção das ações fundamentou-se em literatura, orientações técnicas nacionais e internacionais e evidências da prática cotidiana. A metodologia envolveu reuniões com gestores municipais e trabalhadores de saúde, visitas *in loco* aos territórios para identificação de necessidades, levantamento de boas práticas implementadas e interlocução com outras áreas da SES/RS. Diante da indisponibilidade de sistemas e páginas eletrônicas do Estado, causada pelo impacto do desastre em prédios públicos, foram criados canais alternativos de disseminação de informações, como pastas digitais e redes sociais. As iniciativas incluíram elaboração e publicação de materiais técnicos digitais de consulta rápida, impressão e distribuição de publicações, reuniões por videoconferência para capacitação e orientação de gestores e equipes municipais, disponibilização de recursos financeiros aos municípios por meio de portarias estaduais e transferências fundo a fundo, e visitas técnicas a municípios afetados. **Resultados e discussão:** as ações de orientação e apoio à gestão da APS buscaram oferecer diretrizes, metodologias, ferramentas e meios para qualificar o planejamento municipal nas fases de prevenção, mitigação, resposta e recuperação. A partir do diálogo com diferentes atores, identificou-se que ações essenciais da APS, como o pré-natal, estavam sendo interrompidas em razão da desorganização provocada pelo desastre, o que demandou reorganização de fluxos, redimensionamento de equipes e, em muitos casos, adaptação de estruturas físicas para prestação do cuidado. Como resposta, foi elaborado o *Guia Rápido: Atenção à saúde na APS em situações de emergência: manutenção das ações essenciais e atuação em caráter excepcional*, abordando planejamento da reorganização estrutural dos serviços, fluxos de trabalho, ações prioritárias e públicos que não

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

poderiam deixar de ser acompanhados. Outra necessidade identificada foi a orientação de profissionais de saúde voluntários, vindos de diferentes regiões do país, que precisavam compreender como se inserir nos processos de cuidado dos municípios. Com o aumento da população desabrigada e a criação de ao menos 981 abrigos temporários, que reuniram 79 mil pessoas, foram produzidos materiais específicos sobre assistência em saúde em abrigos, em parceria com áreas técnicas do DAPPS, com o objetivo de fortalecer equipes de APS e garantir cuidado à população. À medida que novas demandas surgiam, como o retorno de usuários aos domicílios e a mudança de território de muitos outros, as equipes foram orientadas a realizar busca ativa e reconhecimento territorial para identificar necessidades e acompanhar pessoas em situação de vulnerabilidade. No campo financeiro, a SES/RS disponibilizou recursos de manutenção e estruturação para resposta e recuperação da APS, contemplando reformas de unidades, compra de equipamentos, contratação de equipes e demandas municipais específicas. Também foi elaborado guia de orientação sobre recursos estaduais e federais disponíveis para preparação e resposta a emergências. Paralelamente à produção de documentos, foram realizadas reuniões com gestores municipais, visitas técnicas, orientações sobre notificações compulsórias, identificação de agravos, tratamento, intensificação de imunizações, capacitação junto ao Telessaúde/RS sobre manejo clínico de agravos prevalentes em inundações e divulgação de formações sobre assistência em saúde mental para as equipes. As devolutivas de gestores municipais e referências de APS das Coordenadorias Regionais de Saúde indicaram que os materiais contribuíram para orientar práticas locais, embora tenha persistido o desafio de mensurar seu alcance entre trabalhadores e gestores do SUS. **Considerações finais:** a experiência evidencia a centralidade da esfera estadual na resposta a crises de grande magnitude, de modo semelhante ao observado na Pandemia de covid-19, quando os governos estaduais assumiram protagonismo na gestão e resiliência do SUS. As emergências em saúde pública decorrentes de desastres climáticos demonstram que o setor saúde precisa estar preparado para desenvolver ações contínuas de preparação, mitigação, resposta e recuperação, com planos de contingência previamente delineados, monitoramento, planejamento, recursos humanos, financeiros, insumos e conhecimento técnico. O relato demonstra que a atuação da DAPS/SES/RS contribuiu para apoiar gestores e equipes municipais da APS, reorganizar processos de trabalho, qualificar a assistência em abrigos, orientar voluntários, fortalecer a busca ativa, viabilizar recursos financeiros e disseminar materiais técnicos em um contexto de extrema adversidade. Conclui-se que respostas ineficientes podem ampliar os efeitos dos desastres, gerar desassistência em saúde, agravar condições clínicas e aumentar riscos de óbitos, razão pela qual a APS deve ser fortalecida como eixo estratégico da resiliência do SUS frente às emergências climáticas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA INTERSECCIONAL: RAÇA, CLASSE E TERRITÓRIO

Laura da Paz Rosa

Lidiane Brazzetti

Vanusa Perini

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil sob a perspectiva da interseccionalidade, considerando os marcadores sociais de raça, gênero, território e classe social. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, fundamentada na análise crítica de artigos científicos, livros e documentos oficiais publicados entre 2013 e 2024. A busca foi realizada nas bases SciELO, PubMed, LILACS, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como em documentos institucionais. Os resultados indicam que as desigualdades no acesso à APS não podem ser compreendidas de forma isolada, pois decorrem da sobreposição de opressões estruturais, como racismo, sexismo, segregação territorial e exploração econômica. A população negra, especialmente as mulheres negras residentes em territórios periféricos, enfrenta múltiplas barreiras de acesso, que se expressam na escassez de serviços, na negligência institucional e na precarização das condições de vida. A análise evidencia que as práticas institucionais ainda não incorporam, de forma efetiva, uma abordagem interseccional, o que limita a efetividade do princípio da equidade no SUS. Conclui-se que enfrentar essas desigualdades exige práticas e políticas públicas antirracistas, feministas e territorializadas, bem como a produção de dados desagregados por raça, gênero e território e o fortalecimento da participação social.

PALAVRAS-CHAVE: Interseccionalidade. Desigualdades em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Racismo. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

This article aims to analyze inequalities in access to Primary Health Care (PHC) in Brazil from an intersectional perspective, considering the social markers of race, gender, territory, and social class. This is a narrative literature review with a qualitative approach, based on **the** critical analysis of scientific articles, books, and official documents published between 2013 and 2024. The search was conducted **using** SciELO, PubMed, LILACS, Google Scholar, and the Virtual Health Library (VHL), in addition to institutional documents. The results indicate that inequalities in access to PHC cannot be understood in isolation, as they result from the **overlap** of structural oppressions, such as racism, sexism, territorial segregation, and economic exploitation. The Black population, especially Black women living in peripheral territories, faces multiple **barriers to access**, **which are** expressed **in** service shortages, institutional neglect, and precarious living conditions. The analysis shows that institutional practices still do not effectively incorporate an intersectional approach, which limits the effectiveness of the equity principle in the Brazilian Unified Health System (SUS). **The study concludes** that addressing these inequalities requires anti-racist, feminist, and **territorially oriented** public policies and practices, as well as the production of disaggregated data by race, gender, and territory, and the strengthening of social participation.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

KEYWORDS: Intersectionality. Health Inequalities. Primary Health Care. Racism. Social Determinants of Health.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar las desigualdades en el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil desde **una perspectiva interseccional**, considerando los marcadores sociales de raza, género, territorio y clase social. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, con enfoque cualitativo, fundamentada en el análisis crítico de artículos científicos, libros y documentos oficiales publicados entre 2013 y 2024. La búsqueda se realizó en las bases **de datos** SciELO, PubMed, LILACS, Google Académico y **en la** Biblioteca Virtual en Salud (BVS), **así como en** documentos institucionales. Los resultados indican que las desigualdades en el acceso a la APS no pueden comprenderse de manera aislada, ya que **derivan** de la superposición de opresiones estructurales, como el racismo, el sexismo, la segregación territorial y la explotación económica. La población negra, especialmente las mujeres negras que viven en territorios periféricos, enfrenta múltiples barreras de acceso que se expresan en la escasez de servicios, la negligencia institucional y la precarización de las condiciones de vida. El análisis evidencia que las prácticas institucionales aún no incorporan, de manera efectiva, un enfoque interseccional, lo que limita la efectividad del principio de equidad en el **Sistema Único de Salud brasileño (SUS)**. Se concluye que **hacer frente a** estas desigualdades requiere prácticas y políticas públicas antirracistas, feministas y **territorialmente orientadas**, así como la producción de datos desagregados por raza, género y territorio, y el fortalecimiento de la participación social.

PALABRAS CLAVE: Interseccionalidad. Desigualdades en la Salud. Atención Primaria de Salud. Racismo. Determinantes Sociales de la Salud.

> Quando me dou conta de quem sou, o mundo também se transforma. Porque não sou eu quem está deslocada – é o mundo que foi construído para não me acolher.
> (Inspirado em bell hooks, 1992)

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando o cuidado, a longitudinalidade e a integralidade. Entretanto, as condições históricas, sociais e raciais estruturam desigualdades profundas no acesso à saúde no Brasil, particularmente para a população negra e periférica, que enfrenta múltiplas barreiras no uso dos serviços básicos.

O conceito de interseccionalidade, desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (1991), possibilita compreender como diferentes marcadores sociais (tais como raça, classe, território e gênero) se cruzam e se potencializam, produzindo formas específicas de exclusão e vulnerabilização. Na saúde, esses marcadores não operam de forma isolada, mas conjuntamente, com impacto direto sobre a experiência dos sujeitos em relação ao acesso, à permanência e à qualidade do cuidado recebido.

No Brasil, o racismo estrutural é reconhecido como um determinante social da saúde e se manifesta tanto na distribuição desigual de recursos quanto nas práticas institucionais discriminatórias, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009). Dados evidenciam que pessoas negras têm maior dificuldade para acessar consultas na APS, realizar exames preventivos e obter acompanhamento

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

contínuo de condições crônicas, além de relatarem experiências mais frequentes de discriminação nos serviços (Lima *et al*., 2020; Vasconcelos; Gomes, 2021).

Aliado à questão racial, o território e o gênero também assumem papel determinante na organização das desigualdades sociais e no acesso aos direitos, incluindo a saúde. Morar em periferias, favelas ou áreas rurais precárias significa enfrentar barreiras como distância física dos serviços, falta de transporte, insegurança urbana e **distribuição desigual de equipamentos públicos** (**Santos**, 2019). Além disso, o gênero se expressa como uma estrutura social que posiciona mulheres, **sobretudo mulheres negras,** em lugares sistematicamente secundarizados na sociedade, seja pela menor valorização econômica, pela invisibilização política, **seja** pela naturalização das violências de gênero. Assim, quando raça, território, gênero e classe se articulam, revelam que o acesso à saúde no Brasil não pode ser pensado de forma isolada, pois reflete um projeto social de exclusão, **historicamente construído e sustentado por desigualdades estruturais**.Neste cenário, torna-se imprescindível analisar como a articulação entre raça, classe, território e gênero afeta o acesso aos serviços básicos de saúde. Assim, este artigo tem como objetivo discutir, sob a perspectiva da interseccionalidade, as barreiras enfrentadas pela população rejeitada no acesso à APS no Brasil, contribuindo para reflexões que orientem práticas e políticas mais justas, antirracistas e equitativas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Interseccionalidade como ferramenta de análise das desigualdades sociais em saúde

O conceito de interseccionalidade surgiu na década de 1980, desenvolvido pela jurista e ativista norte-americana K. Crenshaw (1991), como uma crítica às limitações das lutas feministas brancas e dos movimentos antirracistas que tratavam gênero e raça de forma isolada. A interseccionalidade permite compreender que as opressões não operam de maneira separada, mas de forma simultânea, combinada e interdependente, afetando de forma específica aqueles que se encontram na sobreposição de diferentes marcadores sociais, como raça, gênero, classe e território.

No campo da saúde coletiva, essa abordagem oferece uma leitura mais potente sobre como as desigualdades são produzidas, reproduzidas e naturalizadas dentro das instituições, incluindo o próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a interseccionalidade não é apenas uma categoria de análise, mas também uma estratégia política para construir práticas de saúde mais justas, antirracistas, feministas e territorializadas (Crenshaw, 1991; Ribeiro, 2018).

Raça: o racismo estrutural como determinante social da saúde

O racismo não é um fenômeno acidental, mas sim uma estrutura organizadora da sociedade brasileira, diretamente ligada à herança da escravidão, da colonização e dos projetos de marginalização social da população negra. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009), o racismo é reconhecido como um determinante social da saúde, sendo responsável pela maior exposição da população negra às doenças, à violência e à morte precoce.

Dados históricos evidenciam que, após a abolição da escravatura em 1888, não houve qualquer projeto de inclusão social da população negra. Ao contrário, o Estado brasileiro promoveu políticas de branqueamento, exclusão e criminalização das populações negras e periféricas (Carneiro, 2003; Santos, 2019).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

No campo da saúde, essa exclusão se manifesta na dificuldade de acesso aos serviços, na negligência institucional, na falta de escuta qualificada e na menor oferta de recursos em territórios de maioria negra. Além disso, pessoas negras apresentam piores indicadores de saúde, como maior mortalidade materna, maior incidência de doenças negligenciadas, menores taxas de acompanhamento na Atenção Primária e menor acesso a exames e consultas (Lima et al., 2020; Vasconcelos; Gomes, 2021).

Gênero: sexismo como estrutura de opressão e produção de vulnerabilidades em saúde

O gênero, assim como a raça, também opera como um marcador estrutural de desigualdades. Na sociedade patriarcal, as mulheres são sistematicamente colocadas em posições de subordinação política, econômica e simbólica. Esse processo é agravado quando consideramos mulheres negras, que acumulam os efeitos do racismo e do sexismo, além das opressões territoriais e econômicas (Davis, 1981; Ribeiro, 2018; Crenshaw, 1991).

Historicamente, o lugar social das mulheres tem sido associado à invisibilidade, à subalternização e à responsabilização pelos cuidados da família e da comunidade, sem o devido reconhecimento econômico ou político. No campo da saúde, isso se traduz, por exemplo, em práticas de violência obstétrica, negligência no manejo da dor, menor acesso aos direitos reprodutivos e à saúde mental, além da hipermedicalização ou, ao contrário, da negligência total em relação às suas queixas (Werneck, 2016; Santos, 2019).

Portanto, discutir o acesso à APS sob a perspectiva da interseccionalidade exige reconhecer que mulheres, especialmente mulheres negras e periféricas, estão historicamente relegadas a espaços de menor valor social, enfrentando múltiplas barreiras que se somam e se reforçam.

Território: a produção social do espaço e seus impactos no acesso à saúde

O território é mais do que o espaço geográfico; ele representa a materialização das desigualdades sociais. A segregação urbana, herança dos processos de colonização, escravidão e urbanização excludente, organiza o acesso aos serviços públicos, incluindo a saúde (Santos, 2019).

No Brasil, os territórios periféricos são majoritariamente ocupados por populações negras, empobrecidas e socialmente vulnerabilizadas. Nessas regiões, a presença do Estado é frequentemente marcada pela ausência de políticas sociais e pela presença massiva de políticas de controle, como a militarização e a repressão policial.

Na saúde, isso se expressa na escassez de unidades básicas, na precarização dos serviços, na falta de transporte, na violência que dificulta os deslocamentos até as UBS e na fragilidade da articulação entre a APS e outros níveis de atenção. Portanto, morar na periferia não é apenas uma condição espacial, mas um fator que determina o grau de acesso aos direitos fundamentais, entre eles, o direito à saúde (Vasconcelos; Gomes, 2021; Santos, 2019).

Classe social e poder aquisitivo: a determinação econômica como eixo das desigualdades

A classe social e o poder aquisitivo seguem sendo determinantes centrais no acesso à saúde no Brasil. Embora o SUS tenha como princípio a universalidade, a capacidade econômica ainda define, em grande medida, as possibilidades concretas de deslocamento, de organização do tempo, **como a ausência do trabalho para comparecimento a consultas**, de acesso a medicamentos não ofertados na rede pública e, em muitos casos, de suplementação do cuidado **por meio**

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de consultas, exames ou planos de saúde privados (**Brasil**, 2009; **Santos**, 2019).A condição de pobreza, historicamente produzida e racializada no Brasil, articula-se diretamente com os marcadores de raça, gênero e território. Não se trata, portanto, de uma desigualdade isolada, mas de um processo interdependente, em que ser negro, pobre, mulher e morar na periferia multiplica e intensifica as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Síntese: a intersecção dos marcadores e seus efeitos no acesso à saúde

A interseccionalidade, como ferramenta teórico-metodológica, permite compreender que não são opressões isoladas que produzem as desigualdades em saúde, mas sim a articulação entre elas. O racismo, o sexismo, a exploração econômica e a marginalização territorial atuam conjuntamente, criando experiências singulares de exclusão, adoecimento e violação do direito à saúde.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), essas opressões se traduzem na menor presença de serviços nas periferias, na negligência institucional em relação às demandas específicas da população negra e das mulheres, na reprodução de práticas racistas, sexistas e classistas dentro das unidades, e na falta de políticas públicas que considerem de fato as especificidades dos territórios e dos sujeitos que neles vivem.

Portanto, adotar a interseccionalidade como lente analítica é mais do que um exercício acadêmico. Trata-se de um compromisso ético com a construção de uma APS que seja, verdadeiramente, antirracista, feminista, popular e territorializada.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura narrativa, de abordagem qualitativa, com o objetivo de discutir as desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, sob a perspectiva da interseccionalidade, considerando os marcadores sociais de raça, gênero, território e classe social.

A revisão narrativa foi escolhida por ser adequada para pesquisas que buscam realizar uma análise crítica, ampla e reflexiva sobre conceitos, políticas e práticas sociais, especialmente quando envolvem fenômenos complexos e multidimensionais, como as desigualdades em saúde.

A busca **por materiais** foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO, PubMed, LILACS, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **Também** foram utilizados documentos oficiais, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (**Brasil**, 2009), manuais do Ministério da Saúde **e** artigos de referência nacional e internacional.Foram utilizados os seguintes descritores (DeCS/MeSH), combinados entre si: “Acesso aos serviços de saúde”; “Atenção Primária à Saúde”; “Interseccionalidade”; “População Negra”; “Determinantes Sociais da Saúde”; “Território”; “Desigualdades em Saúde”; “Gênero”; “Classe social”.

Os critérios de inclusão foram:

- Publicações entre 2013 e 2024;
- Estudos em português, inglês ou espanhol;
- Textos disponíveis na íntegra;

Artigos científicos, livros, documentos oficiais e teses que abordassem as relações entre raça, gênero, território, classe e acesso à saúde no contexto brasileiro, especialmente no âmbito da APS.

Os critérios de exclusão foram:

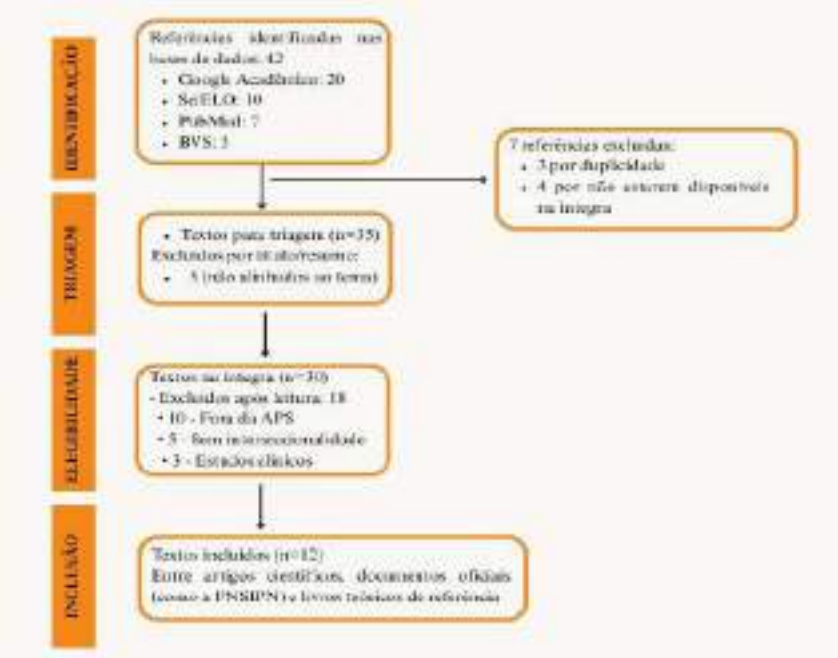
- Artigos duplicados;
- Trabalhos com foco exclusivo em ambientes hospitalares, sem relação com a APS;
- Estudos que não abordassem os recortes interseccionais propostos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas de: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão final, conforme representado no fluxograma (Figura 1).

A análise dos dados foi realizada por meio de uma leitura temática e categorial, buscando compreender como os diferentes marcadores sociais se interseccionam na produção das desigualdades em saúde, com foco no acesso à APS.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos selecionados, conforme modelo PRISMA adaptado para revisão narrativa sobre as desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) sob a perspectiva da interseccionalidade



Fonte: Elaborado pela autora com base no modelo PRISMA (2025).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos analisados, juntamente com os documentos oficiais, evidenciam que o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é atravessado por múltiplas barreiras estruturais, produzidas e reproduzidas pela articulação entre raça, gênero, território e classe social. Esses marcadores não atuam isoladamente, mas se sobrepõem e interagem, aprofundando as desigualdades e produzindo experiências específicas de vulnerabilização.

Raça e racismo estrutural: o acesso negado desde as bases sociais

O racismo estrutural se revela como um determinante social central na produção das desigualdades em saúde. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009), pessoas negras enfrentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, piores condições de atendimento e piores indicadores de morbimortalidade.

Estudos como os de Lima *et al.* (2020) e Vasconcelos e Gomes (2021) reforçam que, mesmo dentro do SUS, a população negra tem menos acesso a consultas, exames preventivos e acompanhamento contínuo na APS, além de relatar experiências mais frequentes de discriminação racial no atendimento. O racismo institucional se manifesta tanto na escassez de serviços nos territórios de maioria negra, quanto nas práticas discriminatórias dentro das unidades de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Gênero: a invisibilização das mulheres negras e periféricas

O gênero, associado ao racismo, intensifica as barreiras de acesso. Mulheres negras, periféricas e empobrecidas vivem experiências interseccionais de opressão, sendo historicamente posicionadas em lugares de invisibilidade e desvalorização social (Davis, 1981; Ribeiro, 2018).

Essa dinâmica se reflete na APS, especialmente nas práticas de cuidado voltadas à saúde da mulher, nas quais são frequentes relatos de violência obstétrica, negligência na escuta de queixas clínicas, falta de acolhimento das demandas emocionais e reprodutivas, e ausência de políticas que considerem as especificidades de gênero e raça (Werneck, 2016; Santos, 2019).

O sexismo, portanto, não é um fenômeno secundário, mas sim uma engrenagem que, junto ao racismo e à exploração econômica, organiza quem tem acesso ao cuidado qualificado e quem é sistematicamente negligenciado.

Território: o espaço como produtor de saúde e doença

O território surge como dimensão fundamental na análise interseccional. Periferias urbanas, comunidades rurais e favelas, geralmente ocupadas por populações negras e pobres, concentram as piores condições de saneamento, transporte, segurança e acesso aos serviços de saúde (Santos, 2019).

Na APS, isso se traduz na menor quantidade e na pior estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nesses territórios, maior rotatividade de profissionais, na falta de equipes multiprofissionais (como NASF), e em barreiras físicas como distância, precariedade no transporte público e violência urbana.

Assim, o território, longe de ser apenas um espaço geográfico, é um fator determinante na produção das desigualdades em saúde, funcionando como marcador social de vulnerabilidade.

Classe social e pobreza: determinantes centrais das desigualdades

A classe social e o poder aquisitivo continuam sendo eixos estruturantes das desigualdades em saúde, mesmo em um sistema universal como o SUS. A precarização das condições de vida, o desemprego, a informalidade, a insegurança alimentar e a insegurança habitacional impactam diretamente na capacidade das pessoas de acessar e permanecer nos serviços de saúde (Brasil, 2009; Almeida, 2019).

Pessoas em situação de pobreza, especialmente mulheres negras periféricas, enfrentam escolhas cotidianas que envolvem priorizar o trabalho informal, o cuidado com a família e a própria sobrevivência, em detrimento do cuidado com sua saúde. Além disso, mesmo na APS, a necessidade de buscar exames ou medicamentos fora da rede pública gera custos que são impeditivos para muitas famílias.

A intersecção dos marcadores sociais: o impacto combinado das opressões

Os achados da literatura e dos documentos analisados confirmam que as desigualdades no acesso à APS não podem ser explicadas de forma isolada, **seja pela** raça, **pelo** gênero, **pela** classe ou **pelo** território. Ao contrário, são os efeitos combinados dessas opressões que produzem as maiores barreiras.A lógica da interseccionalidade, como aponta **Crenshaw** (1991), demonstra que uma mulher negra, pobre e periférica não enfrenta apenas racismo, **sexismo ou exclusão territorial**. Ela enfrenta tudo isso de forma simultânea, sobreposta e integrada, resultando

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

em um adoecimento social e institucional que se manifesta na saúde..Essa análise também dialoga com o conceito de racismo estrutural, que organiza os recursos, os territórios e os serviços, definindo quem tem acesso pleno ao direito à saúde e quem vive, permanentemente, nas margens desse direito.

Caminhos para a superação das desigualdades no acesso à APS

A análise dos dados evidencia que as desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), produzidas pela intersecção dos marcadores sociais de raça, gênero, território e classe, não são circunstanciais, mas resultam de processos históricos e estruturais. Nesse sentido, não basta reconhecer as iniquidades. É fundamental discutir estratégias concretas para enfrentá-las.

Uma das principais ações está na formação antirracista, antissexista e territorializada dos profissionais de saúde, desde a graduação até a educação permanente. Isso inclui não apenas discutir racismo estrutural e interseccionalidade, mas também revisar práticas institucionais que, muitas vezes, reproduzem desigualdades.

Figura 2. Intersecção dos marcadores sociais de raça, gênero, território e classe e seus efeitos na produção das desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS)

Fonte: Elaborado pela autora (2025), a partir de Crenshaw (1991), Carneiro (2003), Santos (2019) e Vasconcelos e Gomes (2021).

Outro aspecto central é a produção e utilização de dados desagregados por raça, gênero, território e classe, que permitam que as gestões de saúde identificar onde estão os vazios assistenciais e as populações mais vulnerabilizadas, implementando ações mais eficazes.

O fortalecimento da APS nas periferias urbanas, áreas rurais e territórios tradicionais é uma estratégia imprescindível, com ampliação do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), melhoria da infraestrutura, garantia de transporte público, segurança territorial e acesso a equipes multiprofissionais (como NASF e SAD).

Ainda, é urgente que as políticas públicas adotem uma abordagem interseccional, reconhecendo que as barreiras enfrentadas pela população negra, pelas mulheres e pelos moradores de territórios periféricos não são independentes, mas se sobrepõem e se potencializam.

Por fim, destaca-se a necessidade de ampliar a participação social nos conselhos de saúde e nas decisões sobre os territórios, especialmente incorporando as vozes das populações negras, periféricas e de mulheres, que vivenciam de forma mais aguda os efeitos das desigualdades.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desenvolvidas neste estudo evidenciam que as desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil não podem ser compreendidas de forma isolada, tampouco atribuídas apenas a fatores econômicos ou territoriais. Ao aplicar a perspectiva da interseccionalidade, observa-se que os marcadores de raça, gênero, território e classe se articulam de forma complexa e indissociável, produzindo barreiras múltiplas e sobrepostas que impactam diretamente o acesso e a qualidade do cuidado na APS.

O racismo estrutural, o sexismo, a marginalização territorial e a exploração econômica são dimensões que atravessam o cotidiano da população negra, periférica e empobrecida, que, frequentemente, encontra na APS tanto um espaço de cuidado quanto, por vezes, um espaço de reprodução de desigualdades institucionais. As análises demonstram que as práticas institucionais ainda estão longe de incorporar efetivamente uma abordagem interseccional, o que limita a efetividade do princípio da equidade no SUS.

Superar esse cenário exige mais do que reconhecer as desigualdades. Demanda a adoção de práticas e políticas antirracistas, feministas, populares e territorializadas. Isso implica em formação crítica dos profissionais de saúde, o fortalecimento da APS nos territórios vulnerabilizados, a produção de dados desagregados por raça, gênero e território, e a participação ativa das comunidades nos processos de gestão e decisão.

Por fim, este trabalho reforça a necessidade urgente de incorporar a interseccionalidade como lente analítica e como prática nas políticas públicas de saúde, especialmente na APS, para que o SUS cumpra, de fato, seu papel como sistema universal, integral e equânime.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. 2. ed. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60 p.

CARNEIRO, S. Enegrecer o pensamento: a situação da mulher negra na América Latina e no Caribe. In: RIBEIRO, D. (org.). **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. Texto original de 2003.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016. Original de 1981.

LIMA, F. das C. C. et al. Desigualdade racial no acesso à Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-9, 2020.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SANTOS, J. de A. Racismo, território e saúde: a produção das iniquidades na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2125-2132, 2019.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

VASCONCELOS, S.; GOMES, M. Racismo institucional na Atenção Primária à Saúde: desafios para a equidade no SUS. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 553-567, 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde pública no Brasil. In: BATISTA, L. et al. (org.). **Saúde da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 27-3.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPLANTAÇÃO DE ENERGIAS RENOVÁVEIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS

João Vinicius Schultz

RESUMO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), **em 2024,** apresentou elevado consumo de energia elétrica, totalizando 15.545 **MWh por ano, o que equivale ao** abastecimento de 7.000 residências. Esse consumo, quando proveniente da concessionária, gera cerca de 450 toneladas de CO_2 **por ano**. Foi avaliada a implantação de **uma** usina solar fotovoltaica, cujas análises financeiras (VPL, TIR e *payback*) apontaram inviabilidade econômica diante dos custos, riscos e restrições técnicas. Como alternativa, optou-se pela migração para o mercado livre de energia (ACL), na modalidade varejista. **Nesse mercado,** o GHC ingressou como consumidor especial, adquirindo energia 100% renovável de fontes incentivadas (solar, eólica, biomassa e **pequenas centrais hidrelétricas**), obtendo desconto na **TUSD e na TUST**, além de certificados I-REC que comprovam a origem renovável. Concluída em dezembro de 2024, a migração gerou R$ 1,6 milhão de economia no primeiro semestre de 2025 e **tem previsão de economia anual** de R$ 2,82 milhões, equivalente a 24% das despesas com energia. Ao longo do contrato, a economia deverá superar R$ 10 milhões, com expressiva redução das emissões de CO_2 e fortalecimento da sustentabilidade do grupo.

PALAVRAS-CHAVE: energia renovável, mercado livre, consumidor especial, fotovoltaica, sustentabilidade.

ABSTRACT

The Conceição Hospital Group (GHC) **presented** high electricity consumption **in 2024**, totaling 15,545 **MWh per year, equivalent to** supplying 7,000 households. When sourced from the utility company, this consumption generates around 450 tons of CO_2 per year. The implementation of a photovoltaic solar power plant was evaluated, but financial analyses (NPV, IRR, and payback) indicated economic infeasibility due to costs, risks, and technical constraints. As an alternative, the group opted to migrate to the Free Energy Market (ACL), under the retailer model. In this arrangement, GHC became a special consumer, acquiring 100% renewable energy from incentivized sources (solar, wind, biomass, and **small hydropower plants**), obtaining **TUSD and TUST** tariff discounts and I-REC certificates **that prove the renewable origin of the energy**. **Completed** in December 2024, the migration generated R$ 1.6 million in savings in the first half of 2025, with an annual projection of R$ 2.82 million, equivalent to 24% of energy expenses. Over the course of the contract, savings are expected to exceed R$ 10 million, along with a significant reduction in CO_2 emissions and **the strengthening of the group's sustainability**.

KEYWORDS: renewable energy, free energy market, special consumer, photovoltaic, sustainability.

RESUMEN

El Grupo Hospitalar Conceição (GHC) **presentó** un alto consumo de energía eléctrica, **con un total, en 2024, de** 15.545 **MWh por año, equivalente** al abastecimiento de 7.000 hogares. Cuando proviene de la **empresa distribuidora**, este consumo genera alrededor de 450 toneladas de CO_2 al año. Se evaluó la implementación de una planta solar fotovoltaica, pero los análisis financieros (VAN, TIR y *payback*) indicaron inviabilidad

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

económica debido a los costos, riesgos y restricciones técnicas. Como alternativa, el grupo optó por migrar al Mercado Libre de Energía (ACL), bajo la modalidad minorista. En este esquema, el GHC ingresó como consumidor especial, adquiriendo energía 100% renovable de fuentes incentivadas (solar, eólica, biomasa y **pequeñas centrales hidroeléctricas**), obteniendo descuentos en **TUSD y TUST**, **así como** certificados I-REC que acreditan el origen renovable **de la energía**. Concluida en diciembre de 2024, la migración generó un ahorro de R$ 1,6 millones en el primer semestre de 2025, con una proyección anual **de ahorro** de R$ 2,82 millones, equivalente al 24% de los gastos en energía. Durante la vigencia del contrato, se espera que los ahorros superen los R$ 10 millones, junto con una reducción significativa de **las** emisiones de CO_2 y el fortalecimiento de la sostenibilidad del grupo.

PALABRAS CLAVE: energía renovable, mercado libre, consumidor especial, fotovoltaica, sostenibilidad.

INTRODUÇÃO

As instituições de assistência à saúde do GHC, em especial os hospitais e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), são eletricamente intensivas, ou seja, apresentam elevado consumo de energia por metro quadrado. Em termos de energia elétrica, nos últimos doze meses, as unidades Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital **da** Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmina (HF), Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar (UPA), Escola GHC (Escola) e Central de Logística (Celog) consumiram juntas 15.545 MWh, suficientes para abastecer aproximadamente 7.000 moradias populares (Empresa de Pesquisa Energética, 2022).

A energia que abastece essas unidades é proveniente da rede elétrica urbana. Segundo a Empresa de **Pesquisa** Energética (EPE), no último Balanço Energético Nacional de 2025 (Empresa de Pesquisa Energética, 2025), a matriz **elétrica brasileira é** predominantemente hidráulica (55,3%), seguida **pela fonte** eólica (14,1%) e **pela fonte** solar (9,3%). Aproximadamente 86% da matriz de geração elétrica é renovável, e 14% **é** proveniente de combustíveis fósseis, como carvão, petróleo e gás natural.

Segundo o Sistema de Registro Nacional de Emissões (SIRENE) (**Brasil**, 2025), desenvolvido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), em abril de 2025, o fator médio mensal de conversão de energia elétrica para dióxido de carbono (**CO_2**) foi de 0,0289 toneladas de **CO_2 por megawatt-hora (tCO_2 por MWh)**. Na conversão, o número significa 28,9 kg de emissão de **CO_2 por** megawatt-hora de energia gerada (**Brasil**, 2025). **Sendo assim**, as unidades do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) mencionadas anteriormente são responsáveis pela emissão de 450 toneladas de **CO_2 por ano**, apenas no consumo de energia elétrica proveniente da rede de distribuição.

Neste trabalho, serão abordadas alternativas que **não apenas** reduzam a emissão de gases **de** efeito estufa decorrentes do consumo de energia elétrica nas unidades de maior demanda do GHC, mas também diminuam as despesas com essa rubrica. **Será realizada** uma avaliação técnica e econômica da implantação de energia solar fotovoltaica e da migração para o mercado livre de energia, com **análise** dos resultados **desta última alternativa**. Estão fora do escopo deste trabalho a avaliação de alternativas ao gás natural e **às** outras formas de energia consumidas pela instituição.

ENERGIA FOTOVOLTAICA

A energia fotovoltaica, ou simplesmente solar, apresenta como grande vantagem a simplicidade **de** instalação e a modularidade, ou seja, a capacidade de ser instalada em etapas. Muito embora a eficiência dos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

módulos tenha crescido significativamente, atingindo valores superiores a 22% (ZNSHINE PV-TECH Co., 2025) para módulos comerciais, ainda é necessária uma grande área de cobertura para atingir geração **em nível** comercial.

Considerando uma instalação fotovoltaica na cidade de Porto Alegre, com orientação norte e 10º de inclinação, cuja irradiação direta normal é de 1570,4 kWh/m² por ano, uma instalação de **1.000 kWp**, **com cerca** de 1.770 módulos, gera, em média, **1.296 MWh por ano**. Sendo assim, como estimativa inicial, seriam necessários mais de 21.232 módulos, cobrindo uma área de 120.000 a **140.000 m²** (Al-Khazzar, 2017), para gerar o suficiente para as unidades selecionadas do GHC.

A necessidade de uma área mínima de 12 hectares, ou **120.000 m²**, não é o único fator que dificulta a execução deste projeto, pois ainda se faz necessário que **a usina esteja localizada** em um local atendido pela mesma concessionária de energia elétrica que **atende** o GHC, na região de cobertura da CEEE-Equatorial. É preciso, sobretudo, que a concessionária tenha condições de receber e escoar a energia produzida no ponto de conexão. No caso em estudo, a usina precisaria de sua própria subestação de 12 MVA e de aprovação prévia da concessionária.

Consultando especialistas, os custos de operação e manutenção (O&M) são da ordem de 1,5% do custo da usina **fotovoltaica**. Esse investimento se faz necessário para mitigar os riscos associados à geração **fotovoltaica**, como risco de curto-circuito, falhas na geração, degradação dos módulos, furto de equipamentos e incêndio.

Estudos mostram que sistemas **fotovoltaicos** são relativamente seguros. No entanto, como qualquer outro sistema elétrico, eles aumentam o risco de incêndio. Há estimativas de 30 incêndios para cada milhão de sistemas instalados (Laukamp, 2013). Devido ao fato de incêndios com sistemas **fotovoltaicos** serem de classe C, ou seja, **serem** considerados elétricos, sua extinção é extremamente difícil. Pensando nisso, foi posta em vigor a norma ABNT NBR 17193, em 2025, que foca na segurança contra incêndios em instalações com esse tipo de sistema. Por essa razão e pela necessidade de reforço estrutural, não foram projetados sistemas **fotovoltaicos** nos telhados dos hospitais do grupo.

Supondo que o GHC disponha de terreno adequado, na área de concessão da CEEE-Equatorial e com margem de conexão, seria possível **implantar** uma usina capaz de gerar créditos de energia para as unidades do grupo. Descontando o custo da terra e da terraplanagem, a estimativa inicial de investimento para uma usina desse porte varia de 40 a 52 milhões de reais (Newave Capital, 2024; Greener, 2024).

Para avaliar a viabilidade econômica e financeira do projeto, é possível, como primeira aproximação, calcular o *payback* simples, que representa o tempo necessário, em anos, para recuperar o investimento total. Esse indicador pode ser determinado usando o valor do projeto e a tarifa de energia local, conforme a equação (1):

(1)

$$Payback = \frac{Investimento}{Geração x Tarifa média}$$

O *payback* simples para esse projeto varia de 6,5 a 8,3 anos. No entanto, ele não leva em consideração a degradação dos módulos **fotovoltaicos**, que diminuem a geração com o passar do tempo, além dos custos da demanda contratada para a usina, **da operação e manutenção**, **dos** seguros, **do** monitoramento e **da** vigilância.

Devido a essas variáveis, o *payback* simples é incapaz de capturar toda a complexidade de um projeto dessa magnitude. Dessa forma, **serão utilizadas** duas outras métricas financeiras: o Valor Presente Líquido (VPL) e a Taxa Interna de Retorno (TIR).

O VPL é uma equação financeira utilizada para calcular o valor presente de um fluxo de caixa futuro, aplicando uma taxa de desconto. Se o VPL for positivo, o projeto é considerado economicamente viável; caso

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

contrário, ele não é viável. No estudo de caso em questão, o fluxo de caixa positivo corresponde à economia anual obtida com a geração distribuída, já descontada de todos os custos. A equação (2) determina o VPL.

(2)
$$VPL = -CAPEX + \sum_{t=0}^{n} \frac{F_c}{(1+i)^t}$$

Onde:

a. VPL = valor presente líquido (R$);

b. CAPEX = valor total investido no projeto (R$);

c. F_c = fluxo de caixa (R$);

d. i = taxa de desconto (%);

e. t = período do fluxo de caixa.

A TIR (Taxa Interna de Retorno) é a taxa de desconto que iguala o VPL do projeto a zero, indicando um ponto de equilíbrio em que o investimento não gera ganhos nem perdas financeiras. Se a TIR calculada for maior que a Taxa Mínima de Atratividade (TMA), o projeto é considerado viável. O cálculo da TIR é obtido por meio da equação (3).

(3)
$$0 = -CAPEX + \sum_{t=0}^{n} \frac{F_c}{(1+TIR)^t}$$

Tabela 1. Avaliação financeira usina PV

Anos	VPL (R$)	TIR (%)
25	-17.798.713,31	10
20	-21.244.300,41	9
15	-24.605.102,03	5
10	-30.543.977,17	-2
5	-39.223.941,91	-25

Payback 11 anos e 11 meses
Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi aplicado um modelo financeiro mais desenvolvido, conforme **a** Tabela 1, utilizando como CAPEX o cenário de R$ 52 milhões, **taxa mínima de atratividade** igual a 100% do CDI atual, **14,90% ao ano**, **e despesas**

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

operacionais (OPEX) iguais à soma de seguro, monitoramento, segurança, gestão e demanda. Neste modelo, o VPL resultou negativo até um horizonte de 25 anos. Além disso, a TIR ficou inferior **à** TMA, mesmo para o prazo mais longo no horizonte de investimento. O *payback* descontado ficou em mais de 11 anos. Com base nessas informações, serão exploradas alternativas de integração de energia limpa disponíveis no mercado de energia elétrica brasileiro.

MERCADO DE ENERGIA ELÉTRICA NO BRASIL

O atual mercado de energia elétrica brasileiro está dividido em dois ambientes: **o Ambiente de Contratação Regulada (ACR), em que** o preço da energia elétrica é fixado pelo poder público; e **o Ambiente de Contratação Livre (ACL), ou mercado livre, em que** o preço da energia elétrica é livremente negociado entre os agentes.

O mercado livre de energia, ou Ambiente de Contratação Livre (ACL), é a modalidade de negociação em que o consumidor pode escolher a geradora ou comercializadora **da qual** quer contratar sua energia. Com essa opção de escolha, outras características também são negociáveis entre as partes, como **condições de pagamento, preços e flexibilidades quantitativas e qualitativas**. **Também há** a possibilidade de escolha da fonte geradora, **seja renovável, seja convencional**. Esse modelo prevê **maior** independência em questões **orçamentárias, especialmente em relação às previsões de custos** (CCEE, 2025).

O modelo ACL foi criado com **o** intuito de dar autonomia aos consumidores em 1998, **considerando** que a sua autorrepresentação no mercado elétrico poderia ser estratégica e economicamente viável. Nesse momento, apenas consumidores com demanda superior a 1,0 MW poderiam **ingressar** nessa modalidade.

Posteriormente, esse modelo **passou por** redução dos limites de demanda, **como resultado da pressão realizada** por consumidores menores **para aderirem** a esse modelo. Com isso, **instaurou-se** a possibilidade de migração para consumidores que possuíam, **no mínimo,** 0,5 MW, **bem como** a possibilidade de junção de unidades de mesma raiz de **CNPJ**. Junto a **essa** adesão, o consumidor poderia escolher o método **de** contratação, **que poderia ser** varejista ou atacadista.

No modelo atacadista do mercado livre de energia, o consumidor atua diretamente como agente da Câmara de Comercialização de Energia Elétrica (CCEE). Isso significa que a empresa precisa se habilitar junto à CCEE, cumprir uma série de requisitos regulatórios e operacionais e, principalmente, assumir todas as responsabilidades relacionadas à compra de energia no ambiente livre.

Apesar da autonomia e da possibilidade de negociar diretamente contratos de energia com geradores e comercializadores, esse modelo exige alto nível de gestão e conhecimento técnico, além de envolver custos adicionais com a estruturação da operação.

No modelo atacadista da CCEE, o consumidor deve obrigatoriamente possuir conta no Banco Bradesco, **agência 0895, Trianon USP,** selecionado como único agente liquidante e custodiante para centralizar garantias, encargos e liquidações financeiras, garantindo padronização, segurança e eficiência nas transações do setor elétrico. Contudo, órgãos da União, sujeitos a rígidas normas do Tesouro Nacional, podem enfrentar incompatibilidade para abrir conta vinculada a exigências externas, o que inviabiliza seu uso em sistemas orçamentários e de pagamento. Por isso, optam pelo modelo varejista, que dispensa a conta no Bradesco e permite a gestão das obrigações **por meio de** outra instituição ou comercializadora.

No modelo varejista, o consumidor livre ou especial não se cadastra diretamente como agente da CCEE. Em vez disso, ele contrata um agente varejista, que atua como intermediário e assume todas as responsabilidades administrativas, regulatórias e financeiras junto à CCEE. Dessa forma, o consumidor pode usufruir dos benefícios do mercado livre de energia sem precisar lidar com a complexidade das obrigações

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

operacionais. O agente varejista concentra as atividades de medição, contabilização, liquidação e repasse de encargos, além de oferecer suporte consultivo.

Esse modelo tem ganhado força, especialmente entre consumidores que não desejam ou não possuem estrutura para administrar os trâmites diretos com a CCEE **e entre** empresas vinculadas ao **Tesouro Nacional, como** é o caso do Grupo Hospitalar Conceição. Embora o custo dos serviços do varejista esteja embutido nos contratos, para muitas empresas essa opção representa maior praticidade e previsibilidade.

Em janeiro de 2024, o governo, por meio dos órgãos competentes, flexibilizou as regras de adesão aos modelos de comercialização de energia, ampliando o acesso a um novo grupo de consumidores. A medida foi motivada pelo impacto positivo na expansão de fontes 100% renováveis e pelo crescente interesse dos consumidores. Com isso, qualquer unidade consumidora conectada em alta ou média tensão passou a poder ingressar no Ambiente Livre de Energia na modalidade varejista, mediante representação contábil junto à CCEE.

CONSUMIDOR ESPECIAL NO MERCADO LIVRE

- O consumidor especial é uma classe de consumidor livre que deve adquirir 51% de sua demanda por energia de fontes incentivadas, **ou seja, renováveis**. Esse modelo oferece a tais consumidores condições diferenciadas de negociação e alinhamento com práticas de sustentabilidade. A obrigatoriedade de contratação de energia de fontes incentivadas está associada à política de fomento às energias renováveis no país, estimulando tanto o desenvolvimento de novos empreendimentos quanto a diversificação da matriz elétrica brasileira. **Além disso**, esse consumidor tem direito a desconto de 50% ou 100% nas tarifas que incidem sobre a distribuição (TUSD) e **a** transmissão (TUST) de energia elétrica. As fontes de energia que garantem o desconto nessa tarifa são:
    - Pequenas Centrais Hidrelétricas (PCHs) → até 30 MW e com reservatório reduzido.
    - Cogeração Qualificada (uso eficiente de energia em processos industriais).
    - Fontes renováveis → Solar fotovoltaica, eólica, biomassa.

Com relação ao desconto na TUSD:

- 50% de desconto na TUSD → regra geral para energia adquirida dessas fontes.
- 100% de desconto na TUSD → válido somente para empreendimentos de geração que entraram em operação até 31/12/2017, conforme regras de transição criadas pela ANEEL e pela Lei nº 13.203/2015. (SOUSA; TAKIGAWA, 2016).

O GHC, **por estar** preocupado com as questões ambientais e de sustentabilidade, optou por ingressar no mercado livre **como** consumidor especial. Ao adquirir energia de fontes renováveis, o consumidor especial contribui diretamente para a redução das emissões de gases de efeito estufa, alinhando sua operação às práticas de sustentabilidade e aos compromissos globais de descarbonização. Outro ponto relevante é a possibilidade de obter os certificados de energia renovável I-REC (*International Renewable Energy Certificate*).

O I-REC é um sistema global de rastreamento de atributos de energia renovável, projetado para facilitar a contabilidade confiável de MWh **renováveis atribuídos** a um determinado consumidor, **em conformidade** com vários padrões internacionais.

Nesse contexto, o certificado I-REC ganha relevância ao possibilitar a comprovação da origem renovável da energia adquirida. O I-REC funciona como um instrumento de rastreabilidade ambiental, permitindo que empresas e instituições que atuam como consumidores especiais no mercado livre atestem, de forma transparente, sua responsabilidade socioambiental e o cumprimento de metas de descarbonização

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e **de** ESG. Além disso, o uso de certificados I-REC reforça a credibilidade junto a *stakeholders*, investidores e clientes, integrando a gestão energética **às** estratégias corporativas de sustentabilidade. Isso fortalece a imagem institucional e agrega valor à marca, ao posicioná-la como empresa responsável e comprometida com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (**The International REC Standard**, 2015).

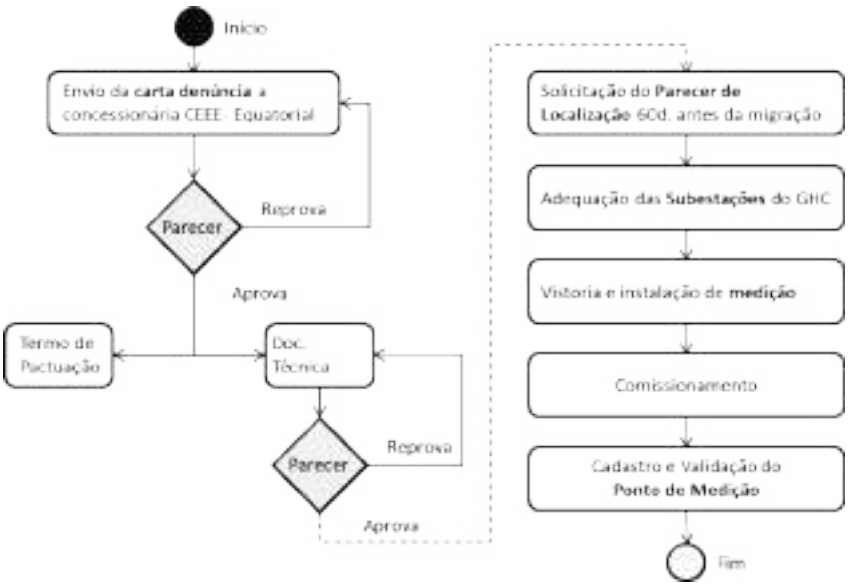
O GHC, no momento da contratação da energia **no mercado livre**, exigiu a emissão **desse** certificado, comprovando **aos** órgãos fiscalizadores que toda a energia consumida pelas unidades consumidoras que aderiram ao mercado livre **é oriunda** de fontes renováveis.

O PROCESSO DE MIGRAÇÃO PARA O MERCADO LIVRE DE ENERGIA DO GHC

Foram realizados estudos de viabilidade de migração para o ACL **em 2024**. **Os resultados** se mostraram positivos, indicando **exequibilidade** técnica, financeira e ambiental. Houve ainda uma etapa de convencimento interno, na qual os riscos e **os** benefícios da migração foram expostos.

O processo de migração está resumido no fluxograma da Figura 1. Algumas etapas, como o envio da **carta de denúncia**, deveriam **ocorrer com antecedência de 180 dias em relação ao** aniversário do contrato de energia com a concessionária. Isso se deve ao fato de que **a concessionária precisa de previsibilidade para ir ao mercado e provisionar** a compra de energia **para** seus clientes cativos.

Figura 1. Fluxograma de migração para ACL



Fonte: Elaborado pelo autor.

O fluxograma não esgota as atividades **relacionadas ao** mercado livre, sendo necessário monitorar o contrato, quantificar a energia e prever a recontratação futura.

CONCLUSÃO

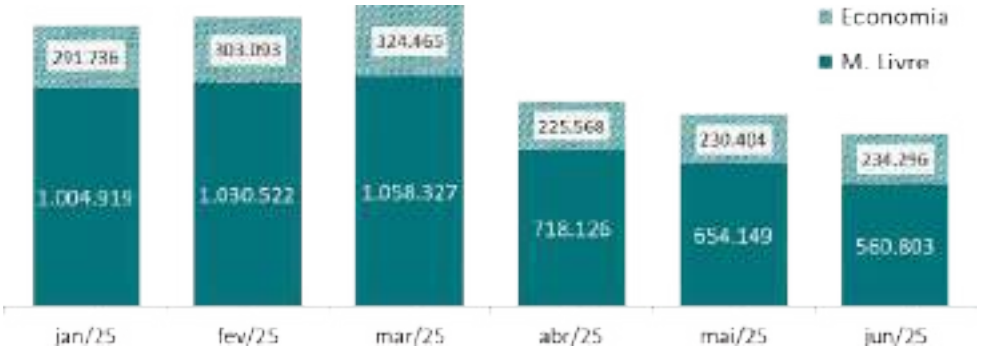
A inviabilidade financeira do empreendimento de energia solar, somada aos riscos de incêndio associados à geração fotovoltaica, à inviabilidade de instalação nos telhados dos hospitais devido a essas restrições e **à** necessidade de reforço estrutural, **além da exigência de um projeto em larga escala para atender**

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ao alto consumo energético da instituição, tornou necessária a busca por alternativas de energia limpa que demandassem menor investimento inicial e oferecessem retornos ambiental e financeiro mais eficientes. Para isso, foi **realizada** a migração para o mercado livre de energia, com resultados **superiores** ao esperado.

Com a impossibilidade de migrar como atacadista em função das questões bancárias, o GHC fez essa transição em dezembro de 2024, **na modalidade** varejista, sendo representado por uma empresa comercializadora de energia perante **a** CCEE. Nesse modelo, foi comprada energia renovável.

Figura 2. Resultado da Migração para ACL



Fonte: Elaborado pelo autor.

O resultado no mês de janeiro, como mostra a Figura 2, foi superior a R$ 290 mil, totalizando mais de **R$ 1,6 milhão** de economia no primeiro semestre. A projeção de economia para **2025** é de R$ 2,82 milhões, o que representa 24% das despesas anuais com energia. Ao longo do contrato, deverão ser economizados mais de R$ 10 milhões. Além do resultado financeiro, optou-se por energia incentivada, renovável, com **redução** de 285,5 toneladas de **CO_2** (FGV, 2025) **nesse** período.

REFERÊNCIAS

AL-KHAZZAR, A. A. A. The required land area for installing a photovoltaic power plant. **Iranica Journal of Energy and Environment**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 11-17, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA (Brasil). **Resolução Normativa n. 77, de 18 de agosto de 2004**. Estabelece os procedimentos vinculados à redução das tarifas de uso dos sistemas elétricos de transmissão e de distribuição, para empreendimentos hidrelétricos e aqueles com base em fonte solar, eólica, biomassa ou cogeração qualificada. Brasília, DF: ANEEL, 2004. Disponível em: https://www2.aneel.gov.br/cedoc/ren2004077.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA (Brasil). **Resolução Normativa n. 247, de 21 de dezembro de 2006**. Estabelece as condições para a comercialização de energia elétrica oriunda de empreendimentos de geração que utilizem fontes primárias incentivadas, com unidade ou conjunto de unidades consumidoras cuja carga seja maior ou igual a 500 kW, e dá outras providências. Brasília, DF: ANEEL, 2006. Disponível em: https://www2.aneel.gov.br/cedoc/ren2006247.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. Empresa de Pesquisa Energética. **Anuário Estatístico de Energia Elétrica 2022: ano base 2021**. Rio de Janeiro: EPE, 2022. Disponível em: https://www.epe.gov.br/pt/publicacoes-dados-abertos/publicacoes/anuario-estatistico-de-energia-eletrica. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL. Empresa de Pesquisa Energética. **Balanço Energético Nacional 2025**. Rio de Janeiro: EPE, 2025. Disponível em: https://www.epe.gov.br/pt/publicacoes-dados-abertos/publicacoes/balanco-energetico-nacional-2025. Acesso em: 02 ago. 2025.

BRASIL. **Lei n. 9.074, de 7 de julho de 1995**. Estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9074cons.htm. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.203, de 8 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre a repactuação do risco hidrológico de geração de energia elétrica; institui a bonificação pela outorga; e altera as Leis n. 12.783, de 11 de janeiro de 2013, n. 9.427, de 26 de dezembro de 1996, n. 9.478, de 6 de agosto de 1997, n. 9.991, de 24 de julho de 2000, n. 10.438, de 26 de abril de 2002, n. 10.848, de 15 de março de 2004, e n. 11.488, de 15 de junho de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13203.htm. Acesso em: 05 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **MCTI publica fatores de emissão de CO2 da geração de energia elétrica no Brasil para 2025**. Brasília, DF: MCTI, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/noticias/2025/06/mcti-publica-fatores-de-emissao-de-co2-da-geracao-de-energia-eletrica-no-brasil-para-2025. Acesso em: 02 ago. 2025.

CÂMARA DE COMERCIALIZAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA. **Mercado Livre**: ACL, processo de adesão ao ACL. São Paulo: CCEE, 2025. Disponível em: https://www.ccee.org.br/mercado-livre-acl. Acesso em: 05 ago. 2025.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Centro de Estudos em Sustentabilidade. **Programa Brasileiro GHG Protocol**. São Paulo: FGV, 2025. Disponível em: https://eaesp.fgv.br/centros/centro-estudos-sustentabilidade/projetos/programa-brasileiro-ghg-protocol. Acesso em: 12 ago. 2025.

GREENER. **Estudo estratégico geração distribuída 2025: mercado fotovoltaico**. São Paulo: Greener, 2025. Disponível em: https://estudo-gd-2025.greener.com.br/. Acesso em: 04 ago. 2025.

LAUKAMP, H. et al. PV fire hazard: analysis and assessment of fire incidents. In: EUROPEAN PHOTOVOLTAIC SOLAR ENERGY CONFERENCE AND EXHIBITION, 28., 2013, Paris. **Proceedings [...]**. Paris: EU PVSEC, 2013. p. 1-8. Disponível em: https://www.ise.fraunhofer.de/content/dam/ise/de/documents/publications/conference-paper/28-eupvsec-2013/Laukamp_5BV771.pdf. Acesso em: 03 ago. 2025.

NEWAVE CAPITAL. **Newave Energia e Gerdau anunciam a construção de nova usina solar em Goiás com investimento de R$ 1,3 bilhão**. São Paulo: Newave Capital, 2024. Disponível em: https://newavecapital.com.br/newave-energia-e-gerdau-anunciam-a-construcao-de-nova-usina-solar-em-goias-com-investimento-de-r-13-bilhao/. Acesso em: 01 ago. 2025.

SOUSA, R. J. S. M. A.; TAKIGAWA, F. Y. K. **Guia básico de informações do mercado de energia elétrica para o consumidor**. Florianópolis: IFSC, 2016. Disponível em: https://gese.florianopolis.ifsc.edu.br/wp-content/uploads/2017/09/Cartilha.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

THE INTERNATIONAL REC STANDARD. **Guia I-REC: como o I-REC funciona**. [S. l.]: The International REC Standard, 2015. Disponível em: https://institutototum.com.br/wp-content/uploads/2024/07/B-GUIA-I-REC-%E2%80%93-Como-o-I-REC-Funciona-Fevereiro-2015.pdf. Acesso em: 06 ago. 2025.

ZNSHINE PV-TECH CO. **ZXMR-UHLD132 Series: 16BB half-cell N-type monofacial double glass monocrystalline PV module, 565-590W**. China: ZNSHINE PV-Tech Co., 2025. Disponível em: https://pt.znshinesolar.com/uhld132-565-5. Acesso em: 07 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

FORMAÇÃO DE MONITORES NA 4ª CNGTES: DIVERSIDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E PRÁTICAS FORMATIVAS NO PROJETO "SAÚDE E DEMOCRACIA"

William Pereira Santos
Tatiane da Rosa Vasconcelos
Tânia Aparecida de Araújo
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

Em conformidade com as disposições da Constituição **brasileira** de 1988, o artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal **n. 8.080, de 1990**, lista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), **entre os quais** está a participação da comunidade. Para o sistema de saúde, o princípio da participação **constitui** o principal meio de aproximar a sociedade civil das demandas, **da** organização, **do** planejamento e **da** execução de ações e estratégias que visem melhorar as condições de saúde de toda a população. Sua importância traduz-se tanto na prática quanto na legislação, **especialmente na** Lei **n. 8.142, de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, entre **outros aspectos, instituindo** duas instâncias colegiadas para que o controle social em saúde se efetive: os conselhos e as conferências de saúde. O papel fundamental das instâncias de controle social na construção de respostas eficazes à comunidade articula-se com diversos cenários, sendo um deles a participação social nas conferências. Desde 2019, o projeto de pesquisa "Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde", que tem como objetivo pesquisar a participação social nas conferências nacionais de saúde, impulsiona a aproximação entre a sociedade e o SUS, com ênfase na formação e **na** participação cidadã, reafirmando o papel da democracia na saúde. O projeto atua nas conferências por meio da mobilização e **do** acompanhamento de monitores, que participam de atividades de pesquisa voltadas à observação, **à** coleta e **à** análise de dados, bem como à divulgação dos resultados, reafirmando o compromisso com a democratização da produção científica e a transparência na divulgação dos achados. Os dados do projeto acumulam informações desde a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2019, passando pela 17ª CNS**, em 2023,** e, mais recentemente, pela 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES), em 2024, produzindo ainda mais conhecimento sobre os modos de participação social no SUS, além de permitir uma análise comparativa sobre o perfil e a participação nas conferências. O objetivo deste trabalho é apresentar o perfil sociodemográfico dos estudantes que atuaram como monitores da pesquisa na 4ª CNGTES, destacando a configuração pedagógica do curso formativo, a fim de evidenciar a diversidade sociodemográfica e a preparação para a atuação nas atividades de pesquisa e **de** apoio à conferência. Este trabalho adota a abordagem de relato de experiência, baseando-se na observação direta, nos registros das atividades formativas e na convivência com os participantes ao longo do processo.

DESENVOLVIMENTO

A seleção dos monitores ocorreu por meio de edital público junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo diversidade de perfis e de formação. A seleção contemplou um período de formação teórico-

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

prática anterior à atuação na conferência, abrangendo conteúdos sobre o SUS, participação e controle social, bem como experiências relacionadas às conferências, à democracia, à gestão do trabalho e à educação na saúde. A formação da edição para a 4ª CNGTES ocorreu entre novembro e dezembro de 2024, totalizando 115 horas, em formato híbrido, com parte das atividades realizadas por meio de aulas síncronas e assíncronas e outra parte realizada presencialmente, em Brasília (DF).

A experiência iniciou-se com a seleção pública nacional, conduzida por uma Comissão de Seleção, em que foram escolhidos 61 estudantes de graduação, residência e pós-graduação para atuar como monitores na 4ª CNGTES. A atuação dos monitores envolveu coleta e análise de dados, observação das atividades da conferência e apoio logístico e técnico.

Os dados revelaram diversidade regional, de gênero, raça e cor, orientação sexual e formação entre os monitores matriculados no curso formativo. A maioria estava atuando como monitor pela primeira vez (59,02%), o que demonstra a abertura de possibilidades que o processo proporcionou para os estudantes adquirirem experiências e contribuírem para as etapas de realização da conferência.

O perfil dos monitores matriculados no curso revela um grupo majoritariamente composto por mulheres (75,41%) e jovens entre 20 e 29 anos (67,21%). A maioria se identifica como mulher cisgênero (77,05%) e heterossexual (70,49%), com presença também de pessoas bissexuais (11,48%) e gays (9,84%). Em relação à raça e à cor da pele, predomina a autodeclaração como parda (47,54%), seguida por branca (42,62%) e, em menor proporção, preta (6,56%), amarela (1,64%) e indígena (1,64%). Apenas 4,92% dos monitores declararam possuir algum tipo de deficiência.

Em relação à distribuição geográfica, observa-se a presença de monitores provenientes de todas as regiões do Brasil, com predominância do Distrito Federal (39,34%), refletindo a proximidade com o local da conferência. Outros estados com maior número de participantes incluem Goiás (6,56%) e Rio de Janeiro (6,56%). Também houve representação de monitores dos estados da Bahia, Minas Gerais, Pará e Paraná, todos com 4,92%. Estudantes do Amazonas, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo estiveram presentes com 3,28% cada. Ainda que em menor número, estiveram presentes estudantes do Ceará, Mato Grosso, Santa Catarina e Sergipe, com 1,64% cada. A diversidade geográfica demonstra o esforço do processo seletivo em garantir diversidade territorial.

No que se refere ao curso superior de formação dos monitores, destacam-se Fisioterapia, Nutrição e Psicologia em quinto lugar; Farmácia, em quarto; Medicina, em terceiro; Saúde Coletiva, em segundo; e Enfermagem, em primeiro lugar. A diversidade de formação favoreceu a abordagem interdisciplinar durante a formação e a atuação na conferência.

A diversidade do grupo fortaleceu o caráter democrático do projeto, conforme os dados sociodemográficos apresentados, assim como ampliou o olhar crítico sobre o controle social no SUS. A formação permitiu aos monitores refletir sobre as desigualdades nos territórios e o papel da escuta qualificada na participação social, a partir de trocas e do compartilhamento de saberes. A vivência ressaltou a importância de ações formativas interdisciplinares e enraizadas nos territórios, bem como evidenciou que pesquisa e participação social podem se articular de forma potente na formação de sujeitos mais comprometidos com o SUS e com a participação social. Sobretudo, a experiência mostra a importância da diversidade na formação de estudantes para atuar no sistema de saúde e auxiliar na efetivação do controle social e no incentivo à participação.

CONCLUSÃO

A presença diversificada de monitores reflete a complexidade do Brasil e enriquece as experiências e as análises da pesquisa, ampliando o olhar sobre os territórios, as necessidades, as subjetividades e as capacidades

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

das pessoas e dos grupos. Em um espaço plural como as conferências, reconhecer a diversidade dos participantes é relevante para que as análises realizadas traduzam, de fato, a riqueza da participação social no SUS. Isso foi possível com a iniciativa do projeto. A formação ampliou a escuta e o respeito às diferenças, promovendo envolvimento crítico e afetivo entre as pessoas e em relação aos princípios e às diretrizes do SUS. Recomenda-se a ampliação dessas experiências nos currículos e a valorização de processos formativos que articulem ensino, pesquisa e extensão com a participação social, especialmente em espaços como as conferências de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AS DIMENSÕES DE UM TRABALHO INTERSETORIAL: APRENDIZAGENS E CONSTRUÇÕES EM UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

Míriam Thais Guterres Dias
Elisangela Martins da Rosa Silveira

RESUMO

Este artigo resulta de pesquisa de mestrado sobre o Fórum Intersetorial de Redes para a articulação de políticas sociais no município de Alvorada (RS), no período de 2014 a 2019, e objetiva apresentar as dimensões do trabalho intersetorial desenvolvido. O estudo consistiu em uma abordagem retrospectiva, qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, por meio de revisão documental, grupo focal e oficina de validação. A intersetorialidade foi uma importante estratégia na articulação das políticas sociais, especialmente na atual conjuntura política e social, marcada pelo desmonte do sistema de proteção social brasileiro, com agravamento das violações de direitos da população. Os resultados relevantes foram as dimensões identificadas para o trabalho intersetorial: gestão compartilhada; liderança compartilhada; organização do trabalho; itinerância pelo território; formação permanente; e trabalho em rede intersetorial. Constatou-se a contribuição do Fórum na articulação das políticas sociais municipais, por ter desenvolvido um processo caracterizado por relações horizontais e transversais no seu percurso de existência, fortalecendo as ações em rede, e organizando o fluxo do trabalho nas políticas sociais nesse território.

PALAVRAS-CHAVE: Intersetorialidade. Rede. Território. Dimensões do trabalho intersetorial. Experiência Municipal.

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende contribuir com a construção de conhecimento teórico-crítico e propositivo sobre a intersetorialidade, por meio de pesquisa realizada para fins de dissertação de mestrado sobre a experiência do Fórum Intersetorial de Redes no município de Alvorada (RS) (FIRA). O Fórum foi pensado por seus organizadores como um espaço coletivo e institucional para potencializar a criação de estratégias voltadas a qualificar o trabalho intersetorial e viabilizar aos sujeitos usuários a integralidade e a universalidade do acesso.

Os resultados obtidos no estudo revelaram que a intersetorialidade foi uma importante estratégia na articulação das políticas sociais no território, principalmente na conjuntura política e social neoliberal, marcada pelo desmonte do sistema de proteção social brasileiro, com corte de investimentos nas políticas públicas e consequente agravamento das violações de direitos da população.

Reflexões e problematizações advindas do processo de trabalho de profissionais de variadas políticas sociais municipais provocaram a necessidade de instituir um espaço de articulação intersetorial, que resultou na organização do Fórum. A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a busca pela superação da fragmentação das políticas nas várias áreas de execução.

Para o Sistema Único de Saúde, a intersetorialidade vincula-se às relações sociais de produção estabelecidas, evidenciando que a efetivação do direito fundamental à saúde extrapola as ações do sistema de saúde. Essa concepção de saúde, criada pelo Movimento da Reforma Sanitária e incorporada à Constituição

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Federal de 1988, considera os fatores determinantes e condicionantes sociais, junto com a educação, o trabalho, a alimentação, a habitação, o esporte, entre outras necessidades humanas.

As categorias teóricas centrais deste estudo partem do campo das políticas sociais, quais sejam, intersetorialidade, redes e território, subsidiadas por revisão bibliográfica. As dimensões de um trabalho intersetorial são as categorias empíricas resultantes do estudo, verbalizadas pelas participantes da pesquisa e fundamentadas em estudos do inventário bibliográfico e da literatura do campo das políticas sociais e da intersetorialidade.

O estudo realizado foi retrospectivo, com uma abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, de campo, por meio de revisão documental, grupo focal e oficina de validação[1]. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo sistema Conep pelo Parecer n. 5.286.851 em 11 de março de 2022.

A compreensão de um trabalho em rede integrado entre as políticas públicas e direcionado pela perspectiva da intersetorialidade viabiliza, nesse processo, o desenvolvimento de novas competências para o trabalho e participação intersetorial.

INTERSETORIALIDADE, REDES E TERRITÓRIO NA EXPERIÊNCIA DO FÓRUM MUNICIPAL DE ALVORADA

Para o contexto deste estudo, é necessário considerar o papel das políticas sociais, bem como o seu lugar na sociedade e nas ações estatais por meio de políticas públicas. Relevante produção já existe sobre o tema, entre elas o entendimento de que as políticas sociais são "[...] respostas do Estado burguês do período do capitalismo monopolista, a demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classes) vulnerabilizadas pela 'questão social'" (Netto, 2003, p. 15).

Na concepção de Ianni (1991), as desigualdades sociais compõem a história da sociedade brasileira, a qual se vê permeada por situações nas quais um ou mais aspectos importantes da questão social estão presentes. Esta afirmação dialoga com a contribuição de Iamamoto (2018, p. 72), segundo a qual a questão social "atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos", ainda nos contraditórios tempos presentes.

As novas configurações decorrentes das transformações societárias, expressas em um mundo globalizado e no capital financeiro, produzem um quadro alarmante de desemprego e de pessoas que vivem na pobreza. O Estado apresenta respostas quando os atingidos por essas expressões são capazes de exercer sobre ele uma pressão organizada. Assim, não é suficiente a presença de políticas sociais, mas também de "mobilização e de organização para demandar a resposta que o Estado oferece através da política social" (Netto, 2003, p. 15-16).

A autora Sposati (2018) analisa que a construção constitucional de uma concepção de proteção social com características públicas e universais vem sendo subtraída. O avanço da desproteção social traz características de descidadanização "em nome do 'mérito', medido pelo poder de consumo do beneficiário e contraposto à justiça social" (Pereira; Teixeira, 2013, p. 21). Essa realidade imprime peculiaridades às políticas sociais que repercutem no trabalho dos profissionais das políticas sociais, principalmente em realidades municipais.

Nesse cenário sombrio, ainda se depara com a pandemia de covid-19 (Redon; Campos, 2021), que intensifica as desigualdades sociais no Brasil, bem como cria um quadro perturbador de desemprego e de precarização do mundo do trabalho. Nesse contexto, um dos desafios postos consiste nas ações em rede intersetorial, que podem contribuir para a organização dos coletivos setoriais e para a articulação entre as políticas sociais nos municípios.

1 Esta oficina possibilita a "tomada de decisão participativa, entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa, sobre os construtos produzidos a partir da investigação" (Dias et al., 2016, p. 182).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A pauta sobre a intersetorialidade não é recente. Ainda na década de 1970, conferências internacionais começaram a discutir a necessidade de combinar estratégias para a promoção da saúde, formulando as chamadas políticas públicas saudáveis; esses seriam os primeiros passos para a organização de ações intersetoriais (Andrade, 2006). A palavra integralidade é um dos pilares para a execução da política de saúde, o que embasa a necessidade de integração entre diversos serviços da rede e as demais políticas sociais.

Entende-se que os elementos teóricos sobre intersetorialidade estão presentes em diversos campos do conhecimento e há várias décadas. Em uma convergência de variadas concepções sobre o tema, para Pereira e Teixeira (2013, p. 121), a intersetorialidade "[...] surgiu ligada ao conceito de rede, a qual emergiu como uma nova concepção de gestão contrária à setorização e à especialização", indicando a necessária articulação de serviços em prol dos interesses da população. Para Junqueira (2004, p. 30), as políticas sociais estão condicionadas a sistemas e estruturas setoriais, e a intersetorialidade contempla uma "nova forma de gestão na busca de soluções para os problemas que incidem sobre a população que ocupa determinado território."

Para Monnerat e Souza (2014, p. 51), o tema das políticas sociais e da intersetorialidade "[...] adquire centralidade no debate contemporâneo sobre formulação e implementação de políticas e programas sociais"; contudo, a realidade é formada por um "[...] enorme hiato entre a 'intenção e o gesto'" devido aos históricos "[...] mecanismos patrimonialistas que atravessam as relações entre Estado e sociedade no país".

No âmbito da relação intrínseca entre a intersetorialidade e a gestão, Bronzo e Veiga (2007, p. 29-33) a consideram "[...] um modelo de gestão que se baseia na horizontalidade e na transversalidade das relações entre os agentes encarregados de concretizar serviços e benefícios transmitidos pelas políticas públicas". Faler (2016, p. 103) debate a "[...] relevância na gestão das políticas públicas no Brasil na medida em que as expressões da questão social se radicalizaram [...]", produzindo intensas desigualdades.

As políticas sociais e a intersetorialidade atuam em uma relação de integração articuladora para a aproximação das políticas setoriais, conforme Monnerat e Souza (2009). Nascimento (2010, p. 101) ressalta que as políticas públicas são planejadas setorialmente, mas baseadas na comunicação entre os distintos setores, pois "[...] a intersetorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais".

Diante do ambiente adverso estabelecido sob a atual conjuntura, o fazer intersetorial constitui-se como uma construção política, intencional e direcionada, que não ocorre mediante processos naturais e preexistentes. Trata-se de "uma luta insistente contra a apropriação (personalista, corporativista e monopolista) dos saberes de quem mantém prestígio e/ou poder de sujeitos/setores isolacionistas" (Bidarra, 2009, p. 448).

O FIRA nasce de uma iniciativa do Hospital de Alvorada, sob a gestão de uma Fundação Universitária e 100% SUS, com apoio institucional da assessoria do Ministério da Saúde, quando diversos serviços e profissionais da rede municipal de Alvorada passaram a se reunir mensalmente e de forma itinerante em encontros com duração de três horas, com o objetivo de discutir e organizar fluxos de encaminhamento e qualificar o cuidado da população. Suas atividades tiveram início em 2014 e se encerraram em 2019, em virtude da pandemia mundial de covid-19, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde em fevereiro de 2020.

O Fórum teve uma média de 44 participantes, entre representantes governamentais, parceirizados e de movimentos sociais. Para o estudo realizado, foram convidados, por segmento, os que tiveram frequência de 30 encontros, correspondendo a 75% do total, realizados no período de atividades do Fórum. Participaram do estudo oito profissionais, trabalhadores das políticas de Saúde, Assistência Social e Educação, e representantes de movimentos sociais. As profissões e ocupações eram: assistentes sociais, advogado, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, educadores populares e promotoras legais.

As participantes do estudo têm variadas formações e inserções no mundo do trabalho, em consonância com a afirmação de Yazbek (2014, p. 98), de que a intersetorialidade "supõe também a articulação entre sujeitos de áreas que têm suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências particulares para enfrentar problemas complexos".

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O período de existência do Fórum corresponde à época de adoção de políticas com matrizes do programa ultraneoliberal instituído pelo governo de Temer (2016 a 2018), aprofundado por seu sucessor, com uma "agenda de ofensivas ao trabalho, às políticas sociais e ao meio ambiente que conformaram a nova etapa do ajuste neoliberal, o ultraneoliberalismo" (Cassin, 2022, p. 18). Essas políticas foram ancoradas na aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 95, de 2016, que instituiu o novo regime fiscal ao limitar o crescimento dos gastos públicos por vinte anos.

Este contexto afeta a capacidade organizativa e de participação política dos trabalhadores no país, pois o trabalho ficou mais precarizado e desprotegido a partir da reforma trabalhista de 2017, pelos seus "impactos nos âmbitos jurídico, econômico e social" (Filgueiras, Lima **e** Souza, 2019). **Nesse** período histórico, os trabalhadores, no Brasil, não **conseguiram** engendrar respostas político-organizativas suficientes para enfrentar o grave retrocesso imposto pelo grande capital por meio dos grupos dirigentes do país (Vasconcelos, 2020).

O FIRA foi uma estratégia para o reordenamento do trabalho em rede no município, na perspectiva do trabalho coletivo, com a potência dos recursos sociais de seus territórios. Como Silva e Tavares (2016, p. 195) apontam, a intersetorialidade "incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais, assim, esse novo arranjo requer mudanças de valores da cultura para um agir coletivo totalmente distinto".

Portanto, destaca-se a presença relevante e estruturante das redes e do território. Muito já foi escrito sobre a relação entre redes e território, uma vez que as redes dão dinâmica a esses territórios, e ambos, articulados, conferem capacidade de desenvolvimento das atividades cotidianas e do gerenciamento do próprio espaço territorial (Santos, 2005).

Muitas autorias contribuem para esse debate: a rede como ações intersetoriais (Teixeira, 2002), espaço de discussão de comunidades (Pereira; Teixeira, 2013), proposta de intervenção (Junqueira, 2004), desenvolvimento de atividades cotidianas, gerenciamento e manutenção do território (Bidarra, 2009).

O município de Alvorada está situado na região metropolitana de Porto Alegre, com população com salário médio mensal de 2,2 salários-mínimos, 12,70% da população ocupada e 31,3% da população com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa (IBGE, 2025). Alvorada está na posição 75 do ranking nacional do número e da taxa de homicídios estimados por 100 mil habitantes por município, no Atlas da Violência (IPEA, 2025).

As políticas sociais, desde a sua concepção, passando pela gestão e pela operacionalização, precisam avançar concretamente na percepção de território para além da delimitação de um determinado espaço e suas estatísticas. Há que reconhecê-lo na sua totalidade, nas suas múltiplas dimensões. A forte motivação para a criação do FIRA foi organizar os fluxos entre as políticas setoriais, considerando a realidade de vulnerabilidade social de sua população e os elevados índices de violência.

Ações coletivas se realizam pelo intercâmbio de categorias profissionais, aspecto que facilita a viabilização do fluxo de informações, juntamente com intervenções sociais passíveis de maior sucesso (Teixeira, 2002). O trabalhador é sujeito de todos esses movimentos e o agente principal para mobilizar essa rede e, ao mesmo tempo, fragmentá-la.

Existem inúmeros obstáculos para manter ativo um fluxo de diálogo entre os profissionais dos diversos setores (Andrade, 2006; Monnerat; Souza, 2009). Atuar intersetorialmente não significa homogeneizar os serviços, mas prestar atendimentos com qualidade e eficiência no que couber a cada setor.

Com base nos princípios da profissão de assistente social, é possível afirmar a importância de uma prática militante em prol dos direitos e do exercício da cidadania, que envolva usuários, familiares e profissionais inseridos nesses espaços.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AS DIMENSÕES DE UM TRABALHO INTERSETORIAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO FÓRUM MUNICIPAL DE ALVORADA

Diante dos desafios postos pelo avanço do Estado neoliberal, as pessoas participantes do Fórum, identificadas como trabalhadoras das políticas sociais, construíram estratégias de resistência às manifestações mais sentidas da contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito municipal. Assim, seguiram ativando seus compromissos de atender às necessidades dos usuários das políticas sociais, que vivem as consequências da redução de direitos historicamente conquistados. Nesse sentido, faz-se necessária a "[...] articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas" (Yazbek, 2014, p. 98).

As participantes do estudo, por meio do grupo focal e da oficina de validação, apresentaram e debateram o espaço intersetorial, afirmando que este propiciou diversos recursos e ferramentas para garantir a participação e a interação entre os trabalhadores e os serviços. O conteúdo produzido e analisado a partir de suas manifestações permitiu identificar categorias empíricas, por apresentarem relevância destacada na realização da experiência do Fórum.

Essas categorias constituem-se como as dimensões que compõem processos que caracterizam uma forma de realização da intersetorialidade. Isso porque a intersetorialidade "supõe também a articulação entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências particulares para enfrentar problemas complexos" (Yazbek, 2014, p. 98).

As dimensões que compõem um trabalho intersetorial, a partir da experiência do FIRA, são: gestão compartilhada; liderança compartilhada; organização do trabalho; itinerância pelo território; formação permanente; e trabalho em rede intersetorial, que, na sequência, serão apresentadas.

A gestão compartilhada proporciona novos arranjos e estruturas organizativas que marcaram fortemente a atuação do Fórum Intersetorial. Também pode ser denominada gestão colegiada (Campos, 2003), operando por meio de rodas de cogestão da educação permanente em saúde. Na perspectiva do Fórum, a categoria gestão compartilhada dialoga com a construção compartilhada, assim como a intersetorialidade se constitui por muitos atores.

Para as participantes: "O Fórum conseguia superar as mudanças políticas partidárias no município, resistindo e superando os obstáculos, fazendo os encontros itinerantes" (P.); "O Fórum carregava essa marca 'gestão compartilhada' que até hoje sinto falta, de trocar e compartilhar" (P.).

A liderança compartilhada é entendida como uma descentralização do poder hierárquico de uma gestão. Isso significa que as decisões, a delegação de tarefas e o desenvolvimento de planos de ação são elaborados por vários líderes, que, neste caso, são os membros da própria equipe (Carvalho; Sobral; Mansur, 2020). Segundo esses autores, poucos estudos exploraram o que promove a emergência da liderança compartilhada ou participativa em organizações públicas e como essas formas plurais de liderança se traduzem em resultados organizacionais.

Na organização do trabalho, as pessoas participantes manifestaram insatisfação no trabalho como motivação para a participação no Fórum. A insatisfação comumente está relacionada a dificuldades na organização do trabalho e na convivência entre colegas, nem sempre explicitadas entre seus pares e gestores. A satisfação tem relação com o significado e o valor atribuído ao trabalho pelo indivíduo, com a capacidade de adaptação ao conteúdo das atividades produtivas, com as relações interpessoais, com a qualidade da tarefa prestada e com o bem-estar (Soratto et al., 2018). Segundo as participantes, realizaram-se "muitos debates no sentido de ajudar a pensar o que cada um poderia estar contribuindo naquele espaço ou política setorial que representava" (P.).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A itinerância é um termo cujo significado está relacionado ao ato de se deslocar constantemente, de percorrer itinerários e a tudo aquilo que pressupõe uma mudança constante de lugar. Ainda, quando um mesmo lugar abrange pessoas de diferentes locais, utiliza-se a designação itinerante para identificar sua natureza.

Desse modo, constituiu-se a trajetória do Fórum, cujos encontros ocorreram alternadamente nos serviços das políticas sociais municipais. O trabalho em rede depende de esforços e concepções que podem servir "[...] como estratégias de um novo modelo de gestão municipal na gestão das políticas sociais" (Junqueira, 2004, p. 22). A categoria da itinerância apresentou-se como mecanismo estruturante e de credibilidade para a validação do Fórum e a participação das representações setoriais, como se constata nas manifestações das participantes:

"A itinerância do Fórum propiciou aos colegas da rede dar visibilidade às realidades dos serviços e territórios, mostrando assim as condições em que cada um de nós atuamos frente a cada espaço que pertencemos" (P.).

"A itinerância como estratégia acabava dando visibilidade aos espaços, instituições e serviços participantes" (P.).

A formação permanente, na perspectiva de P. Freire, é pautada no processo de ação-reflexão-ação, sendo o sujeito capaz de desenvolver uma postura crítica frente à realidade do seu tempo, considerando que ele é um ser histórico-social em constante construção do conhecimento (Freitas; Freitas, 2020). Pode-se relacionar essa dimensão com a educação permanente em saúde, que tem como proposta ser "uma ferramenta de transformação das práticas no trabalho" (Esposti et al., 2020, p. 05).

O trabalho em rede intersetorial foi uma das expressões que se fizeram muito presentes nas manifestações das pessoas participantes da pesquisa, pois "[...] a intervenção em rede e a intersetorialidade vêm despontando como princípios ordenadores das políticas sociais na contemporaneidade" (Pereira; Teixeira, 2013, p. 114). Constatou-se a presença da categoria trabalho como relevante no campo da intersetorialidade e das redes, pois se apresenta como centro da vida cotidiana, dos valores sociais e culturais (Antunes, 2015).

Há um desafio a ser enfrentado pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores das políticas sociais em âmbito municipal, uma vez que o trabalho intersetorial desenvolve diversas ações, envolvendo a força de trabalho e os atores sociais locais, gestores das políticas públicas, instituições e organizações que atuam na garantia de direitos dos indivíduos. A ação intersetorial se efetiva nas ações coletivas, e sua construção se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais, possibilitando a descoberta de caminhos para a ação (Comerlatto *et al*., 2007).

Dessa maneira, a intervenção intersetorial, quando ocorre sob a forma do trabalho em rede, com parcerias propositivas bem articuladas, visando a uma relação de horizontalidade, de responsabilidade e de compromisso entre todas as partes envolvidas nesse processo, apresenta alta probabilidade de obtenção dos resultados desejados: "a intersetorialidade [...] passou por todo o Fórum, acredito que a Assistência e Saúde foram as políticas mais participativas, mas aos poucos foi se inserindo outras políticas e foi bom" (P.).

É possível depreender que a participação intersetorial organizada pelo Fórum possibilitou trocas afetivas, efetivas e outros processos, como pertencimento, reconhecimento, solidariedade e fortalecimento da identidade de classe: "O Fórum propiciava a reunião de várias políticas, de se aproximar, com muitos debates no sentido de ajudar a pensar o que cada um poderia estar contribuindo naquele espaço ou política que representava" (P.).

Bidarra e Cesconeto (2020, p. 15) expressam que as relações presentes em processos intersetoriais contêm uma natureza política e, por isso, produzem resistências entre profissionais e órgãos participantes, "devido a uma lógica de trabalho que é, historicamente, segmentada e individualizada". Assim, o modo como as participantes enfrentaram essa situação consistiu em criar condições para atingir um lugar de consideração e respeito no município, pois "[...] o Fórum representava uma resistência política" (P.).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O coletivo de trabalhadores do Fórum tornou-se tanto instrumento de luta e organização quanto espaço de acolhimento, qualificação, cuidado e reconhecimento do outro como uma rede de apoio: "Sem o Fórum, neste momento, ficamos com espaço vago entre os servidores e serviços no geral, que trabalhava nas suas funções e naquele momento do Fórum ali, eles buscavam psicologicamente uma preparação também" (P.).

A participação política orgânica dos trabalhadores, materializada em um coletivo que atua em defesa ou na luta por reivindicação dos direitos, seja para qualificar o trabalho, seja para fortalecer as redes de apoio, apresenta-se como um fator importante para a superação do isolamento e da invisibilidade no ambiente de trabalho.

A itinerância dos encontros de cada edição do Fórum apresentou um retrato da realidade de cada representação setorial em seu território, propiciando uma ampliação de saberes e conhecimentos para a organização do trabalho em rede. "A territorialidade funciona como estratégia espacial para afetar, influenciar" (Denez, 2018, p. 33).

Destaca-se também a formação no processo de trabalho e nas relações constituídas nesses espaços coletivos, que pode propiciar à trabalhadora e ao trabalhador o apoio entre pares e uma possibilidade de troca e aprendizado a partir de suas experiências, bem como auxiliar as trabalhadoras e os trabalhadores a lidarem com os desafios do cotidiano e a construírem estratégias coletivas. Como uma participante expôs, "a formação permanente, a gestão compartilhada, o vínculo com uma instituição de ensino, a assessoria técnica inicial, a participação de diversas políticas, o reconhecimento do Fórum como um espaço para trabalhar em rede" (P.).

Esse processo descrito ressalta que a gestão do espaço era compartilhada, com todos se responsabilizando pela realização do Fórum. Desse modo, essa realidade atende a um preceito de Junqueira (2004, p. 68), de que as "[...] pessoas devem constituir um grupo capaz de agir coletivamente e, para os representantes e colaboradores das organizações, os objetivos da rede e as regras de convivência necessitam ser significativamente claros". Essas questões aqui expostas sugerem que as pessoas participantes devem reivindicar espaços de participação nos quais possam mostrar a importância do trabalho intersetorial, evitando limitar-se a papéis estáticos.

É possível inferir que a intersetorialidade instituída na construção horizontal e transversal do Fórum perpassou todo o seu percurso de existência, fortalecendo as ações em rede, bem como organizando o fluxo do trabalho e das políticas nesse território. Observou-se, ainda, a aproximação e o estabelecimento de relações de confiança entre esses trabalhadores, confrontando a indiferença gerada pela rigidez da hierarquia e pela pouca visibilidade do processo de trabalho em alguns espaços **institucionais**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema da intersetorialidade é essencial para as trabalhadoras e os trabalhadores das políticas sociais, pois são esses sujeitos que, artesanalmente, tecem a rede, promovendo ou restabelecendo pontos de apoio que auxiliam na garantia de acesso a direitos, com vistas a superar a tradicional prática de ações descontinuadas ou assistencialistas. Para tanto, é preciso arquitetar espaços de diálogo capazes de lidar com os antagonismos existentes entre os setores envolvidos, além de elaborar ações de suporte e de trocas, para executar um trabalho intersetorial eficiente e ético.

Um ponto relevante da pesquisa foi a identificação da atuação em rede como forte ferramenta para suprir uma necessidade de formação ou de reorganização dos serviços. É importante que as instituições que fazem parte da rede de atendimento sigam se percebendo como integrantes de um esforço coletivo e que conheçam as potencialidades e necessidades umas das outras para buscarem, conjuntamente, soluções para questões relacionadas à sua contribuição para a execução das políticas sociais.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Este trabalho procurou contribuir com a construção de conhecimento teórico-crítico e propositivo sobre a intersetorialidade e com a construção dos processos de trabalho em rede nos espaços coletivos dos territórios. Tem-se a expectativa de que esta produção possa inspirar trabalhadoras e trabalhadores de políticas sociais de outros municípios a criarem espaços como o Fórum.

Considera-se que a intersetorialidade ganhou destaque a partir da existência do Fórum de Redes Intersetoriais no município de Alvorada, pois possibilitou uma articulação entre os setores e o desenvolvimento do trabalho conjunto, seja para reorganizar o trabalho e avaliar as políticas públicas e sociais, seja para qualificar o cuidado integral oferecido aos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 99, p. 483-497, 2009.

BIDARRA, Z. S.; CESCONETO, E. A. Articulação extensão e pesquisa para construção da intersetorialidade entre políticas sociais no município de Toledo, Paraná. **Expressa Extensão**, Pelotas, v. 25, n. 1, p. 5-16, jan./abr. 2020.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 92, p. 5-21, nov. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CARVALHO, J.; SOBRAL, F.; MANSUR, J. **Lideranças compartilhadas**. Rio de Janeiro: EBAPE/Fundação Getulio Vargas, 2020.

CASSIN, M. P. S. Dependência e ultraneoliberalismo: as políticas sociais no Brasil a partir de 2016. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 22, n. 43, p. 17-33, jan./jun. 2022.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul./dez. 2007.

COSTA, M. D. H. **Serviço Social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DENEZ, C. C. Território e redes: atores e grupos políticos em Guarapuava/PR. **Revista NEP**, Curitiba, v. 4, n. 2, dez. 2018.

DIAS, M. T. G. Et al. Oficina de validação como técnica de coleta de dados. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD, 7., 2016, Barcelona. **Libro de resúmenes**. Barcelona: [s. n.], 2016. V. 1, p. 182-183.

ESPOSTI, C. D. D. et al. O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 22, n. 1, p. 4-8, jan./mar. 2020.

FILGUEIRAS, V. A.; LIMA, U. M.; SOUZA, I. F. Os impactos jurídicos, econômicos e sociais das reformas trabalhistas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 32, n. 86, p. 231-251, maio/ago. 2019.

FREITAS, L. A. A.; FREITAS, A. L. C. O processo de humanização: os movimentos de ação-reflexão na obra de Paulo Freire. **Revista Didática Sistêmica**, Rio Grande, v. 22, n. 1, p. 18-29, 2020.

IANNI, O. A questão social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, n. 1, p. 2-10, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: Alvorada, Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro: IBGE, [2025]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alvorada/panorama. Acesso em: 16 jul. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência**: retrato dos municípios brasileiros. Brasília, DF: IPEA, 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14031/5/AtlasViolencia2024_Retrato_dos_municipios_brasileros.pdf. Acesso em: 16 jul. 2025.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, DF,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. P. 41-54.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NETTO, J. P. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (org.). **Estado e políticas sociais**. Cascavel: Edunioeste, 2003. P. 11-28.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013.

REDON, S. A.; CAMPOS, E. C. S. Pandemia, crise do capital e o aprofundamento da pobreza da classe trabalhadora. **Temporalis**, Brasília, DF, v. 21, n. 41, p. 256-269, jan./jun. 2021.

SANTOS, G. A. Redes e território: reflexões sobre a migração. In: DIAS, L. C.; SILVEIRA, R. L. (org.). **Redes, sociedade e territórios**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005. P. 51-78.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SORATTO, J. et al. Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte da região Sul do Brasil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-78, 2018.

SPOSATI, A. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2315-2325, 2018.

TEIXEIRA, S. M. F. O desafio da gestão das redes de políticas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: CLAD, 2002. Disponível em: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/CLAD/clad0043204.pdf. Acesso em: 12 jul. 2021.

VASCONCELOS, E. M. A gravidade do neoliberalismo radical pós-2008 e nossas estratégias de resistência. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 47-66, 2020.

YAZBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. P. 77-103.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONTRIBUIÇÕES DA CLASSE HOSPITALAR PARA A SAÚDE EMOCIONAL DOS ESTUDANTES EM INTERNAÇÃO

Adriane Vidal Vaz

RESUMO

Durante a internação, a classe hospitalar oportuniza à criança reafirmar seu protagonismo, promovendo o desenvolvimento infantil por meio de atividades lúdicas e literárias, o que contribui para o enfrentamento da doença e para a construção de habilidades socioemocionais. De forma complementar, a literatura e os jogos são ferramentas amplamente empregadas para apoiar esse processo, criando oportunidades para o diálogo mesmo em momentos de dor e sofrimento emocional. Essas estratégias pedagógicas não apenas promovem a expressão emocional, mas também contribuem para o engajamento e a adaptação dos alunos ao contexto hospitalar. Para compreender melhor a influência desses recursos na aprendizagem, este estudo adota um método qualitativo, de caráter bibliográfico, realizado por meio de análise comparativa entre autores que têm se dedicado ao tema na literatura nacional. Fundamenta-se nas contribuições teóricas de autores como Ricardo Burg Ceccim e Eneida Simões da Fonseca, que abordam aspectos da educação hospitalar, destacando a relação entre o ambiente de ensino e o suporte emocional, em conformidade com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que assegura o direito à educação para crianças impossibilitadas de frequentar a escola devido à internação médica. Os resultados desta pesquisa indicam que as contribuições da classe hospitalar são bastante positivas na vida dos estudantes pacientes, pois os distanciam, ainda que parcialmente, do clima hostil do hospital e os mantêm participativos e conscientes do tratamento necessário nessa fase da vida.

PALAVRAS-CHAVE: classe hospitalar; criança hospitalizada; saúde emocional; educação especial.

ABSTRACT

During hospitalization, hospital classes provide children with opportunities to reaffirm their role as protagonists, promoting child development through playful and literary activities, which contribute to coping with the disease and to the development of socio-emotional skills. Literature and games are also widely used tools to support this process, creating opportunities for dialogue even in moments of pain and emotional distress. These pedagogical strategies not only promote emotional expression but also contribute to student engagement and adaptation to the hospital environment. To better understand the influence of these resources on learning, this study adopts a qualitative, bibliographical method, conducted through a comparative analysis of authors who have dedicated themselves to the topic in the national literature. It is based on theoretical contributions that offer reflections on the rights of students in special contexts, including hospital classrooms, by authors such as Ricardo Burg Ceccim and Eneida Simões da Fonseca. These authors address aspects of hospital education, highlighting the relationship between the teaching environment and emotional support, in accordance with the Law of Guidelines and Bases of National Education, which guarantees the right to education for children unable to attend school due to medical hospitalization. The results of this research indicate that the contributions of hospital classrooms are quite positive in the lives of students and patients, distancing them somewhat from the hostile hospital environment and keeping them engaged and aware of the treatment necessary at this stage of life.

KEYWORDS: hospital classroom; hospitalized child; emotional health; special education.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INTRODUÇÃO

A classe hospitalar (CH) é uma política pública destinada à garantia do direito à educação aos alunos hospitalizados, impedidos de frequentar presencialmente uma unidade escolar. No município do Rio de Janeiro, funciona por meio de convênio entre o hospital e a Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (SME-RJ), vinculada a uma escola municipal e acompanhada pelo Instituto Municipal Helena Antipoff.

Os atendimentos nesses contextos são de responsabilidade do poder público e contemplam tanto alunos regularmente matriculados quanto aqueles que, por diferentes causas, ainda não estão vinculados à rede formal de ensino, abrangendo todas as etapas da educação básica. Nesse sentido, para a garantia do direito à educação, as práticas pedagógicas precisam ser adaptadas, considerando as condições biopsicossociais dos estudantes, a fim de favorecer sua reintegração à escola de origem e a continuidade do processo educativo (Brasil, 2002). Conforme dispõem os atos normativos a seguir:

Denomina-se Classe Hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental. (MEC e SEESP, 2002).

O atendimento educacional durante o período de internação ao aluno da educação básica é assegurado de acordo com o art. 4º-A da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), por meio da Lei n. 13.716, de 24 de setembro de 2018 (Brasil, 2018).

De acordo com Barros et al. (2011), a enfermidade afasta adolescentes e crianças da organização escolar, impedindo-os da convivência com amigos e familiares, o que os sujeita à defasagem em seu desenvolvimento. É importante que essas perdas sejam reduzidas, mediante a disponibilização de espaços e momentos de ensino-aprendizagem. Conforme a Política Nacional de Educação Especial, a CH é definida como:

ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de Educação Especial e que estejam em tratamento hospitalar. (...) as classes hospitalares devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem de alunos matriculados em escola da Educação Básica, contribuindo para o retorno e reintegração ao grupo escolar, desenvolvendo um currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando o posterior acesso à escola regular (Brasil, 2001, p. 4).

Segundo Rolim e Goes (2009), a primeira classe para atendimento hospitalar foi criada no Brasil em 1950, no Hospital Menino Jesus, no Rio de Janeiro, e encontra-se em funcionamento até os dias de hoje. Os autores salientam que a escolarização diminui a desigualdade de aprendizagem por meio da atuação de professores em hospitais, de modo similar à escola regular, respeitando a importância e a necessidade do direito de todos à educação.

Por meio da educação hospitalar, conforme Oliveira, Filho e Gonçalves (2008), ocorre maior possibilidade de desenvolvimento emocional e cognitivo para a criança hospitalizada, podendo ser aplicada uma prática que tende a alterar condições e condutas junto às competências e disponibilidades de cada paciente. De acordo com os autores, a CH foi criada com a finalidade de:

(…) impedir a interrupção do processo de aprendizagem da criança, para que futuramente esta possa ser reintegrada à sala de aula; contribuir para a educação da criança e lhe atribuir responsabilidades educacionais e conscientizar o paciente e a família quanto à necessidade dos estudos após hospitalização nos casos possíveis. (Oliveira, Filho e Gonçalves, 2008, p. 3).

Todo o atendimento da CH deve ser flexível, como afirma Calegari-Falco (2007), respeitando a condição e a possibilidade do paciente. Devem ser considerados o tempo de internação, o estado emocional,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

o estado patológico e a capacidade de mobilidade. O atendimento também deve colaborar para que o aluno se mantenha integrado ao mundo fora do hospital, podendo participar e aprender, usufruindo de seu direito básico ao desenvolvimento pleno, considerando suas limitações, mas valorizando seu potencial.

A classe hospitalar propõe uma prática pedagógica distinta daquela realizada na escola. De acordo com Taam (1997), é preciso atentar para o tempo de internação, as condições e o espaço no qual a criança está inserida. Para isso, os profissionais da educação envolvidos nesse ambiente, assim como os profissionais que se dedicam ao bem-estar do paciente, precisam ter como meta principal o restabelecimento da saúde do aluno paciente.

Com o propósito de garantir atenção integral às crianças em tratamento, foram elaborados os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (Brasil, 1995), a fim de assegurar benefícios, já que a criança hospitalizada permanece em desenvolvimento psicossocial, cognitivo e afetivo. O Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), surgiu a partir da busca por estratégias que viabilizassem a melhoria das relações humanas, tanto entre o profissional de saúde e as pessoas que utilizam o sistema quanto entre os próprios profissionais e entre o hospital e os pacientes, visando ao melhor funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses documentos referem-se a um conjunto de garantias que visam assegurar o bem-estar físico, psicológico e social de crianças e adolescentes durante o período de internação hospitalar, bem como promover um atendimento mais acolhedor e eficiente. Para Calegari (2003), os documentos reproduzem uma forma de respeito ao outro, tratando-o como ser autônomo e digno. Gonçalves e Vale (1999) discorrem sobre a relevância de as crianças internadas estarem envolvidas em atividades semelhantes às das demais crianças de sua idade. Entende-se que, ao frequentar a classe hospitalar e realizar as atividades pedagógicas propostas, as possibilidades de reduzir prejuízos causados por uma internação na infância são bastante significativas, já que o atendimento prestado em uma CH contribui para o enfrentamento do estresse da hospitalização.

Barros (2007) afirma que essa contribuição ocorre devido ao significativo valor da escola na formação das experiências da criança, que podem ser resgatadas apesar da condição de hospitalização, reequilibrando, assim, o desenvolvimento psíquico. Segundo Ceccim (1999) e Oliveira (2008), dispor do atendimento em classes hospitalares é de extrema importância, independentemente do período de permanência na instituição, pois a criança tem necessidades educativas e direito à cidadania, no qual se inclui a escolarização. Ao frequentar a CH, a criança percebe que continua aprendendo e permanece inserida em algo importante para seu crescimento e desenvolvimento, o que também contribui para a reintegração em sua escola de origem após receber alta.

Para Barros (2007), a CH representa, ainda, um espaço para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, com pacientes e acompanhantes, tendo em vista que compreender a doença é elemento motivador para que sejam realizados procedimentos e atitudes que promovam a saúde.

OBJETIVOS

O objetivo do artigo é analisar as contribuições da classe hospitalar para a saúde emocional dos pacientes e alunos em internação, considerando de que modo os fatores emocionais podem impactar seu desenvolvimento educacional. Busca, ainda, discutir os direitos desses estudantes no contexto da legislação vigente e as possibilidades para aprimorar as práticas pedagógicas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

METODOLOGIA

O estudo foi construído por meio de uma revisão e análise ampla da literatura, tendo como propósito inicial obter um entendimento abrangente sobre as contribuições da classe hospitalar para a saúde emocional de estudantes em internação. As informações foram coletadas em plataformas digitais, como Google Acadêmico, SciELO e Biblioteca Virtual, em artigos, teses, dissertações e livros digitais. Foram utilizados como descritores os termos: classe hospitalar, criança hospitalizada, saúde emocional e educação especial, buscando publicações dos últimos dez anos.

A princípio, foi realizada uma leitura exploratória, com a intenção de verificar se o material se referia à temática da classe hospitalar. Após a leitura inicial, foram selecionados apenas os trabalhos com expressões relacionadas aos objetivos deste estudo, envolvendo CH, saúde emocional e criança hospitalizada, excluindo-se os artigos que não exploravam os aspectos físicos, cognitivos e emocionais da criança. Dessa forma, foram separados materiais que tratassem de saúde emocional e educação em língua portuguesa, provenientes de fontes confiáveis. A partir desse recorte, foram escolhidos artigos que se referiam expressamente à temática da criança hospitalizada em relação à CH, embora os estudos selecionados inicialmente fossem bastante úteis para a compreensão do tema geral.

Assim, a metodologia adotada fundamenta-se em uma articulação entre teoria e prática, apoiada em autores que discutem a aprendizagem em contextos hospitalares e respaldada pela legislação vigente, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que garante o direito à educação aos alunos em situação de internação médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frequentemente, ao serem internadas, crianças e adolescentes apresentam ansiedade, medo e muitas dúvidas, o que pode agravar o quadro clínico. Calegari-Falco (2007) afirma que, quando o aluno paciente consegue compreender sua situação e perceber que é possível realizar diversas atividades com as quais estava acostumado, isso pode trazer benefícios para seu tratamento e, consequentemente, melhorias para sua saúde.

A internação é uma situação que abala tanto a criança quanto a família. Ficar hospitalizado, principalmente por um período longo, pode prejudicar o crescimento emocional e social da criança. Isso acontece porque ela acaba afastada das experiências reais do dia a dia, fundamentais para seu desenvolvimento, deixa de participar do ambiente social, familiar e cultural em que costuma estar, e esses ambientes são importantes para sua aprendizagem e crescimento.

Segundo Baldini e Krebs (1999), alguns sintomas podem aparecer durante a internação de uma criança, como mal-estar, dores, irritabilidade, estresse, alterações do apetite e do sono. Também podem surgir ansiedade, passividade, desesperança, insegurança, negação, fobia, reações histéricas e alucinações acerca das funções corporais. Diante disso, brincar, desenhar, jogar e aprender são estratégias importantes para a percepção do estado emocional da criança.

De acordo com Ortiz e Freitas (2005), ser hospitalizado é uma experiência que pode desorganizar a pessoa, fazendo com que ela se sinta constantemente ameaçada. Em consequência da hospitalização, podem surgir sintomas psicológicos, como depressão e descontrole emocional, que atingem as diferentes etapas do desenvolvimento da criança. Sintomas como febre, dor, fadiga e angústia podem ser causados pela doença ou pela ideia que a criança faz dela.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Diante desse contexto, o olhar dirigido ao educando hospitalizado precisa ser integral, considerando não apenas as condições clínicas e físicas, mas também os aspectos emocionais e psicológicos que envolvem sua experiência de internação, pois a aprendizagem está intimamente relacionada ao estado emocional do aluno paciente, podendo interferir no desenvolvimento cognitivo e na capacidade de concentração.

Garantir o direito à educação dentro do ambiente hospitalar vai além de ofertar conteúdos escolares: exige a construção de um espaço acolhedor, capaz de promover segurança emocional e bem-estar. O enfoque nas emoções torna-se essencial para que o aluno consiga se envolver nas atividades propostas, ressignificar sua vivência no hospital e, assim, manter sua trajetória de desenvolvimento acadêmico e pessoal, mesmo diante das adversidades impostas pela situação de saúde.

O acompanhamento pedagógico em ambiente hospitalar, geralmente, acontece em uma sala de aula especialmente adaptada, onde o ensino é ofertado de forma multisseriada, reunindo, no mesmo espaço, estudantes de diferentes séries, anos escolares ou ciclos de aprendizagem. Conforme a condição clínica do educando, as atividades pedagógicas podem ser realizadas de maneira individualizada em outros locais do hospital, como os leitos ou a sala de hemodiálise. Vale ressaltar que o atendimento ao aluno em situação de hospitalização não se restringe aos aspectos físicos e biológicos, uma vez que diversos fatores impactam o estado psicológico do educando, que, ao ser internado, enfrenta o afastamento de seu convívio social.

O distanciamento do ambiente familiar, dos amigos e da escola, somado à condição delicada de saúde, pode gerar nos estudantes hospitalizados sensação de isolamento e sofrimento emocional. Diante desse contexto, é fundamental que o professor da classe hospitalar considere esses aspectos, compreendendo que está lidando com um aluno em uma condição diferenciada daquela vivenciada em uma sala de aula convencional da educação regular. Tal realidade exige um planejamento pedagógico cuidadoso e sensível às necessidades específicas desses educandos.

Segundo Fonseca (1999), não é possível simplesmente replicar o modelo de ensino da escola regular dentro da classe hospitalar. As condições psicossociais e físicas dos estudantes hospitalizados, assim como as particularidades e limitações do ambiente hospitalar, devem ser cuidadosamente consideradas. O trabalho pedagógico voltado a educandos em situação especial ocorre em um contexto totalmente distinto daquele de uma sala de aula tradicional. As atividades propostas têm como objetivo proporcionar aos alunos momentos de prazer, bem-estar e conexão com aspectos de sua vida cotidiana, minimizando os efeitos do isolamento imposto pela hospitalização (Teixeira et al., 2017).

As atividades lúdicas são recursos importantes para o professor que atua na classe hospitalar, auxiliando na condução das aulas de forma mais leve e atrativa. Segundo Teixeira et al. (2017), o lúdico é reconhecido como uma estratégia pedagógica adequada e amplamente recomendada para esse contexto educacional. Matos (2014), por sua vez, reflete sobre a necessidade de um planejamento cuidadoso, que considere o ambiente hospitalar e as condições de saúde dos educandos, que nem sempre permitem a realização de atividades dessa natureza.

As atividades práticas na classe hospitalar desempenham um papel essencial no processo de ensino-aprendizagem, pois permitem ao aluno paciente vivenciar experiências significativas que estimulam tanto o desenvolvimento cognitivo quanto o emocional. Essas atividades podem incluir jogos educativos, atividades artísticas, experimentos simples de ciências, produção de textos e manipulação de materiais concretos, sempre adaptadas às condições clínicas e emocionais de cada educando. Por meio dessas ações, o professor busca criar um ambiente de aprendizagem dinâmico e motivador, capaz de despertar o interesse, favorecer a participação e promover a continuidade do desenvolvimento escolar, mesmo em meio às limitações impostas pela hospitalização.

De acordo com Matos e Ferreira (2013), o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar vai além de uma atividade educacional, podendo ser considerado parte integrante do processo terapêutico. Os autores

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

destacam que, ao receber acompanhamento educacional especializado, a criança se recupera mais facilmente, uma vez que ocupa seu tempo com atividades de leitura, jogos e dinâmicas lúdicas, o que contribui para que, ainda que temporariamente, ela se distraia e se afaste dos pensamentos relacionados à sua condição de saúde. Sentir-se segura no ambiente hospitalar é fundamental para o bem-estar da criança, e a atuação do profissional da educação, ao promover atividades que suavizem o clima de dor e tristeza, permite que a atenção da criança seja direcionada para experiências mais leves e positivas, diminuindo, assim, o foco na dor e no medo.

Na busca por promover melhores resultados durante o período de hospitalização ou no acompanhamento educacional domiciliar, torna-se evidente a preocupação com o bem-estar psicossocial e o desenvolvimento cognitivo do aluno. A intenção é criar um ambiente de aprendizagem que também inspire esperança ao estudante em tratamento. Destaca-se, nesse contexto, a importância do envolvimento efetivo e da integração do professor com toda a equipe de profissionais da saúde, com os responsáveis legais e com a escola de origem do educando, visando à construção de uma intervenção pedagógica colaborativa, humanizada e de qualidade.

Os resultados desta pesquisa indicam que a atuação integrada do professor da CH com a equipe de saúde promove benefícios significativos para o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças e adolescentes internados. O apoio psicológico revelou-se um recurso imprescindível para o enfrentamento das angústias, dos medos e das incertezas geradas pela hospitalização, proporcionando aos alunos um espaço de escuta, acolhimento e ressignificação de suas experiências de adoecimento.

O suporte emocional oferecido no ambiente escolar hospitalar não apenas colabora com o processo de aprendizagem, mas também exerce influência positiva durante o período de recuperação clínica, uma vez que emoções equilibradas favorecem maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida durante o período de internação.

Dessa forma, o estudo evidencia que a classe hospitalar, quando integrada a práticas pedagógicas humanizadas e ao suporte psicológico qualificado, torna-se um espaço de resistência, de continuidade do desenvolvimento humano e de promoção da esperança, reafirmando o direito à educação e à dignidade mesmo em situações de extrema vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs refletir sobre as contribuições da classe hospitalar para a saúde emocional dos pacientes e alunos em internação, considerando de que modo os fatores emocionais podem impactar seu desenvolvimento educacional. Demonstrou-se a importância dos espaços escolares e hospitalares no desenvolvimento de crianças em tratamento de saúde, evidenciando o impacto das emoções na aprendizagem e a relevância do apoio dos profissionais da saúde e da educação no contexto da classe hospitalar.

A pesquisa possibilitou compreender que o atendimento educacional em ambiente hospitalar é fundamental para garantir não apenas a continuidade da escolarização, mas também o acolhimento emocional e o fortalecimento da identidade do aluno paciente. Observou-se que crianças e adolescentes submetidos a internações prolongadas enfrentam restrições físicas e sociais significativas, o que compromete diretamente suas possibilidades de acesso à educação formal em uma etapa crucial do desenvolvimento humano. Entretanto, a legislação brasileira assegura o direito à educação para todos, inclusive para aqueles em tratamento hospitalar.

A integração entre os sistemas de saúde e educação, promovendo a articulação entre escola e hospital, revela-se uma estratégia eficaz para o enfrentamento de processos de exclusão. A presença de práticas pedagógicas humanizadas, em conjunto com o suporte psicológico, mostrou-se eficaz tanto para minimizar os impactos emocionais do adoecimento quanto para potencializar a aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos hospitalizados. Entre leitos e mesas em sala de aula, constrói-se um espaço educativo que respeita

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

as particularidades clínicas dos estudantes, preservando seus direitos fundamentais, como o acesso ao conhecimento, à dignidade e à construção da identidade estudantil.

Garantir o acesso à educação para crianças em condição de saúde comprometida é uma exigência ética e social. Negar esse direito significa perpetuar a exclusão educacional e acentuar experiências de fracasso escolar. O atendimento por meio de classes hospitalares reconhece e valoriza as potencialidades dos estudantes, impulsionando não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também o fortalecimento emocional e social.

A pesquisa demonstrou que a prática pedagógica no hospital, embora repleta de desafios, requer escuta sensível, flexibilidade e atenção às necessidades emocionais e educacionais dos alunos pacientes. Consiste em uma ação que vai além da transmissão de conteúdos: constitui um espaço de acolhimento, ressignificação e reconstrução de sentidos.

Apesar dos limites da presente pesquisa, é possível afirmar que o modelo de atendimento em classe hospitalar é eficaz, relevante e necessário, tanto para a continuidade do aprendizado quanto para o fortalecimento emocional das crianças e de seus acompanhantes.

Espera-se que este trabalho contribua para a ampliação das reflexões e práticas voltadas à humanização dos processos formativos em contextos hospitalares, fortalecendo a interdisciplinaridade entre educação e saúde e promovendo uma abordagem inclusiva e sensível à essência humana.

Por fim, conclui-se que investir na articulação entre saúde e educação é essencial para promover o desenvolvimento integral de crianças em situação de vulnerabilidade. O suporte emocional nas classes hospitalares, além de constituir um ato de acolhimento, atenção e cuidado com o bem-estar emocional dos alunos, é também um agente ativo na promoção da aprendizagem, no enfrentamento do adoecimento e na construção de novas possibilidades para o futuro.

REFERÊNCIAS

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. A criança hospitalizada. **Pediatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 182-190, 1999.

BARROS, A. S. S. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 27, n. 73, p. 257-278, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995**. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 16319-16320, 17 out. 1995. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/6035/1/41.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF: CNE/CEB, 2001. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/resolucao2.pdf. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.716, de 24 de setembro de 2018**. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília, DF: MEC; SEESP, 2002. 35 p. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

CALEGARI, A. M. **As inter-relações entre educação e saúde: implicações no trabalho pedagógico no contexto hospitalar**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/resumos/resumos/2003-04.prn.pdf. Acesso em: 09 ago. 2025.

CALEGARI-FALCO, A. M. Classe hospitalar: a criança no centro do processo educativo. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 7., 2007, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUCPR, 2007. P. 4282-4291. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-543-12.pdf. Acesso em: 08 ago. 2025.

CECCIM, R. B. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pedagógica Pátio**, Porto Alegre, n. 10, p. 41-44, ago./out. 1999.

FONSECA, E. S. da. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, 1999.

GONÇALVES, C. F.; VALLE, E. R. M. do. O significado do abandono escolar para a criança com câncer. In: VALLE, E. R. M. do (org.). **Psico-oncologia**: vivências de crianças com câncer. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. P. 123-144.

MATOS, E.; FERREIRA, J. (org.). **Formação pedagógica para o atendimento ao escolar em tratamento de saúde**: redes de possibilidades online. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MATOS, E. L. M. **Escolarização hospitalar**: educação e saúde de mãos dadas para humanizar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

OLIVEIRA, L. M. de; FILHO, V. C. de S.; GONÇALVES, A. G. Classe hospitalar e a prática da pedagogia. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia**, São Paulo, ano 6, n. 11, jan. 2008.

ORTIZ, L. C. M.; FREITAS, S. N. **Classe hospitalar**: caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria: Editora UFSM, 2005.

TAAM, R. Educação em enfermarias pediátricas. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 133, p. 74-75, 1997.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: TRABALHADORES DO SUS COMO AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

Maryana Alves Pedroza

RESUMO

Este trabalho relata a experiência da autora na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (4ª CNGTES), realizada em dezembro de 2024, em Brasília (DF). Com o tema "Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento", o evento reuniu cerca de 3.000 participantes e destacou a importância da participação social para a valorização do SUS e de seus trabalhadores. A conferência constituiu um espaço de escuta ativa e de construção coletiva de propostas para o fortalecimento do SUS, promovendo debates relevantes sobre a precarização do trabalho na saúde e a urgência de políticas salariais justas. Também ressaltou a educação permanente como ferramenta essencial para a transformação social, bem como a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como estratégias de cuidado centrado no sujeito e de aprendizado do autocuidado. Entre as pautas de maior destaque, esteve o debate sobre gênero e sobre as condições de trabalho das mulheres no SUS. A 4ª CNGTES reafirmou o papel fundamental da sociedade civil e dos trabalhadores como protagonistas na efetivação do direito à saúde, consolidando-se como marco na reconstrução democrática e na defesa de um SUS mais justo, sustentável e voltado ao cuidado de quem cuida.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Gestão do Trabalho; Educação Permanente; Trabalhadores da Saúde; Conferências Nacionais.

ABSTRACT

This paper reports the author's experience at the 4th National Conference on Health Workforce Management and Education (4th CNGTES), held in December 2024 in Brasília (DF). Under the theme "Democracy, Work and Health Education for Development," the event brought together approximately 3,000 participants and highlighted the importance of social participation in valuing the SUS and its workers. The conference served as a space for active listening and collective proposal-building to strengthen the SUS, fostering significant debates on the precariousness of health work and the urgent need for fair wage policies. It also emphasized permanent education as an essential tool for social transformation, as well as the inclusion of Integrative and Complementary Health Practices (ICHP) as strategies focused on person-centered care and self-care learning. Among the most prominent topics was the discussion on gender and the working conditions of women within the SUS. The 4th CNGTES reaffirmed the fundamental role of civil society and workers as protagonists in the realization of the right to health, establishing itself as a milestone in democratic reconstruction and the defense of a more just and sustainable SUS centered on caring for those who provide care.

KEYWORDS: Unified Health System; Work Management; Permanent Education; Health Workers; National Conferences.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INTRODUÇÃO

A 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (4ª CNGTES), realizada entre 10 e 13 de dezembro de 2024, teve como tema "Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer" (Conselho Nacional de Saúde, 2025). O evento ocorreu no Centro Internacional de Convenções do Brasil (CICB), em Brasília (DF), e reuniu cerca de 3.000 participantes comprometidos com a construção coletiva de uma política pública de valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011; Brasil, 1988).

A conferência destacou-se como espaço de escuta ativa e troca de experiências entre usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores, reafirmando a importância da gestão do trabalho e da educação na saúde como pilares estruturantes do SUS (Brasil, 2004; Lemos et al., 2023). Essa valorização está diretamente relacionada à qualidade da atenção primária à saúde (APS), reconhecida por reduzir internações por condições sensíveis à atenção básica e otimizar o uso de recursos hospitalares (Brasil; Costa, 2016). O encontro, resultado de etapas preparatórias realizadas em conferências livres, municipais e estaduais, permitiu consolidar propostas que refletem a diversidade regional e a pluralidade de realidades existentes no país (Conselho Nacional de Saúde, 2025; Lemos et al., 2023).

A 4ª CNGTES também se insere em um contexto histórico de reconstrução democrática, após um período de enfraquecimento das instâncias participativas e de desafios impostos pela pandemia de covid-19 (Opas, 2021), que evidenciou a fragilidade das condições de trabalho no setor da saúde e a necessidade urgente de investimentos em proteção e valorização dos profissionais (Paim et al., 2011). Nesse cenário, o evento reafirmou o papel central dos trabalhadores do SUS como agentes de transformação social e como pilares da efetivação do direito constitucional à saúde (Brasil, 1988; Paim et al., 2011).

A conferência também abrigou atividades culturais, rodas de diálogo e espaços de integração com práticas integrativas e complementares em saúde (Brasil, 2015; World Health Organization, 2019), fortalecendo a dimensão humana e coletiva do cuidado (Freire, 1996). Essas experiências reforçaram a noção de que a construção de políticas públicas sólidas passa pela valorização das diferentes formas de saber e pela articulação entre ciência, gestão e participação social (Brasil, 2004; Freire, 1996; Paim et al., 2011).

Este artigo apresenta reflexões derivadas da participação da autora como pesquisadora no evento, analisando as contribuições da conferência para o fortalecimento do SUS, bem como os desafios e as perspectivas para o futuro da gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil.

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo relatar e refletir sobre as experiências vivenciadas na 4ª CNGTES, abordando os principais temas discutidos: participação social, gestão do trabalho no SUS, educação permanente em saúde, perfil dos trabalhadores do SUS e perspectivas para a promoção da saúde e da democracia.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como relato de experiência, com abordagem qualitativa, fruto da participação direta da autora na 4ª CNGTES como pesquisadora e trabalhadora da saúde. A metodologia adotada valoriza a subjetividade, a vivência e a escuta ativa como fontes legítimas de produção de conhecimento, alinhando-se à perspectiva da pesquisa participante e da cartografia social.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

As observações foram sistematizadas em diários de campo, registros audiovisuais e notas reflexivas, elaborados durante e após as atividades da conferência. A coleta de dados incluiu:

- Participação em grupos de trabalho temáticos e plenárias deliberativas;
- Vivência em rodas de conversa e oficinas de práticas integrativas;
- Interações informais com participantes de diferentes regiões e perfis profissionais;
- Análise de documentos oficiais distribuídos no evento (relatórios, cartilhas, materiais de apoio).

A análise dos dados seguiu abordagem hermenêutica, buscando compreender os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências. Os discursos foram interpretados à luz de referenciais teóricos como Freire (1996), Minayo (2006), Paim et al. (2011) e documentos institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Optou-se por uma escrita que articula vivência e teoria, respeitando o caráter subjetivo e político do relato de experiência. Essa escolha metodológica reconhece que o conhecimento sobre o SUS não se constrói apenas em laboratórios ou gabinetes, mas também nos encontros, nas práticas e nas trocas entre sujeitos que o fazem acontecer, sobretudo a sociedade civil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (4ª CNGTES), realizada entre 10 e 13 de dezembro de 2024, observou-se forte engajamento da sociedade civil e dos trabalhadores em torno da reconstrução de uma política de trabalho mais digna e justa. O evento reuniu cerca de 10 mil participantes, entre delegados, observadores, convidados e representantes de movimentos sociais, sindicatos e instituições de ensino (Conselho Nacional de Saúde, 2025).

A conferência foi marcada por intensos debates que apontaram para a necessidade de valorização e cuidado com os profissionais de saúde, especialmente diante dos impactos da pandemia e da precarização das condições laborais (Opas, 2021). Foram sistematizadas 85 diretrizes e 293 propostas, organizadas por eixo temático, com destaque para: 1) criação de políticas salariais mais equitativas; 2) melhoria das condições de trabalho; 3) ampliação da formação continuada; 4) maior participação dos trabalhadores nos processos decisórios; e 5) fortalecimento das instâncias de negociação coletiva (Lemos et al., 2023).

Para a construção do relatório final, utilizaram-se as 26 conferências estaduais e a conferência do Distrito Federal (mobilização ascendente), 48 conferências livres nacionais (mobilização horizontal) e a participação ativa de mais de 3.500 delegados eleitos nas etapas estaduais. Segundo dados apresentados durante a conferência, o SUS conta com mais de 3,5 milhões de trabalhadores. Destes, 75% são mulheres, muitas delas submetidas a duplas ou triplas jornadas (Brasil, 2004). A categoria mais numerosa é a de técnicos em enfermagem, com mais de 769 mil profissionais, e a faixa etária predominante é entre 40 e 44 anos, com cerca de 47% dos trabalhadores possuindo curso superior (Brasil, 2011).

Diante desse quadro, justifica-se que a gestão do trabalho tenha sido tematizada como campo estratégico para garantir a efetividade do SUS, destacando-se a necessidade de reconhecer os trabalhadores como protagonistas das transformações. Essa perspectiva está em consonância com O'Dwyer (2004), ao afirmar que os profissionais devem ser incorporados como sujeitos e criadores de mudanças (Lemos et al., 2023). Essa valorização também foi associada à necessidade de medidas de proteção à saúde mental e física dos profissionais.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi discutida como ferramenta de qualificação dos serviços e de fortalecimento do SUS (Brasil, 2003). Sob a ótica freireana, a educação foi tratada como prática de liberdade e forma de transformação social (Freire, 1996). Foram sugeridos mecanismos para

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

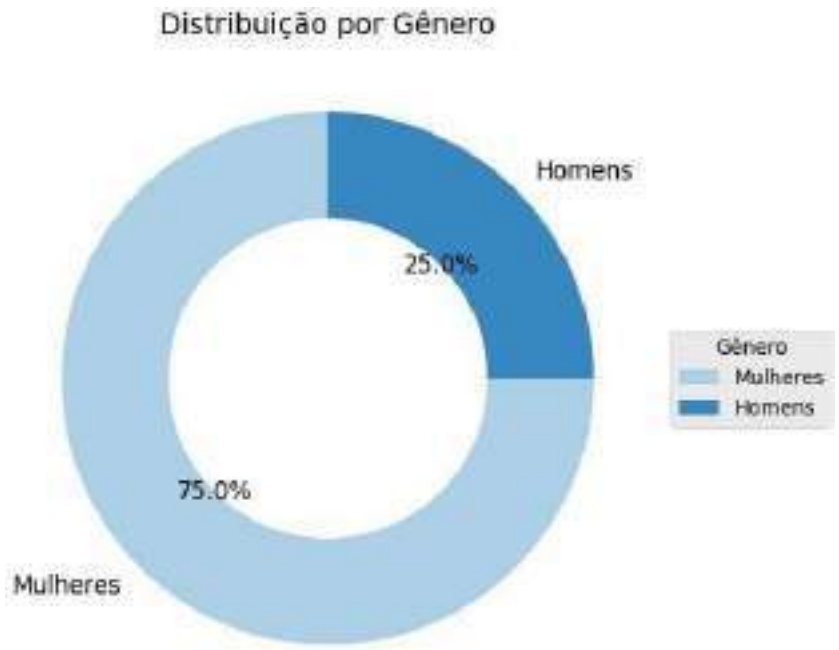
tornar a PNEPS mais inclusiva e descentralizada, como: a) uso de tecnologias digitais; b) incentivo à educação interprofissional; e c) integração entre saberes técnicos e populares.

Outro tema bastante discutido relacionou-se às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), amplamente divulgadas e experimentadas pelos participantes da conferência, destacando-se a importância do cuidado centrado no sujeito, da escuta ativa e do acolhimento. A experiência com essas práticas evidenciou o papel da prevenção e da promoção da saúde como estratégias para a sustentabilidade do sistema, com impactos positivos na qualidade de vida e na redução de custos assistenciais (Brasil, 2015; World Health Organization, 2019).

A discussão de gênero também se fez presente na reflexão sobre "quem cuida de quem cuida" e sobre a necessidade de condições adequadas para que as mulheres possam exercer plenamente suas funções sem prejuízo à saúde. Foram propostas ações específicas voltadas para: a) equidade de gênero; b) combate à desigualdade salarial; e c) políticas interseccionais de valorização (Brasil, 1988; Brasil; Costa, 2016).

A 4ª CNGTES reafirmou que a sustentabilidade do SUS depende diretamente da compreensão da sociedade e de suas particularidades, bem como da valorização de seus trabalhadores. As propostas aprovadas apontam para políticas estruturantes que articulam dignidade laboral, qualificação contínua e participação democrática. O desafio que se impõe é fazer com que o consenso construído coletivamente se traduza em ações concretas, capazes de melhorar as condições de trabalho e fortalecer a saúde pública no Brasil (Paim et al., 2011).

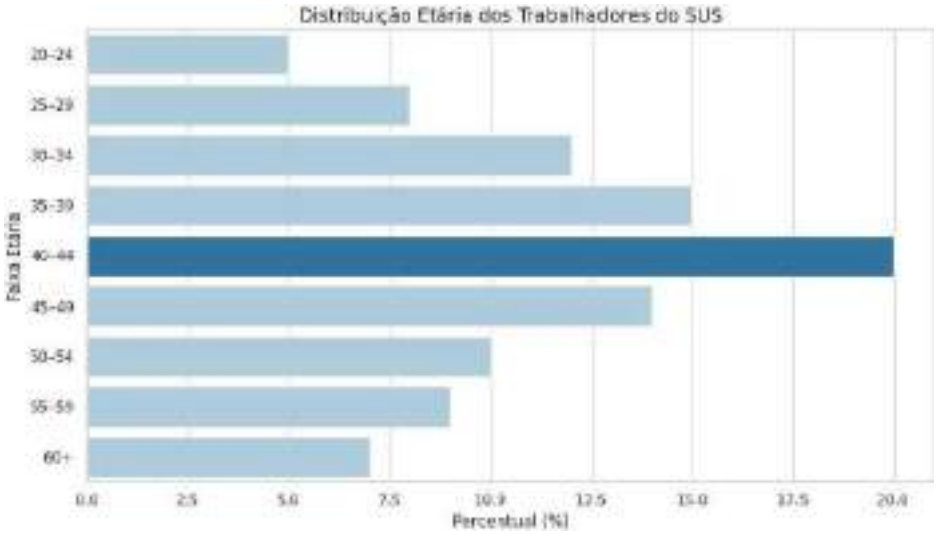
Figura 1. Distribuição por gênero dos participantes da 4ª CNGTES, 2024.



Fonte: Relatório final da 4ª CNGTES, 2024.

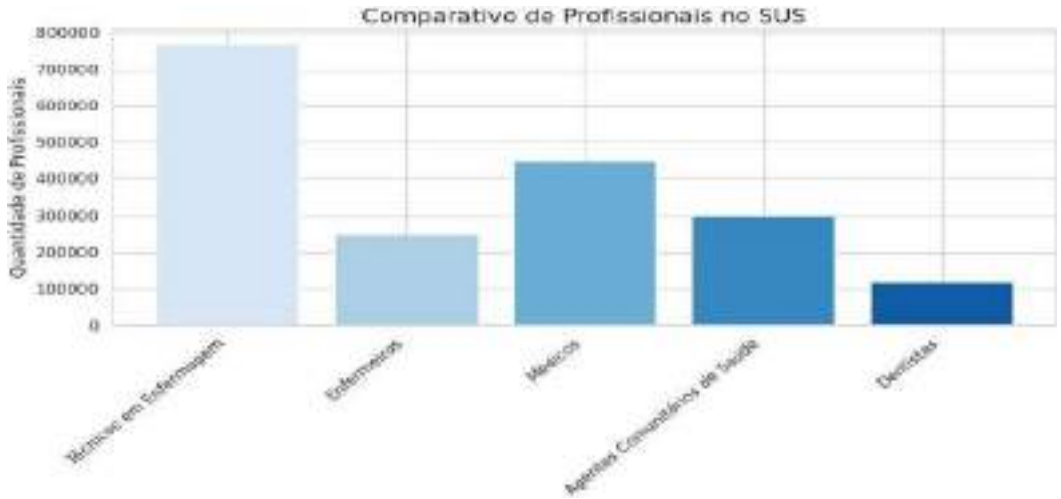
Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Figura 2. Distribuição etária dos participantes trabalhadores do SUS na 4ª CNGTES, 2024.



Fonte: relatório final da 4ª CNGTES, 2024.

Figura 3. Comparativo de profissionais no SUS, 2024.



Fonte: Relatório final da 4ª CNGTES, 2024.

Figura 4. Diagrama de integração de políticas da 4ª CNGTES, 2024.

Fonte: Elaboração própria a partir das discussões da 4ª CNGTES, 2024.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A 4ª CNGTES mostrou-se espaço privilegiado de reconstrução democrática, formação cidadã e fortalecimento das bases do SUS. As discussões revelaram a necessidade urgente de investimento na gestão do trabalho e na educação permanente como condições para um sistema público mais equânime, universal e integral.

Fortalecer o SUS passa necessariamente por cuidar de quem cuida e por ouvir ativa e atentamente quem é cuidado. Essa tarefa exige comprometimento de gestores, trabalhadores e usuários, promovendo condições dignas de trabalho, escuta ativa, formação continuada e respeito às singularidades dos sujeitos. A conferência deixou claro que o fortalecimento do sistema depende de um pacto social que envolva financiamento adequado, valorização profissional e participação popular efetiva.

Participar da conferência foi experienciar, na prática, o SUS em movimento, em construção coletiva e em defesa de seus princípios fundamentais. A defesa do SUS é a defesa da vida, da dignidade e da democracia. Nesse sentido, a 4ª CNGTES não foi apenas um evento de debates, mas um marco na retomada da participação social e na reafirmação de que é possível avançar na construção de um sistema de saúde mais justo e sustentável.

Como desdobramento, espera-se que as deliberações aprovadas se traduzam em políticas públicas concretas, capazes de promover mudanças estruturais e garantir que o SUS continue sendo referência mundial em universalidade e integralidade. Esse processo requer vigilância constante e articulação entre diferentes setores, reforçando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e que cuidar de quem cuida é passo essencial para a consolidação desse direito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, n. 4).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 1).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina: estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF: CNS, 2025.

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

LEMOS, M. et al. A gestão do trabalho e da educação na saúde em âmbito municipal: esperançando um SUS melhor. **Revista Sergipana de Saúde Pública**, Aracaju, v. 2, n. 1, p. 77-83, jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Covid-19 no Brasil**: relatório de situação. Brasília, DF: OPAS; OMS, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19. cessoe m: 11 ago. 2025.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva: WHO, 2019.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

APLICAÇÃO DA GESTÃO DE REQUISITOS NO SETOR DA SAÚDE

Brenda de Carvalho Ferreira
Carlos Aderbal Pereira Soares
Joseph Hakkinen Alves Santos
Juliana Giazzon Cavalli

RESUMO

O estudo aborda a aplicação da gestão de requisitos em hospitais diante de eventos climáticos extremos, com foco nas inundações de maio de 2024 no Rio Grande do Sul, que afetaram 471 municípios. Diante da sobrecarga e das limitações de recursos, a pesquisa destaca a importância de garantir a continuidade dos serviços essenciais por meio de planejamento e adaptação. A metodologia combinou uma revisão bibliográfica com entrevistas semiestruturadas realizadas com três profissionais de manutenção hospitalar, vinculados a oito hospitais em diferentes municípios. Os requisitos identificados foram organizados nas seguintes categorias: energia, comunicação, água, logística, segurança, instalações, fatores externos e aspectos operacionais. Entre as principais necessidades, incluem-se sistemas alternativos de geração de energia que não dependam de combustível, realocação de subestações e centros de dados em pavimentos superiores, reservatórios de água com maior capacidade, redundância nos sistemas de abastecimento, comunicação independente por rádio, áreas pavimentadas para hospitais de campanha, ampliação da capacidade de leitos em emergências, alojamento para o pessoal de plantão, helipontos, escolta policial para o transporte de suprimentos, protocolos operacionais claros e programas de capacitação. A análise revelou que a resiliência hospitalar requer uma abordagem integrada, que contemple infraestrutura física robusta, logística eficiente e capacitação da equipe. Medidas como a diversificação das fontes energéticas, a proteção contra inundações, a produção local de água, o planejamento do transporte e da segurança, bem como a flexibilidade estrutural, são essenciais. O estudo conclui que a gestão de requisitos, aplicada desde a fase de projeto até a operação hospitalar, é fundamental para minimizar os impactos das crises, garantir a continuidade assistencial, proteger vidas e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde.

DESCRITORES: gestão de riscos; mudança climática; desastres naturais; resiliência dos sistemas de saúde; infraestrutura.

ABSTRACT

This study addresses the application of requirements management in hospitals facing extreme weather events, focusing on the floods of May 2024 in Rio Grande do Sul, which affected 471 municipalities. Faced with overload and resource limitations, the research highlights the importance of ensuring the continuity of essential services through planning and adaptation. The methodology combined a literature review with semistructured interviews conducted with three hospital maintenance professionals, covering eight hospitals in different municipalities. The requirements identified were organized into the following categories: energy, communication, water, logistics, security, facilities, external factors, and operational aspects. Key needs include alternative power generation systems that are not dependent on fuel, relocation of substations and data centers to upper floors, larger water reservoirs, redundancy in supply systems, independent radio communication,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

paved areas for field hospitals, emergency expansion of bed capacity, on-site accommodation for on-call staff, helipads, police escort for the transport of supplies, clear operational protocols, and training programs. The analysis revealed that hospital resilience requires an integrated approach, encompassing robust physical infrastructure, efficient logistics, and team training. Measures such as diversifying energy sources, flood protection, local water production, transport and security planning, and structural flexibility are essential. The study concludes that requirements management, applied from the design phase to hospital operation, is crucial to minimizing crisis impacts, ensuring continuity of care, safeguarding lives, and strengthening the health system's response capacity.

DESCRIPTORS: risk management; climate change; natural disasters; health system resilience; infrastructure.

RESUMEN

El estudio aborda la aplicación de la gestión de requisitos en hospitales frente a eventos climáticos extremos, centrándose en las inundaciones de mayo de 2024 en Rio Grande do Sul, que afectaron a 471 municipios. Ante la sobrecarga y las limitaciones de recursos, la investigación destaca la importancia de garantizar la continuidad de los servicios esenciales mediante planificación y adaptación. La metodología combinó una revisión bibliográfica con entrevistas semiestructuradas realizadas a tres profesionales de mantenimiento hospitalario, vinculados a ocho hospitales en diferentes municipios. Los requisitos identificados se organizaron en las siguientes categorías: energía, comunicación, agua, logística, seguridad, instalaciones, factores externos y aspectos operativos. Entre las principales necesidades se incluyen sistemas alternativos de generación de energía que no dependan de combustible, reubicación de subestaciones y centros de datos en pisos superiores, depósitos de agua de mayor capacidad, redundancia en los sistemas de abastecimiento, comunicación por radio independiente, áreas pavimentadas para hospitales de campaña, ampliación de la capacidad de camas en emergencias, alojamiento para el personal de guardia, helipuertos, escolta policial para el transporte de suministros, protocolos operativos claros y programas de capacitación. El análisis reveló que la resiliencia hospitalaria requiere un enfoque integrado que abarque infraestructura física robusta, logística eficiente y capacitación del personal. Medidas como la diversificación de fuentes energéticas, la protección contra inundaciones, la producción local de agua, la planificación del transporte y la seguridad, así como la flexibilidad estructural, resultan esenciales. El estudio concluye que la gestión de requisitos, aplicada desde la fase de diseño hasta la operación hospitalaria, es fundamental para minimizar los impactos de las crisis, garantizar la continuidad asistencial, proteger vidas y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud.

DESCRIPTORES: gestión de riesgos; cambio climático; desastres naturales; resiliencia de los sistemas de salud; infraestructura.

INTRODUÇÃO

Os desastres naturais têm afetado diversas regiões do planeta com frequência e intensidade crescentes (Achour et al., 2014). Esses eventos não se limitam a ocorrências isoladas, podendo ocorrer em combinações complexas ou em rápida sucessão. Estudos indicam que países com maior status socioeconômico apresentam níveis mais elevados de preparação e resiliência (Luke et al., 2022), enquanto o impacto tende a ser mais devastador em países menos habituados a eventos climáticos extremos, em razão da falta de preparação e de infraestruturas fragilizadas (Achour et al., 2014).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Até 2024, o maior evento de inundação registrado no Rio Grande do Sul havia sido a grande enchente de 1941 (Valenti et al., 2012). Após esse evento, foi construído um sistema de proteção contra cheias com o objetivo de prevenir desastres de magnitude similar. O sistema conta com diques em forma de estradas e muros, que protegem o perímetro urbano na margem do Guaíba, e com 14 casas de bombeamento de água, responsáveis por drenar as águas pluviais da cidade. No entanto, esse sistema de proteção não foi devidamente testado nem recebeu manutenção adequada ao longo dos anos. Em maio de 2024, o Rio Grande do Sul enfrentou a maior catástrofe climática de sua história. As chuvas intensas, concentradas em poucos dias, excederam amplamente os registros históricos, resultando em inundações generalizadas, deslizamentos de terra e graves danos à infraestrutura estadual. A tragédia afetou 471 municípios, de acordo com dados preliminares do Governo do Estado (Ceped, 2024). O volume de chuvas no estado ultrapassou significativamente a média histórica, evidenciando a vulnerabilidade das infraestruturas existentes. Também se observa que eventos climáticos extremos, como ciclones extratropicais, tempestades convectivas e vendavais, fenômenos frequentes na região Sul do Brasil, juntamente com temperaturas extremas, têm causado danos substanciais aos ambientes construídos e naturais, impactando profundamente a sociedade (Ceped, 2024).

OBJETIVOS

Nesse contexto, os hospitais das cidades afetadas, equipamentos essenciais durante eventos emergenciais, precisaram se adaptar às condições calamitosas para: (1) atender ao grande número de feridos e absorver os pacientes encaminhados de unidades mais afetadas; e (2) lidar com recursos humanos e materiais limitados. A importância deste estudo reside na gestão de requisitos de projetos em sistemas complexos de serviços de saúde, de modo a garantir que, em situações extremas, esses sistemas não entrem em colapso nem precisem interromper a prestação de serviços essenciais. Os edifícios hospitalares apresentam complexidade significativa em seus processos de projeto e construção, exigindo funcionalidade rigorosa, redes complexas de instalações e adaptação contínua às inovações tecnológicas na área da saúde (Figueiredo, 2008). Essa complexidade torna-se ainda mais desafiadora em contextos caracterizados por incerteza e turbulência. Em cenários assim, a estratégia organizacional desempenha papel crucial na gestão de mudanças, permitindo que as organizações respondam às demandas dinâmicas do ambiente ou criem novos cenários para sua adaptação (Hoffmann, 2008). Essa capacidade estratégica envolve a criação de uma cultura organizacional que promova melhorias contínuas nos processos e assegure a resiliência frente às adversidades.

No entanto, projetos hospitalares estão cada vez mais desafiadores devido à complexidade estrutural e à incerteza, que frequentemente resultam em mudanças nos requisitos e em retrabalho, com impactos negativos sobre os processos e os usuários (William, 1999). Diante disso, este estudo busca abordar a gestão de requisitos em projetos hospitalares como estratégia essencial para assegurar que, mesmo durante eventos climáticos extremos, os sistemas de saúde mantenham sua funcionalidade. Considerando a crescente exposição a eventos extremos e o impacto das mudanças climáticas nos serviços de saúde (Anahp, 2024), a resiliência desses sistemas é fundamental para garantir sua continuidade e a segurança dos usuários.

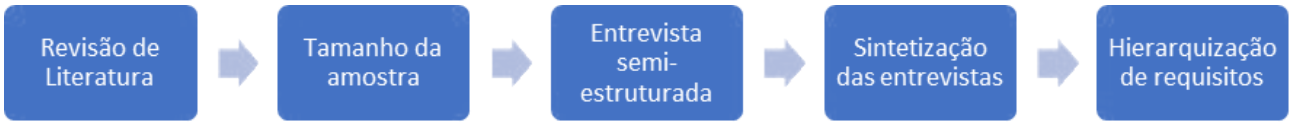
METODOLOGIA

O presente estudo seguiu o fluxograma apresentado na Figura 1 como norteador da execução da pesquisa. Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura, seguida da determinação do tamanho ideal da

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

amostra de entrevistados. Na sequência, elaborou-se e aplicou-se a entrevista semiestruturada; posteriormente, as respostas foram sintetizadas e, por fim, os principais requisitos foram hierarquizados.

Figura 1. Fluxograma da pesquisa



Fonte: Autores, 2025.

Revisão de literatura

De início, foi realizada uma revisão de literatura qualitativa, com o objetivo de compreender como a comunidade científica aborda os requisitos hospitalares durante eventos emergenciais. Por não se tratar de uma revisão sistemática, a seleção de artigos não seguiu um protocolo rígido de busca nas bases de dados científicas. A busca foi realizada na base de dados Scopus, utilizando combinações das seguintes palavras-chave: (*Hospital* OR "*Health Care*") AND *Resilien** AND *Requirement** AND (*Inundation* OR *Disaster* OR *Flood*).

A escolha dos artigos selecionados a partir dessa busca ocorreu em razão de sua pertinência e relevância em relação ao tema, pois ofereceram uma visão geral do estado da arte.

Entrevistas semiestruturadas

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, utilizando o Método das Decisões Críticas (MDC), abordagem projetada para explorar o uso do conhecimento tácito em situações vivenciadas. Proposto por Crandall et al. (2006), o MDC é um método de entrevista semiestruturada (Anexo E), retrospectivo e baseado em casos, que utiliza diversas varreduras para acessar o raciocínio do participante em um incidente específico, não rotineiro, no qual ele desempenhou papel central como tomador de decisão.

O método envolve quatro etapas principais: a identificação e a descrição do evento crítico pelo entrevistado, na qual ele relata um incidente relevante; a construção de uma linha do tempo, destacando as principais ações e decisões tomadas ao longo do evento; o aprofundamento dessas ações e decisões por meio de um conjunto de perguntas preestabelecidas, que busca gerar uma descrição funcional do incidente e identificar os requisitos críticos para o desempenho no trabalho; e, por fim, a análise detalhada do processo de tomada de decisão, com ênfase nos aspectos do incidente que mais influenciaram as escolhas do entrevistado.

O objetivo do MDC é captar as percepções, expectativas, opções, objetivos, julgamentos, confusões, preocupações e incertezas do entrevistado em cada ponto do evento. Por meio de perguntas direcionadas e aprofundadas, essa abordagem permite compreender como o entrevistado processou as informações, tomou decisões e reagiu diante de situações de alta complexidade e imprevisibilidade, oferecendo uma visão abrangente das funções e processos envolvidos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Sintetização das entrevistas

Essa etapa foi fundamental para rever as respostas dos participantes e compreender as principais contribuições teóricas de cada hospital. Tais informações foram sintetizadas nos Anexos A, B e C, que relacionam os hospitais aos problemas ocorridos, às soluções adotadas e às sugestões apresentadas pelos entrevistados.

Hierarquização dos requisitos

Nesta etapa, foram hierarquizados os principais requisitos de acordo com o número de ocorrências nas respostas dos entrevistados, os quais foram discutidos na seção Resultados e discussão, presente no Anexo D. Por fim, as conclusões da pesquisa sintetizam as principais descobertas e apontam direcionamentos futuros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abrangência dos dados

Foram entrevistados três profissionais responsáveis pela manutenção de hospitais: um engenheiro eletricista, um enfermeiro e um arquiteto, cada um com uma perspectiva específica e complementar sobre os desafios enfrentados. A pesquisa abrangeu oito hospitais, sendo três vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e cinco de natureza filantrópica e sem fins lucrativos, distribuídos da seguinte forma:

- Entrevistado 1: representante do Hospital 1, na cidade de Porto Alegre (RS), e do Hospital 2 de campanha.
- Entrevistado 2: representante do Hospital 3, localizado em Porto Alegre (RS).
- Entrevistado 3: responsável pelos Hospitais 4, 5 e 6, em Porto Alegre (RS), pelo Hospital 7, em Estrela (RS), e pelo Hospital 8, em Arroio do Meio (RS).

Essa distribuição geográfica permitiu uma análise que considera tanto os desafios específicos de cada unidade quanto as características dos impactos regionais que influenciaram as operações hospitalares. Esse levantamento detalhado forneceu uma visão ampla e multidisciplinar sobre os requisitos necessários para a resiliência dos hospitais diante de eventos climáticos extremos.

Resultados

Após a realização das entrevistas, os dados obtidos foram estruturados em formato de tabela, a fim de otimizar a análise posterior, nos seguintes campos: impacto das inundações, problemas relatados, protocolos adotados nas inundações e sugestões dos entrevistados. Os Anexos A, B e C apresentam, respectivamente, a síntese dos resultados obtidos com os Entrevistados 1, 2 e 3.

Análise dos resultados

A partir dos Anexos A, B e C, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados e organizados em

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

categorias de requisitos. Essa estruturação permitiu uma compreensão clara e sistemática das necessidades identificadas em cada hospital, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1. Categorização dos resultados segundo a natureza do problema

Categoria segundo a natureza do problema	Problemas relatados	Tipo de impacto	Requisitos
Uso de energia	Falta de pontos de abastecimento de energia para hospitais de campanha	Direto	Prever ponto de energia para hospitais de campanha no estacionamento
Uso de energia	Falta de energia elétrica	Direto	Prever sistemas alternativos de geração de energia que não dependam de combustível
Uso de energia	Inundação na subestação elétrica localizada no pavimento térreo	Direto	Alocar subestação em andares superiores
Uso de energia	Gerador utilizado supriu apenas um andar dos quatro existentes	Direto	Dimensionar geradores para atender às necessidades mínimas energéticas
Uso de energia	Falta de energia	Direto	Prever sistemas alternativos de geração de energia própria que não dependam de combustível
Comunicação	Falhas na infraestrutura de comunicação e lógica	Indireto	Prever sistema de comunicação por rádio independente
Comunicação	Inundação no centro de dados localizado no pavimento térreo	Direto	Alocar centro de dados em andares superiores
Comunicação	Falta de comunicação com a equipe	Direto	Prever sistema de comunicação por rádio independente
Uso de água	Falta de pontos de abastecimento de água para hospitais de campanha	Direto	Prever ponto de água e esgoto para hospitais de campanha no estacionamento
Uso de água	Falta de água	Direto	Prever reservatórios de maior capacidade e meios de produzir a própria água
Logística	Falta de insumos e desabastecimento por dificuldade logística de insumos e pessoas	Indireto	Realocar pessoas de unidades não emergentes
Segurança	Necessidade de escolta no abastecimento de água e diesel devido à insegurança pública	Indireto	Racionamento e policiamento dos recursos
Instalações	Falta de espaços adequados e pavimentados para hospitais de campanha	Indireto	Prever locais no estacionamento destinados a hospitais de campanha
Instalações	Falta de leitos	Direto	Prever infraestrutura para ampliação emergencial de leitos, incluindo conectores em Y e quartos maiores que a norma
Instalações	Necessidade de continuar reformas	Direto	Realocação de pessoas
Instalações	Macas não cabiam nos elevadores	Direto	Prever requisitos em projeto ainda na fase de estudo preliminar
Instalações	Elevadores não adaptados para eventos emergentes	Direto	Prever outras formas de evacuação vertical
Instalações	Plantonistas hospedados no hospital	Indireto	Prever local adequado para hospedagem de plantonistas
Instalações	Locomoção vertical prejudicada por falta de elevadores em funcionamento	Direto	Prever geradores individuais para elevadores
Externos	Dificuldade de locomoção dos funcionários por falta de transporte público	Indireto	Prever local de hospedagem para plantonistas
Externos	Interrupção nas estradas	Indireto	Prever heliponto
Operacional	Falta de procedimentos e treinamento na manutenção de equipamentos	Direto	Mapeamento de riscos institucionais e criação de protocolos operacionais
Operacional	Falta de protocolos operacionais	Direto	Mapeamento de riscos institucionais e criação de protocolos operacionais

Fonte: autores, 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Uso de energia

Os entrevistados destacaram diversos desafios relacionados ao fornecimento de energia. O Entrevistado 1 ressaltou a falta de pontos de abastecimento de energia nos hospitais de campanha, recomendando a instalação de pontos de geração de energia e a alocação de subestações em andares superiores, para evitar danos causados por inundações. O Entrevistado 2 sugeriu a utilização de sistemas alternativos de geração de energia que não dependam de combustível, enquanto o Entrevistado 3 propôs o uso de energia solar e eólica, bem como de geradores dimensionados para suprir as necessidades mínimas dos hospitais.

Comunicação

Falhas na infraestrutura de comunicação foram um problema recorrente. O Entrevistado 1 mencionou a instalação de estações de comunicação para melhorar a conectividade em emergências. O Entrevistado 3 destacou a necessidade de realocar centros de dados para andares superiores, evitando interrupções causadas por inundações. Ambos enfatizaram a importância de sistemas de comunicação por rádio independentes para garantir contato em situações críticas.

Uso de água

A falta de pontos de abastecimento de água foi citada como desafio significativo. O Entrevistado 1 sugeriu o uso de caminhões-pipa para suprir a demanda em hospitais de campanha. O Entrevistado 3 complementou a análise ao recomendar reservatórios de maior capacidade e a implementação de meios para produzir água localmente, como redundâncias nos sistemas de abastecimento.

Logística

A dificuldade de transporte de insumos e funcionários foi amplamente mencionada. O Entrevistado 2 sugeriu a criação de locais de repouso para plantonistas dentro dos hospitais, enquanto o Entrevistado 3 apontou a necessidade de um plano de logística integrada para a gestão de insumos e transporte. O Entrevistado 1 propôs o mapeamento de pontos seguros para a construção de hospitais de campanha, considerando fatores logísticos e topográficos.

Segurança

O Entrevistado 3 abordou a insegurança pública, indicando a necessidade de escolta para o transporte de água e diesel. Também sugeriu policiamento em áreas críticas para proteger as operações dos hospitais durante crises.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Instalações

A falta de infraestrutura adequada foi destacada por todos os entrevistados. O Entrevistado 1 enfatizou a necessidade de espaços pavimentados com conexões permanentes para redes de energia e água em hospitais de campanha. O Entrevistado 2 sugeriu a construção de locais com capacidade de ampliação emergencial de leitos e instalação de pontos adicionais para gases medicinais. O Entrevistado 3 reforçou a importância de não alocar subestações no subsolo e de incluir folgas em espaços e equipamentos para lidar com contingências.

Externos

A dificuldade de locomoção de funcionários foi relatada como problema significativo. O Entrevistado 1 mencionou a necessidade de locais de hospedagem para plantonistas. O Entrevistado 3 sugeriu a implementação de helipontos para facilitar o transporte em casos de interrupção de estradas.

Operacional

A ausência de protocolos operacionais e treinamentos foi uma preocupação comum. O Entrevistado 1 propôs o treinamento das equipes para a montagem de hospitais de campanha, enquanto o Entrevistado 3 destacou a criação de um mapeamento de risco de cada instituição e de protocolos específicos para situações emergenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a resiliência hospitalar em situações de crise depende de uma abordagem integrada que contemple os principais desafios operacionais, estruturais e logísticos. No que diz respeito ao fornecimento de energia, identificou-se que sistemas alternativos, como os baseados em fontes renováveis, são indispensáveis para garantir a continuidade das operações, especialmente em contextos nos quais o acesso a combustíveis pode ser comprometido. Também se mostra necessário dimensionar geradores de forma adequada para atender às demandas mínimas dos hospitais, conforme ressaltado por Baldauf (2021), e alocar subestações elétricas em locais protegidos, como andares superiores, para prevenir danos causados por inundações.

A comunicação emergencial foi outro ponto crítico destacado. Para assegurar a coordenação eficaz entre as equipes, é fundamental adotar sistemas de comunicação por rádio que funcionem de forma independente da infraestrutura convencional. Os centros de dados também devem ser posicionados em locais seguros, protegidos contra riscos de alagamento, garantindo a continuidade dos serviços digitais e de armazenamento de dados.

O uso da água revelou-se uma questão essencial para a resiliência hospitalar, conforme destacado por Hariri-Ardebili et al. (2022). É imprescindível implementar reservatórios de grande capacidade, capazes de suportar períodos prolongados de crise. Adicionalmente, sistemas integrados para a produção local de água, como redundâncias nas redes de abastecimento, reduzem a dependência de fontes externas e aumentam a autonomia das unidades hospitalares.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

No campo logístico, foram apontadas necessidades de planejamento estratégico para garantir o transporte de insumos e a mobilidade de profissionais. O mapeamento de pontos seguros para a construção de estruturas emergenciais deve considerar fatores topográficos e logísticos, evitando áreas vulneráveis a desastres. A criação de espaços para repouso e hospedagem de plantonistas dentro das próprias unidades hospitalares é essencial para mitigar problemas relacionados ao deslocamento em situações críticas.

A segurança também foi ressaltada como um aspecto prioritário. Para proteger o abastecimento e as operações, são recomendadas medidas como policiamento em áreas críticas e escoltas para o transporte de água e combustíveis em regiões com insegurança pública. Essas ações são indispensáveis para garantir a continuidade dos serviços sem interrupções causadas por fatores externos.

No âmbito das instalações, a infraestrutura hospitalar precisa ser flexível e robusta para enfrentar situações de crise. Espaços destinados a hospitais de campanha devem ser pavimentados e contar com conexões permanentes às redes de energia, água e esgoto. Também é importante projetar folgas em espaços e equipamentos, permitindo ajustes emergenciais, bem como duplicar as redundâncias de sistemas essenciais, como os de fornecimento de oxigênio e energia, conforme destacado por Marczyk (2023).

As questões externas, como a acessibilidade ao hospital durante crises, também merecem atenção. A construção de helipontos pode facilitar o transporte de insumos e profissionais em casos de interrupção das rodovias, enquanto a criação de soluções seguras para o deslocamento é vital para manter o funcionamento adequado das unidades.

Por fim, a falta de protocolos operacionais e de treinamentos foi identificada como vulnerabilidade significativa, em consonância com Shirali et al. (2024). Para garantir eficiência e prontidão nas emergências, é necessário desenvolver protocolos específicos para crises e realizar o mapeamento de riscos de cada instituição, identificando vulnerabilidades e propondo ações preventivas.

Em síntese, o estudo conclui que a resiliência hospitalar em situações de crise depende de uma abordagem integrada, que abrange desde a infraestrutura física e os sistemas de suporte até a capacitação das equipes e o planejamento operacional. A implementação dos requisitos identificados é essencial para mitigar os impactos de eventos adversos, assegurar a continuidade dos serviços e proteger vidas.

REFERÊNCIAS

ACHOUR, N.; MIYAJIMA, M.; PASCALE, F.; PRICE, A. D. F. Hospital resilience to natural hazards: classification and performance of utilities. **Disaster Prevention and Management**, Bingley, v. 23, n. 1, p. 40-52, 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **ESG nos hospitais Anahp 2024: o impacto das emergências climáticas na saúde**. São Paulo: Anahp, 2024. Disponível em: https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2024/10/ESG-nos-hospitais-Anahp_2024.pdf. cessoe m: 15 ago. 2025.

BALDAUF, J. P.; FORMOSO, C. T.; TZORTZOPOULOS, P. Method for managing requirements in healthcare projects using building information modelling. **Engineering, Construction and Architectural Management**, Bingley, v. 28, n. 8, p. 2090-2118, 2021.

CRANDALL, B.; KLEIN, G.; HOFFMAN, R. R. **Working minds**: a practitioner's guide to cognitive task analysis. Cambridge, MA: MIT Press, 2006.

FIGUEIREDO, A. **Gestão do projeto de edifícios hospitalares**. 2008. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de São Paulo, São Carlos, 2008.

HARIRI-ARDEBILI, M. A.; SATTAR, S.; JOHNSON, K.; CLAVIN, C.; FUNG, J.; CEFERINO, L. A perspective towards multi-hazard resilient systems: natural hazards and pandemics. **Sustainability**, Basel, v. 14, n. 8, artigo 4508, 2022.

HOFFMANN, V. E.; PROCOPIAK FILHO, J. A.; ROSSETTO, C. R. As estratégias de influência dos stakeholders nas organizações da indústria da construção civil: setor de edificações em Balneário Camboriú (SC). **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 21-36, 2008.

LUKE, J.; FRANKLIN, R. C.; DYSON, J.; AITKEN, P. Building toward a disaster resilient health system: a study of hospital resilience. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, Cambridge, v. 17, artigo e219, 2023.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

MARCZYK, C. E. S. et al. Slack in the infrastructure of intensive care units: resilience management in the post-pandemic era. **BMC Health Services Research**, London, v. 23, artigo 579, 2023.

SHIRALI, G. et al. Promoting environmental sustainability and climate change resilience at healthcare facilities: a pilot study in Iran. **International Journal of Environmental Science and Technology**, Tehran, v. 22, n. 3, p. 1697-1708, 2025.

VALENTI, E. da S.; ROLIM, S. B. A.; ROCHA, R. dos S. da. Modelo cartográfico digital temático para simulação e previsão de inundações no município de Porto Alegre (RS). **Revista Brasileira de Cartografia**, Uberlândia, v. 64, n. 3, p. 331-345, 2012.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EFICIÊNCIA HÍDRICA NO SUS: ESTRATÉGIA DE GESTÃO AMBIENTAL DIANTE DAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS

Alândia Keli Vilar de Araújo
Aline Assumpção Rodrigues Pinto
Rodrigo Prata de Oliveira
Romeu dos Santos Carneiro

RESUMO

Este estudo avaliou a viabilidade técnica, econômica e ambiental da substituição de válvulas de descarga convencionais por caixas acopladas no Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). A metodologia incluiu levantamento de dados de consumo hídrico dos últimos sete meses, cálculo da média de acionamentos diários por descarga e projeção do novo consumo após a troca dos equipamentos. Os resultados demonstraram que a medida pode reduzir o consumo de água em mais de 1 milhão de litros por mês, representando economia aproximada de R$ 40 mil mensais e retorno do investimento em cerca de três meses. Além da economia financeira, a ação contribui para o uso racional da água e para a sustentabilidade hídrica, alinhando-se às diretrizes da Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 6. Ressalta-se que, para a implantação real, é essencial a integração entre equipes de engenharia e arquitetura, considerando aspectos técnicos, estruturais e ergonômicos que garantam a viabilidade e o desempenho do projeto. O estudo aponta que ações simples e de baixo custo podem gerar benefícios significativos no setor de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Sustentabilidade; Eficiência Hídrica; Política Pública.

ABSTRACT

This study assessed the technical, economic, and environmental feasibility of replacing conventional flush valves with dual-flush cisterns at the Federal Hospital of Bonsucesso (HFB). The methodology involved collecting water consumption data from the past seven months, calculating the average daily number of flush activations, and projecting new consumption levels after replacing the equipment. Results indicate that this measure can reduce water consumption by over 1 million liters per month, representing monthly savings of approximately BRL 40,000 and a payback period of around three months. Beyond financial savings, the initiative promotes rational water use and water sustainability, aligning with Brazil's Public Administration Environmental Agenda (A3P) and the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly SDG 6. It is emphasized that, for real-world implementation, integration between engineering and architecture teams is essential to consider technical, structural, and ergonomic aspects that ensure project feasibility and performance. The study demonstrates that simple, low-cost measures can generate significant environmental and economic benefits in public healthcare facilities, contributing to climate change mitigation and sustainable resource management.

KEYWORDS: Sustainability; Water Efficiency; Public Policy.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESUMEN

Este estudio evaluó la viabilidad técnica, económica y ambiental de reemplazar las válvulas de descarga convencionales por cisternas de doble descarga en el Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). La metodología incluyó la recopilación de datos de consumo de agua de los últimos siete meses, el cálculo del promedio diario de activaciones por descarga y la proyección del nuevo consumo tras la sustitución de los equipos. Los resultados muestran que la medida podría reducir el consumo de agua en más de 1 millón de litros por mes, con un ahorro mensual aproximado de R$ 40.000 y un período de recuperación de la inversión de tres meses. Además del beneficio económico, la acción promueve el uso racional del agua y la sostenibilidad hídrica, alineándose con las directrices de la Agenda Ambiental en la Administración Pública (A3P) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial el ODS 6. Se destaca que, para una implementación real, es esencial la integración entre los equipos de ingeniería y arquitectura, considerando aspectos técnicos, estructurales y ergonómicos que garanticen la viabilidad y el rendimiento del proyecto.

PALABRAS CLAVE: Sostenibilidad; Eficiencia Hídrica; Política Pública.

INTRODUÇÃO

A intensificação da crise hídrica mundial, somada aos efeitos das mudanças climáticas sobre os regimes de chuvas e os padrões de disponibilidade hídrica, tem exigido um novo olhar sobre o consumo de água, especialmente em setores de alta demanda. A crescente pressão sobre os recursos hídricos coloca em risco a segurança hídrica das populações e a estabilidade de sistemas públicos essenciais, como o de saúde. Em hospitais, o consumo de água é naturalmente elevado, dado o rigor necessário à manutenção da higiene, o que torna ainda mais relevante o controle desse recurso. Além do desperdício de um bem natural vital, o uso excessivo impacta diretamente a infraestrutura urbana e sobrecarrega os serviços públicos de abastecimento (ANA, 2021).

Segundo estimativas da Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA), a retirada total de água no Brasil atingiu, em 2022, aproximadamente 64,18 trilhões de litros, com destaque para os setores de irrigação (50,5%), abastecimento urbano (23,9%) e indústria (9,4%) (ANA, 2024). Esse cenário é agravado por eventos extremos cada vez mais frequentes, como secas prolongadas e enchentes severas, que afetaram milhões de brasileiros nos últimos anos, em especial nas regiões Norte e Nordeste, conforme apontado em relatórios recentes da ANA.

Outro fator relevante é a relação entre o consumo de água e as emissões indiretas de gases de efeito estufa (GEE), já que etapas como bombeamento, tratamento e aquecimento da água demandam energia, frequentemente gerada a partir de fontes fósseis. Assim, promover a economia de água também constitui estratégia para mitigar impactos climáticos, como indicam os relatórios do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, 2022) e os documentos do Ministério do Meio Ambiente (MMA, 2021), que reforçam a importância de ações intersetoriais no enfrentamento das mudanças climáticas.

Diante desse panorama, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável surge como um marco fundamental. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 6, que trata da gestão eficiente da água e do saneamento, e o ODS 12, que propõe novos padrões de consumo e produção, apontam para a necessidade de revisão de práticas institucionais em todo o mundo (ONU, 2015). No Brasil, esses princípios encontram respaldo na Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P), iniciativa que propõe, entre outras medidas, o uso racional da água em prédios públicos, promovendo eficiência e sustentabilidade (MMA, 2021).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Nesse contexto, a modernização de sistemas hidráulicos em hospitais públicos apresenta-se como medida simples, acessível e eficaz. A substituição de válvulas de descarga convencionais por caixas acopladas tem se mostrado uma solução eficiente para reduzir o consumo em sanitários. Segundo a NBR 15097-1:2004, as válvulas tradicionais podem utilizar entre 12 e 15 litros por acionamento, enquanto as caixas acopladas modernas trabalham com volumes controlados de 6 litros (ABNT, 2004), o que representa potencial de economia superior a 50% por descarga. Em locais de grande circulação, como hospitais, a economia gerada por esse tipo de substituição é considerável, tanto do ponto de vista ambiental quanto econômico.

Estudos técnicos da ANA e do MMA indicam que, além da economia hídrica, a adoção de caixas acopladas também melhora a manutenção dos sistemas, reduz vazamentos e possibilita o uso de tecnologias de duplo acionamento, que oferecem maior controle ao usuário. Como apontado no relatório Conjuntura dos Recursos Hídricos no Brasil (ANA, 2024), a modernização de equipamentos hidráulicos é uma das ações de curto prazo mais eficazes para reduzir o estresse hídrico nos centros urbanos.

Nesse sentido, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), integrante da rede pública de saúde, busca adotar essa medida como parte de sua estratégia institucional de sustentabilidade. A expectativa é que a substituição dos sistemas de descarga contribua significativamente para a redução do consumo de água, melhore a eficiência das instalações sanitárias e fortaleça o compromisso da instituição com práticas ambientalmente responsáveis. A experiência do HFB pode servir de modelo para outras unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando que é possível aliar responsabilidade ambiental e racionalidade econômica, mesmo diante de limitações orçamentárias.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a efetividade técnica, econômica e ambiental da substituição de válvulas de descarga convencionais por caixas acopladas em instalações sanitárias de um hospital público, considerando sua contribuição para o uso racional da água, a redução de custos operacionais e o fortalecimento de políticas institucionais de sustentabilidade.

Objetivos específicos

- Estimar a economia de água possível a partir da implementação das caixas acopladas;
- Realizar análise de custo-benefício da medida;
- Examinar o grau de aderência da ação às diretrizes da Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P), bem como sua inserção nas metas da Agenda 2030, com destaque para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 6 e 12;
- Discutir os efeitos indiretos da intervenção na mitigação das mudanças climáticas;
- Refletir sobre a replicabilidade da medida em outras unidades hospitalares.

METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o levantamento da quantidade de sanitários e do tipo de descarga em cada sanitário do Hospital Federal de Bonsucesso. Para isso, a equipe foi dividida em duplas, e cada dupla ficou

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

responsável por realizar o levantamento em uma localidade específica. O número de sanitários e o tipo de descarga estão discriminados na Tabela 1.

Tabela 1. Quantidade de descargas e mictórios por prédio

Locais	Parede	Acoplada	Mictório
Prédio 1	90	59	2
Prédio 2	60	33	1
Prédio 3	16	3	0
Prédio 4	26	11	5
Prédio 5	25	11	0
Prédio 6	42	0	3
Subsolo	7	19	2
Pátio	0	7	0
Total	266	143	13

Paralelamente ao levantamento dos sanitários, foram solicitadas as contas de água dos últimos sete meses do hospital. A partir desses documentos, foi possível calcular o consumo médio de água do hospital utilizando a Equação 1.

(01)

$$C = (\sum_{i=1}^{n} C_i) / n$$

Onde:
C = consumo médio de água no hospital (L por mês);
C_i = consumo no mês i, variando de janeiro a julho (L por mês);
n = número de meses considerados.

Segundo o Manual de Conservação e Reuso da Água em Edificações (ANA; FIESP; SINDUSCON-SP, 2005), o consumo de água destinado aos ambientes sanitários em edificações públicas, como hospitais, varia entre 35% e 50% do consumo total. Desconsiderando-se a contribuição de pias e chuveiros, o consumo médio de água nos sanitários do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) pode ser estimado por meio da Equação 2.

(02)

$$C_s = C \times s$$

Onde:
C_s = consumo médio dos sanitários;
s = fração de contribuição dos sanitários no consumo total ($0,35 \leq s \leq 0,50$).

Uma vez determinado o consumo dos sanitários, é necessário calcular a quantidade média de acionamentos diários por descarga.

Segundo a NBR 15097-1:2004 (ABNT, 2004) e a NBR 13713:1996 (ABNT, 1996):

- Válvulas de parede: consumo médio de 12 litros por acionamento;
- Caixas acopladas padrão: consumo médio de 6 litros;
- Mictórios: consumo médio de 0,47 litro por acionamento.

Assim, o cálculo do número médio de acionamentos diários por descarga no HFB pode ser realizado pela Equação 3:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

(03)

$$d = C'_s / [(N_p \times V_p) + (N_a \times V_a) + (N_m \times V_m)]$$

Onde:
N_p = número de sanitários com descarga de parede no hospital;
V_p = volume de descarga de parede (NBR 15097-1:2004);
N_a = número de sanitários com caixa acoplada no hospital;
V_a = volume de descarga da caixa acoplada (NBR 15097-1:2004);
N_m = número de mictórios no hospital;
V_m = volume de descarga do mictório (NBR 13713:1996);
d = quantidade média de acionamentos diários por descarga no HFB.

Com a quantidade estimada de acionamentos diários, é possível calcular o consumo projetado após a substituição das descargas, conforme Equação 4:

(04)

$$C'_s = (N_d \times V_a \times d) + (N_m \times V_m \times d)$$

Onde:
C'_s = consumo médio dos sanitários após a troca das descargas;
N_d = número total de descargas após a troca, ou seja:

(05)

$$N_d = N_p + N_a$$

O novo consumo médio total do hospital é obtido pela Equação 6:

(06)

$$C' = C \times (1 - s) + C'_s$$

Para fins comparativos, calcula-se a porcentagem de redução do consumo de água após a substituição dos sistemas de descarga, tanto em relação ao consumo específico dos sanitários (Equação 7) quanto ao consumo total de água do hospital (Equação 8).

(07)

$$R_s = [(C_s - C'_s) / C_s] \times 100$$

(08)

$$R = [(C - C') / C] \times 100$$

Onde:
R_s = percentual de redução de consumo médio considerando apenas os sanitários;
R = percentual de redução de consumo médio considerando todo o hospital.
A partir da porcentagem de redução de consumo, é possível estimar a redução do valor da conta de água utilizando a Equação 9.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

(09)

$$V' = v \times R$$

Onde:
v = valor da conta de água atual;
v′ = valor da conta de água após a troca das descargas.

CUSTO DE INSTALAÇÃO

A Tabela SINAPI de junho de 2025, para o código 86888, apresenta o valor referente ao fornecimento e à instalação de vaso sanitário com caixa acoplada e acessórios. Assim, é possível calcular o custo total da instalação (c_t) multiplicando o valor tabelado (a) pelo número de descargas de parede (N_p).

(10)

$$c_t = a \times N_p$$

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme discutido no Capítulo 3, a partir dos dados de consumo referentes aos últimos sete meses, foi possível calcular a média de consumo por meio da Equação 1, bem como estimar o consumo específico dos sanitários por meio da Equação 2. Os resultados obtidos encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Consumo médio de água e consumo referente aos sanitários do HFB nos últimos sete meses

Mês	Consumo mensal atual (L)	Valor mensal	Consumo mensal dos sanitários no HFB (35%) (L)
Jan.	7.051.000	R$ 264.209,42	2.467.850
Fev.	7.680.000	R$ 287.861,51	2.688.000
Mar.	8.668.000	R$ 325.012,96	3.033.800
Abr.	7.827.000	R$ 293.389,10	2.739.450
Maio	9.011.000	R$ 345.478,81	3.153.850
Jun.	7.029.000	R$ 263.691,21	2.460.150
Jul.	7.774.000	R$ 236.730,10	2.720.900
Média	7.862.857	R$ 288.053,30	2.752.000

A análise da Tabela 2 evidencia que o consumo de água no HFB representa um custo significativo para a instituição. Dessa forma, investir em soluções que promovam a redução desse consumo torna-se imprescindível. Nesse contexto, o presente estudo propõe fomentar práticas sustentáveis no hospital, sendo a substituição das descargas uma estratégia viável para reduzir o consumo de água.

Para estimar o novo consumo após a substituição das descargas, é necessário, inicialmente, calcular a média de acionamentos de cada descarga. Utilizando a Equação 3, tem-se que cada descarga é acionada, em média, cerca de 23 vezes por dia, totalizando aproximadamente 678 acionamentos mensais. Com base nesses dados, é possível estimar o novo consumo médio de água do hospital após a substituição das descargas de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

parede por descargas de caixa acoplada de 6 L. Para esse cálculo, utilizam-se as Equações 4 e 6, considerando que não haverá outras alterações que impactem diretamente o consumo de água, exceto a substituição de todas as descargas de parede.

A Tabela 3 apresenta o consumo médio do hospital após a troca das descargas, a redução esperada no consumo, a porcentagem de diminuição e a estimativa de economia na conta de água.

Tabela 3. Consumo médio estimado de água, redução de consumo e redução de valor na conta de água do HFB

Consumo dos sanitários após a troca (L)	Consumo total após a troca (L)	Redução dos sanitários (L)	Redução dos sanitários (%)	Redução total (L)	Redução total (%)	Redução do valor
1.669.142	6.779.999	1.082.858	39	1.082.858	14	R$ 40.327,46

A análise da Tabela 3 evidencia que a substituição de descargas de parede por descargas de caixa acoplada resulta em uma redução de consumo de água superior a 1 milhão de litros por mês, representando economia significativa. Segundo a ONU, no contexto do direito humano à água, cada pessoa necessita de 50 a 100 litros de água por dia para usos pessoais e domésticos, enquanto, no Brasil, o consumo médio *per capita* é de 148,2 litros por dia (UM-WATER, 2010; BRASIL, 2023). Assim, a economia gerada pela troca das descargas seria suficiente para abastecer até 722 pessoas por dia ou, considerando o consumo médio brasileiro, 244 pessoas por dia.

Essa redução representa contribuição direta para a sustentabilidade hídrica do hospital, alinhando-se às diretrizes da Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P) e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 6, que trata da disponibilidade e da gestão sustentável da água. Iniciativas como a substituição de descargas colaboram com as metas da Agenda 2030, promovendo o uso racional de recursos naturais e reforçando a responsabilidade institucional diante da crise hídrica que afeta o Brasil e o mundo, agravada pelas mudanças climáticas.

No plano econômico, a troca das descargas resultaria em uma redução de aproximadamente 14% no valor da conta de água do hospital, gerando economia média mensal estimada de R$ 40.327,46. De acordo com a Tabela do Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAPI), junho de 2025, o código 86888 corresponde ao fornecimento e à instalação de vaso sanitário com caixa acoplada e acessórios, cujo custo unitário é de aproximadamente R$ 484,82. Os valores da instalação total e o tempo estimado de retorno do investimento (*payback*) estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Custo de troca dos sanitários e tempo de retorno estimado do investimento

Redução do valor	Valor da troca dos sanitários	Tempo de retorno (payback)
R$ 40.327,46	R$ 128.962,12	3 meses

A análise da Tabela 4 indica que o investimento na substituição das descargas seria recuperado pelo hospital em aproximadamente três meses, evidenciando que, além dos benefícios ambientais e de sustentabilidade, a medida também constitui uma decisão economicamente viável. Esse curto período de retorno do investimento reforça a atratividade da iniciativa, mostrando que práticas sustentáveis podem gerar impactos financeiros positivos imediatos, ao mesmo tempo que contribuem para a redução do consumo de água, a mitigação da crise hídrica e o alinhamento com políticas públicas como a A3P, os ODS e a Agenda 2030.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Considerando tratar-se de um serviço de baixa complexidade e de rápido retorno, sua replicabilidade em outros hospitais dependerá da adequação estrutural e dos recursos disponíveis em cada unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada demonstrou que a substituição de válvulas de descarga convencionais por caixas acopladas no Hospital Federal de Bonsucesso representa uma medida eficiente, econômica e ambientalmente vantajosa. O estudo indicou potencial de redução de consumo hídrico superior a 1 milhão de litros por mês, com retorno do investimento em aproximadamente três meses, fortalecendo o compromisso institucional com a sustentabilidade e o uso racional da água. Além de diminuir gastos, a intervenção contribui para o cumprimento das diretrizes da Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o ODS 6.

É importante ressaltar que, em um cenário real de implantação, deve haver ação integrada entre as equipes de engenharia e arquitetura, de modo a analisar outros pontos válidos e relevantes para a viabilidade da proposta, incluindo aspectos estruturais, hidráulicos, ergonômicos e estéticos que possam impactar o desempenho e a funcionalidade do projeto.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (Brasil). **Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil: informe 2024**. Brasília, DF: ANA, 2024. Disponível em: https://www.snirh.gov.br/portal/centrais-de-conteudos/conjuntura-dos-recursos-hidricos/conjuntura2024_04122024.pdf. Acesso em: 07 ago. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (Brasil). **Guia para gestão sustentável da água em edifícios públicos: uso racional da água**. Brasília, DF: ANA, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ana/pt-br. Acesso em: 07 ago. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS; FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO; SINDICATO DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de conservação e reuso da água em edificações**. São Paulo: Prol Editora Gráfica, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 13713:1996: instalações hidráulicas prediais**: aparelhos hidráulicos acionados mecanicamente e com ciclo de fechamento automático: requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro: ABNT, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 15097-1:2004: aparelhos sanitários**: parte 1: requisitos de construção e desempenho. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. **Diagnóstico Temático: Serviços de Água e Esgotos**: visão geral: ano de referência 2022. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/cidades/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/saneamento/snis. Acesso em: 14 ago. 2025.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil: tabela SINAPI, junho 2025**. [S. l.]: Caixa; IBGE, 2025.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **Summary for policymakers**. In: INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **Climate Change 2023: Synthesis Report**. Geneva: IPCC, 2023. Disponível em: https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr. Acesso em: 07 ago. 2025.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE (Brasil). **Agenda Ambiental na Administração Pública, A3P**: guia de sustentabilidade para a administração pública. Brasília, DF: MMA, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mma/pt-br/assuntos/educacao-ambiental/a3p. Acesso em: 07 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. cessoe m: 07 ago. 2025.

UN-WATER. **The human right to water and sanitation**. New York: United Nations, 2010. Disponível em: https://www.un.org/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml. Acesso em: 14 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS EM CONTEXTOS SANITÁRIOS ADVERSOS: TENSÕES ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

Eduardo Doering Zanella
José Roque Junges
Marina Rizza Fontoura
Sara Júlia Franzon

RESUMO

A sífilis constitui grave problema de saúde pública no Brasil, com taxas crescentes de detecção. Este estudo analisa os desafios enfrentados por profissionais da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica no controle da doença em um município afetado pelas enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em maio de 2024. Por meio da Análise Institucional, identificaram-se entraves históricos nas condições instituídas dessas instituições, como baixa adesão ao tratamento, dificuldades no acompanhamento laboratorial, fragilidades no registro de informações e alta rotatividade profissional. Esses problemas foram potencializados pela catástrofe ambiental, que desorganizou os serviços de saúde, deslocou populações e reduziu a capacidade de resposta da rede. Contudo, emergiram estratégias instituintes, como a criação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical e a implantação da plataforma de monitoramento Salus, demonstrando capacidade de inovação na reconstrução motivada pela crise. Conclui-se que, embora as enchentes tenham intensificado fragilidades estruturais, também catalisaram transformações, reforçando a necessidade de articulação intersetorial para garantir a integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Vigilância em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Análise Institucional; Desastres Ambientais.

ABSTRACT

Syphilis remains a serious public health problem in Brazil, with increasing detection rates. This study analyzes the challenges faced by Health Surveillance and Primary Care professionals in disease control strategies in a municipality in the metropolitan region of Porto Alegre, affected by the floods of May 2024. Using Institutional Analysis as its theoretical-methodological framework, the research identified historical barriers that shape the instituted conditions under which these institutions operate, such as low adherence to treatment, difficulties in laboratory follow-up, weaknesses in information recording, and high staff turnover. These problems were exacerbated by the environmental catastrophe, which disrupted health services, displaced populations, and reduced the network's response capacity. However, instituting strategies emerged, such as the creation of the Vertical Transmission Investigation Committee and the implementation of the Salus System for case monitoring, demonstrating the capacity for innovation during the reconstruction period driven by the crisis. It concludes that, although the floods intensified structural weaknesses, they also catalyzed transformations in work processes, reinforcing the need for articulation between Health Surveillance and Primary Care to ensure comprehensive care, even in disaster contexts.

KEYWORDS: Syphilis; Health Surveillance System; Primary Health Care; Institutional Analysis; Environmental Disasters.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESUMEN

La sífilis persiste como un grave problema de salud pública en Brasil, con tasas crecientes de detección. Este estudio analiza los desafíos enfrentados por profesionales de la Vigilancia en Salud y de la Atención Primaria en las estrategias de control de la enfermedad en un municipio del área metropolitana de Porto Alegre, afectado por las inundaciones de mayo de 2024. A partir del Análisis Institucional como marco teórico-metodológico, la investigación identificó obstáculos históricos que configuran las condiciones instituidas bajo las cuales operan estas instituciones, tales como baja adherencia al tratamiento, dificultades en el seguimiento de laboratorio, fragilidades en el registro de información y alta rotación de profesionales. Estos problemas se vieron agravados por la catástrofe ambiental, que desorganizó los servicios de salud, desplazó a la población y redujo la capacidad de respuesta de la red. No obstante, surgieron estrategias instituyentes, como la creación del Comité de Investigación de la Transmisión Vertical y la implementación del Sistema Salus para el monitoreo de casos, demostrando la capacidad de innovación durante el período de reconstrucción motivado por la crisis. Se concluye que, aunque las inundaciones intensificaron las fragilidades estructurales, también catalizaron transformaciones en los procesos de trabajo, reforzando la necesidad de articulación entre Vigilancia en Salud y Atención Primaria para garantizar la integralidad del cuidado, incluso en contextos de desastre.

PALABRAS CLAVE: Sífilis; Vigilancia en Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Análisis Institucional; Desastres Ambientales.

INTRODUÇÃO

Os efeitos das alterações climáticas e a ocorrência de desastres ambientais sobre a saúde pública têm ganhado crescente atenção, tendo em vista sua capacidade de expor vulnerabilidades e comprometer a resposta dos sistemas de saúde aos problemas e agravos que afetam as populações. São eventos que provocam prejuízos imediatos à infraestrutura e ao bem-estar das pessoas, afetando fluxos de trabalho em estabelecimentos de saúde, cadeias de abastecimento de insumos e acesso aos serviços.

No caso de doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis, considerada uma epidemia reemergente no Brasil (Brasil, 2018), tais eventos podem comprometer diagnósticos, interromper tratamentos e reduzir a eficácia das estratégias de vigilância e prevenção, ampliando o risco de desfechos adversos, inclusive a transmissão da doença de gestantes para recém-nascidos. Assim, compreender como as ações de controle e prevenção da sífilis são fragilizadas e reorganizadas em episódios de crise ambiental é fundamental para orientar a construção de políticas que deem fôlego a práticas capazes de potencializar a resiliência institucional diante dessas adversidades.

Este artigo se detém sobre as principais dificuldades identificadas por profissionais da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica no que se refere às ações de prevenção e controle da sífilis, no contexto de uma cidade próxima de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, intensamente afetada pelas enchentes que acometeram o estado em maio de 2024. Trata-se de uma cidade com mais de duzentos mil habitantes, pertencente a uma região metropolitana de cerca de quatro milhões de pessoas. Sua rede de saúde conta com vinte e quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento. Essas unidades prestam serviços de atenção primária à saúde, sendo o primeiro ponto de contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS). O município também dispõe de um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), referência para o tratamento e acompanhamento de pacientes com HIV, aids, sífilis, hepatites virais e tuberculose, além de um centro médico e um hospital público voltados ao atendimento de casos mais graves, como sífilis congênita, sífilis terciária e neurossífilis.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

OBJETIVOS

Objetiva-se analisar os efeitos do desastre ambiental sobre a organização e a continuidade das ações voltadas à sífilis, considerando as tensões e os desafios presentes na articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica. A coordenação entre esses dois setores do sistema de saúde é essencial para garantir a detecção oportuna da doença, o início imediato do tratamento e o acompanhamento longitudinal dos casos, prevenindo interrupções, reinfecções e o desfecho da transmissão vertical. Essa integração torna-se ainda mais necessária em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e por fragilidades estruturais do sistema de saúde, principalmente em emergências sanitárias.

O relato a seguir foi elaborado a partir de pesquisa qualitativa, conduzida por meio de entrevistas, grupos de discussão, observação e acompanhamento do processo de trabalho de profissionais da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica. Trata-se de um texto amplo, que reúne impressões gerais sobre as características, dificuldades e principais entraves identificados nas estratégias de prevenção e controle da sífilis no município em questão. O objetivo é descrever o contexto em que se desenvolve o processo de trabalho na saúde voltado para a sífilis. Esses dados são analisados à luz dos marcos conceituais da Análise Institucional. Assim, inicialmente, são apresentadas as ideias centrais desse campo teórico para, em seguida, apresentar os resultados da investigação. Por fim, discutem-se as implicações das emergências climáticas para as relações entre as dimensões instituídas e instituintes nos processos de institucionalização da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.

METODOLOGIA

A Análise Institucional tem origem no chamado "institucionalismo francês", movimento intelectual surgido na década de 1960, no contexto dos processos contestatórios de maio de 1968, em Paris. No Brasil, sua inserção ocorreu na década seguinte, embora sua apropriação pela Saúde Coletiva seja mais recente, consolidando-se a partir da década de 2000 (Rossi; Passos, 2014).

Essa abordagem concebe as instituições como sistemas de regras dotados de cargas históricas e constituídos por hierarquias e dinâmicas contraditórias, que podem se apresentar de acordo com um amplo espectro de entidades, desde "constituições políticas" até as "leis, os aparelhos encarregados da execução e do controle dessas leis, bem como aos preconceitos, às modas, às superstições, etc." (Lourau, 2004, p. 71-72).

Para Lourau (2004, 2021), o conceito de instituição é composto por uma dinâmica formada por três momentos: o instituído (universalidade), o instituinte (particularidade) e a institucionalização (singularidade). Segundo Mourão (2006), essas dimensões se configuram como campos de forças em constante movimento. O primeiro momento é o da ordem estabelecida. O instituído corresponde ao componente ou à dimensão já existente, nomeada, prévia ou dada. Ou seja, corresponde às condições históricas de atuação (Lourau, 2021). O segundo momento, o instituinte, refere-se à interferência que se dá em ato, de onde emerge a capacidade de inovação e contestação. É o momento da particularidade, que nega o instituído. O instituinte, como manifestação imanente, cria o instituído, que, por sua vez, passa a apresentar novas condições de possibilidade para a dimensão instituinte das práticas.

O instituído e o instituinte, enquanto forças opostas, produzem instituições que, antes de serem entendidas como entidades estáticas ou estáveis, devem ser compreendidas como processos constantes e dialéticos de institucionalização. Na perspectiva da Análise Institucional, é nesse processo, conflitivo e composto por múltiplos sujeitos, dotados de agendas e agências distintas, que se pode acessar as essências das instituições (L'Abbate, 2012). Nesse sentido, Pereira salienta que:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

> [...] a trama dialética entre instituinte, instituído e de institucionalização faz com que ela seja realidade inacabada, projeto em construção. O instituinte não deve ser pensado como força que resulta em instituído, mas como relação de forças permanente, que comporta tanto o poder como as singularidades de resistência e produção de novos sentidos. Nas bordas do espaço instituído, debate-se o espaço instituinte, não previsível e inexato. Por isso, a instituição não pode ser compreendida somente como algo conservador, sem movimento contrário, face do instituído (Pereira, 2014, p. 12).

Dentre as diversas abordagens do campo da Análise Institucional, esta pesquisa caracteriza-se como uma análise empírica do papel da instituição. Segundo Lourau (2021), essa perspectiva enfatiza os papéis desempenhados na instituição, destacando as interações entre o instituído e o instituinte, bem como o consequente processo de institucionalização. Esse modelo analítico realiza uma crítica dos papéis institucionais, sem a materialização de intervenções diretas nos processos de trabalho. A intervenção, quando ocorre, é indireta e pode ser desencadeada por processos reflexivos gerados pelo próprio estudo.

A Análise Institucional dispõe de conceitos que permitem explorar as tensões entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no cuidado e controle da sífilis, uma vez que se concentra nos processos de institucionalização entendidos como resultado de dinâmicas dialéticas (Lourau, 2004). Nessa perspectiva, o processo de trabalho desses setores do sistema de saúde é apreendido para além do caráter imediato das práticas dos sujeitos e das determinações históricas da instituição, buscando-se a síntese sempre singular dessas duas dimensões. O objetivo dessa abordagem é produzir uma interpretação da realidade organizacional, com vistas à compreensão das lógicas que governam seus processos de trabalho (L'Abbate, 2012).

Um conceito central na Análise Institucional é o de analisador, que desloca o foco do analista para os próprios dispositivos que geram elementos para a reflexão (Rossi; Passos, 2014). Os analisadores podem ser expressões, palavras-chave, figuras ou mesmo perguntas que funcionam como eixos de discussão capazes de provocar o discurso coletivo institucional, revelando contradições, aspectos ocultos dos processos de trabalho e questionamentos sobre os limites e as possibilidades da atuação institucional. Sua função é fazer emergir as identidades e estruturas que regem a instituição e as práticas de seus integrantes.

Analisadores podem surgir espontaneamente durante a análise ou ser artificialmente criados para provocar processos de explicitação e reflexão (Rossi; Passos, 2014). Em ambos os casos, eles ganham significado ao desencadear processos reflexivos nas situações em que são aplicados. Esta pesquisa utilizou as seguintes questões como analisadores: relação entre cuidado individual e coletivo; relação entre assistência e monitoramento; procedimentos do processo de trabalho compartilhado; como proteger as pessoas da sífilis; e como cuidar das pessoas com sífilis.

Passa-se, agora, aos processos de trabalho que envolvem a sífilis no município em questão e às implicações das enchentes que acometeram o estado do Rio Grande do Sul em maio de 2024. Como ponto de partida e fio condutor, mobiliza-se um elemento central identificado nos discursos dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, referente à questão da adesão ao tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos problemas centrais para o controle da sífilis, recorrente nas falas de profissionais de saúde durante entrevistas e grupos de discussão, e mesmo no acompanhamento dos processos de trabalho, foi a questão da adesão ao tratamento. Diante de perguntas que os estimulavam a pensar as causas e os motivos do crescimento da sífilis, os interlocutores de pesquisa apresentavam um amplo leque de dificuldades e obstáculos relacionados ao cumprimento, pelos pacientes, de todo o esquema de aplicação das doses de penicilina benzatina. Trata-se

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de um problema histórico, amplamente discutido na literatura sobre a sífilis no Brasil (Duarte, 2007; Figueiredo et al., 2020; Ramos; Lima; Gubert, 2015; Silva et al., 2022), que adquire particular vivacidade quando narrado a partir de experiências concretas de trabalho com a doença.

Dentre os muitos aspectos observados, foi recorrente, nas falas dos profissionais, a observação de que o tratamento da sífilis com penicilina benzatina é muito doloroso. Essa característica se deve à sua solução densa e viscosa e ao modo de administração: uma injeção que rompe a fibra muscular e libera a substância lentamente. Assim, após a primeira aplicação, o desconforto físico leva muitos pacientes, sobretudo homens, segundo a percepção dos profissionais da rede, a não retornar para concluir o esquema completo. Nesse contexto, em reuniões de rotina ou em ocasiões pontuais, como treinamentos que reúnem equipes da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, os profissionais desta última costumam enfatizar que, diante de pacientes resistentes à penicilina, deve-se oferecer uma alternativa terapêutica, ainda que mais longa, mais onerosa e menos eficaz. Entre essas alternativas, incluem-se a doxiciclina ou a ceftriaxona, cujos esquemas variam conforme a fase da infecção e exigem acompanhamento laboratorial periódico devido ao risco aumentado de falha terapêutica: "falem para os pacientes que, se eles não quiserem a injeção, tem como tomar as gotinhas, só que demora mais" foi uma frase ouvida de maneira recorrente nas interações entre os profissionais da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica.

Os trabalhadores da rede de Atenção Básica desenvolviam, no próprio espaço de autonomia que caracteriza o trabalho vivo (Merhy, 2005), outras estratégias para lidar com a baixa adesão ao tratamento. Entre elas, destacava-se o que informalmente era denominado como "teoria do joelhaço": uma abordagem que consistia em enfatizar, de forma incisiva, os riscos e perigos à saúde associados à sífilis. O objetivo era mobilizar, por meio do temor às consequências da doença, a motivação do paciente para realizar o tratamento. Essa prática era direcionada principalmente a gestantes, com interpelações como: "Você quer que seu filho nasça doente, cheio de manchas vermelhas na pele?" ou "Você tem noção de que, se seu filho nascer com sífilis, ele ficará no hospital por dez dias e você não poderá estar com ele nos primeiros dias de vida?".

Para além das características intrínsecas das terapêuticas para a sífilis, também foram observados pelos participantes da pesquisa fatores estruturais e socioculturais que influenciam a adesão ao tratamento. Esses fatores variam desde aspectos das dinâmicas cotidianas das camadas populares no Brasil até questões ligadas à organização dos serviços da rede de saúde. No plano das condições de vida, destacou-se a frequente troca de números de telefone celular, que rapidamente tornava desatualizados os cadastros dos usuários e comprometia a busca ativa de pacientes que não retornavam para completar o esquema de penicilina ou realizar exames de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory Test*) para acompanhamento: "hoje em dia as pessoas mais pobres todas têm telefones celulares, mas elas mudam de plano e de operadora o tempo todo. Além do mais, hoje em dia ninguém mais atende ligação e não acho boa ideia deixar mensagem quando o assunto é DST". De modo semelhante, ainda que em menor escala, as mudanças frequentes de endereço também dificultavam esse processo na rede de Atenção Básica.

Já no plano da organização dos serviços de saúde, um comentário frequente dizia respeito ao horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, que, em sua maioria, encerram o atendimento à população às dezessete horas. Na percepção dos interlocutores, esse horário não apenas dificultava a ida de homens trabalhadores aos serviços, como também era frequentemente utilizado por eles como justificativa para não buscar atendimento. A essa limitação somava-se o que os profissionais descreviam como uma "resistência natural" do segmento masculino da população em relação aos cuidados em saúde, combinação apontada como fator central para a reinfecção de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal.

Além disso, chamou-se atenção para as dificuldades na realização do exame VDRL, fundamental para a confirmação do diagnóstico e o acompanhamento do tratamento. Como esse teste não é realizado nas Unidades Básicas de Saúde, mas em laboratórios contratados pelo município, os usuários precisam se deslocar até esses

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

locais e, posteriormente, encaminhar os resultados aos profissionais responsáveis pela continuidade do cuidado. Na prática, esse procedimento cria mais uma etapa no percurso assistencial, ampliando a possibilidade de que o paciente se desvincule do serviço de saúde e não conclua o tratamento proposto.

A todos esses problemas relatados pelos interlocutores nos encontros realizados durante a pesquisa, somava-se um relato mais concentrado entre os profissionais de Vigilância em Saúde sobre erros, inconsistências e lacunas no preenchimento dos diversos documentos produzidos ao longo do itinerário terapêutico das pessoas em tratamento para sífilis, como a caderneta da gestante, o prontuário eletrônico, a ficha de notificação e as planilhas de monitoramento dos casos compartilhadas com os profissionais da Atenção Básica. As falhas no registro dessas informações configuram uma tensão central nas relações entre os dois setores, sendo tema recorrente em capacitações, reuniões e encontros de rotina entre equipes. Não raro, em situações de treinamento e capacitação, os profissionais da Vigilância em Saúde apresentavam aos colegas da Atenção Básica fotos com exemplos desses documentos preenchidos incorretamente, como que para mostrar que não era exagero a preocupação expressa com a qualidade das informações e o impacto direto que essas falhas tinham na continuidade e eficácia do acompanhamento dos casos.

O registro adequado de informações mostrava-se especialmente relevante devido a uma característica da gestão do trabalho na rede municipal, associada também ao processo de terceirização da saúde que atravessa sistemas de saúde em países de capitalismo periférico (Druck, 2016). Trata-se da existência de múltiplas formas de vínculo empregatício que conectam os trabalhadores da saúde aos serviços. No caso estudado, havia três modalidades principais: por meio de uma fundação, de um instituto de saúde ou da própria prefeitura do município. Essa diversidade contratual resultava em elevada rotatividade de profissionais, fragilizando não apenas os vínculos entre servidores e usuários do sistema de saúde, com prejuízo à longitudinalidade do cuidado, fundamental para completar o esquema terapêutico da sífilis, mas também as relações entre equipes de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde. Tal cenário exigia desde a realização de novas capacitações até a reconfiguração e repactuação constante dos processos de trabalho: "é muito comum chegarem novos enfermeiros na rede, que ficam referência nas Unidades de Saúde, e eles irem embora antes mesmo de termos a possibilidade de conhecer quem são". Nesse contexto de alta rotatividade, a precisão dos registros tornava-se crucial, pois representava a forma instituída de circulação de informações entre esses dois setores do sistema de saúde.

Essas dificuldades compunham o conjunto de tensões entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde no controle da sífilis no município estudado. É nesse cenário que, em maio de 2024, ocorre o evento climático extremo das enchentes. Tratou-se da mais grave tragédia climática da história do estado, com enormes danos materiais e humanos: infraestruturas de transporte foram destruídas, centenas de milhares de residências foram alagadas, ocorreram perdas generalizadas na rede de serviços e no comércio, colheitas e plantações foram comprometidas e, no mínimo, 183 pessoas perderam a vida. Tal como em diversos outros municípios, a cidade onde esta pesquisa foi realizada foi gravemente afetada. Sem sistema de contenção de cheias, o aumento da vazão dos rios que circundam a região atingiu 80% do território e desalojou cerca de metade da população. A rede de saúde também foi severamente comprometida: das 25 Unidades Básicas de Saúde existentes, 16 (64%) foram afetadas e 8 (32%) ficaram totalmente inoperantes.

A capacidade de absorção das demandas pela rede foi comprometida em termos materiais e de recursos humanos. Uma das consequências imediatas das enchentes foi o aumento expressivo da demanda sobre a rede de saúde, que passou a direcionar quase integralmente seus esforços para a contenção dos efeitos da tragédia e para o atendimento das pessoas afetadas, o que envolvia tanto problemas de ordem física quanto intensa carga de sofrimento mental. Nesse contexto, diversos serviços, como laboratórios, hospitais, Unidades Básicas de Saúde e o Serviço de Atendimento Especializado, concentraram-se em responder aos problemas decorrentes do desastre, reduzindo o foco de ações voltadas para outros agravos, entre eles a sífilis. Muitos profissionais também ficaram impossibilitados de atuar, seja pela destruição de seus locais de trabalho, seja pela dificuldade de acesso

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

aos serviços que permaneceram em funcionamento. Paralelamente, milhares de pessoas ficaram desabrigadas e se deslocaram, temporária ou definitivamente, o que resultou na perda de vínculos com os serviços de saúde. Nesse cenário, agravos como a sífilis passaram para segundo plano nos processos de autocuidado, eclipsados pela urgência da sobrevivência material diante da catástrofe.

Uma das principais medidas adotadas pela gestão municipal diante da devastação provocada pela enchente foi instituir o acesso às Unidades Básicas de Saúde em modalidade de demanda aberta e espontânea, isto é, sem a exigência de vinculação dos usuários aos territórios onde essas unidades estão localizadas. A decisão foi motivada pelas realocações residenciais impostas aos moradores, pelo aumento da demanda por serviços de saúde e pela redução no número de unidades disponíveis. Embora essencial diante da adversidade sanitária, a medida acentuou a fragilização da longitudinalidade do cuidado, o que repercute no acompanhamento dos casos de sífilis no município. Os possíveis efeitos dessa desvinculação entre usuários e serviços foram parcialmente mitigados pela criação do "Zap da Saúde", serviço oferecido pela prefeitura por meio da plataforma digital WhatsApp. Entre outras funcionalidades, o canal permite a renovação de receitas de medicamentos, oferece escuta inicial em saúde mental, informações sobre ações e serviços, e disponibiliza atendimento exclusivo para pessoas atingidas pela enchente.

Passa-se, agora, à discussão sobre os efeitos do evento climático extremo representado pelas enchentes nas dimensões instituídas e instituintes da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica em suas estratégias de prevenção e controle da sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas relatados pelos profissionais de saúde envolvidos nesta pesquisa refletem dimensões instituídas tanto na Vigilância em Saúde quanto na Atenção Básica. São características estruturais dos processos de trabalho que condicionam as formas de atuação dessas instituições, influenciando também o desempenho dos profissionais e repercutindo na ocorrência e distribuição de doenças e agravos. Dificuldades no preenchimento das fichas de notificação, demanda que excede a capacidade instalada dos serviços, precarização das relações de trabalho e terceirização dos serviços públicos são fatores que orientam as lógicas de funcionamento da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica, instituindo processos de trabalho pelos quais essas instituições se reproduzem.

Argumenta-se que a enchente que afetou o município agravou esse cenário. A demanda sobre a rede de saúde intensificou-se, a força de trabalho diminuiu e os vínculos entre usuários e serviços, bem como entre os próprios serviços, foram fragilizados. O evento atuou como catalisador das dimensões instituídas que conformam a ordem estabelecida. Para além dos efeitos imediatos na rede de saúde, a crise climática também representa um fator de transformação duradoura. Embora marque uma ruptura momentânea, ela provoca mudanças permanentes na forma de funcionamento da rede, moldando as condições estruturais e operacionais desses setores, de forma a reproduzir o contexto no qual suas práticas são realizadas. O "Zap da Saúde" funciona até os dias atuais, assim como o regime de atendimento em Unidades Básicas de Saúde na modalidade de demanda aberta.

Mas nem tudo se reduziu à estabilização do instituído. Ao longo do processo de trabalho que se seguiu ao período de reconstrução, emergiram também dimensões instituintes, que promoveram mudanças criativas nos processos de institucionalização. Como exemplos, destacam-se a criação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical e a implantação da Plataforma Salus, um sistema de monitoramento da sífilis. Abordam-se, brevemente, essas experiências.

O Comitê de Investigação da Transmissão Vertical foi instituído aproximadamente um ano após a enchente de maio de 2024. Trata-se de uma entidade investigativa composta por representantes de diversos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

serviços do sistema local de saúde, com o objetivo de analisar casos de transmissão vertical da sífilis, HIV e hepatites B e C. Por meio do estudo detalhado desses casos, o Comitê busca identificar falhas na rede de atenção que levaram à ocorrência da transmissão vertical, propor atividades educativas e promover transformações nos processos de trabalho. As reuniões são marcadas pela busca conjunta de soluções, elaboração de propostas e estabelecimento de parcerias entre profissionais que, até então, desconheciam a possibilidade de coordenar suas responsabilidades para aprimorar as estratégias de controle dessas doenças.

Um exemplo são os dados dos prontuários hospitalares de mulheres grávidas e recém-nascidos com sífilis, aos quais os profissionais da Vigilância em Saúde não possuem acesso. Esses documentos são importantes para verificar informações relevantes dos casos de sífilis congênita e em gestantes, como quantos exames VDRL foram realizados e quais foram os resultados das titulações. Nesse sentido, o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical contempla profissionais do hospital público do município, que conseguiram autorização para levar cópias dos prontuários para consulta nas reuniões: "Através do Comitê conseguimos informações que antes não tínhamos acesso. Há um peso institucional que faz a diferença", afirmou uma participante da pesquisa.

Já a plataforma Salus é um sistema desenvolvido pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), voltado para a promoção de inovação tecnológica em saúde. Trata-se de um *software* operado em computadores, cujo objetivo é integrar a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, possibilitando o monitoramento do diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis e identificando usuários não tratados por meio do cruzamento de dados. Atualmente, essa plataforma está sendo implementada na rede de Atenção Básica do município em questão, com treinamentos e sessões de esclarecimento para os profissionais de saúde. Nessas ocasiões, os profissionais questionam e propõem aperfeiçoamentos do sistema, dando origem a iniciativas e soluções efetivas para os problemas de comunicação entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

Nesse sentido, nas sessões de treinamento de operação da plataforma Salus, a maior parte das perguntas era realizada pelos profissionais de Atenção Básica com o sentido de desafiar as possibilidades do sistema diante das situações da vida real encontradas nos processos de trabalho. Tal como perguntou uma profissional: "e no caso de uma paciente com teste rápido positivo afirmar que fez semana passada um exame VDRL que atesta que se trata de uma cicatriz, mas não possui cópia do exame, como fazemos para inserir o caso no sistema?"; ou "e se o paciente começa o tratamento em uma Unidade de Saúde, e no percurso do esquema terapêutico passa a ser acompanhado em outra unidade, como fica registrado no sistema? É possível mudar o gestor do caso?". Sugestões de aprimoramento do sistema também pautaram os encontros de treinamento: "seria bom se fosse possível imprimir um relatório com todas as datas de realização dos exames VDRL"; ou "a informação do contactante (pessoa de referência do caso, geralmente a parceria sexual) deveria ser de preenchimento obrigatório, e não opcional, assim corre-se o risco de essa categoria não ser preenchida, e sabemos que é fundamental".

Contudo, dentre as possibilidades da plataforma Salus, o fato que mais chamou a atenção dos profissionais de Atenção Básica foi o fato de esse sistema prescindir do preenchimento manual da ficha de notificação. A partir de sua implementação, o trabalho de inscrição dos casos será realizado diretamente no sistema: "não precisa mais mandar papel, não precisa mais mandar e-mail, a UBS não notifica mais", como bem resumiu um interlocutor que acompanhava o treinamento. Essa mudança no processo de trabalho era vista como sinônimo de agilidade e de inovação no monitoramento da sífilis, o que permitia a produção de dados mais próximos da realidade epidemiológica da doença: "vai ficar muito mais fácil, vamos perder muito menos casos agora".

Esses exemplos ilustram como situações adversas não impedem o questionamento das lógicas instituídas nos processos de trabalho relacionados ao controle e à prevenção da sífilis. O engajamento dos profissionais diretamente envolvidos nas ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica revelou uma reação proativa diante dos desafios, demonstrando abertura e disposição para a promoção de mudanças. Tanto o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical quanto a implementação da plataforma Salus expressam esse

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

movimento instituidor, em que práticas tradicionais são revisadas e aprimoradas por meio da colaboração, da inovação e da busca por soluções que superem as limitações impostas pela ordem estabelecida.

Por fim, defende-se que o engajamento com as dimensões instituintes é fundamental para o enfrentamento de crises climáticas. A integralidade em saúde, um dos signos da articulação entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, constitui uma dessas dimensões, convocando mudanças criativas nos processos de cuidado. Trata-se de um conceito polissêmico, que abarca desde o acolhimento de usuários do sistema de saúde enquanto totalidades biopsicossociais até os mecanismos de referência e contrarreferência entre serviços, a fim de oferecer um cuidado mais completo e articulado. Ao ocupar esse amplo espectro conceitual, sustentado por múltiplos repertórios, a integralidade possibilita a emergência do instituinte. Por isso, ela deve ser um princípio orientador também no enfrentamento dos desafios impostos pela crise climática que marca o tempo contemporâneo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. (Boletim Epidemiológico, v. 49, n. 45). Disponível em: https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018. Acesso em: 31 jan. 2025.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, nov. 2016.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, abr. 2007.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. de et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00074519, 2020.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41580. Acesso em: 15 ago. 2025.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. P. 66-89.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MOURÃO, L. C. **O professor e a instituição formação em saúde**: implicações nas transformações curriculares. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 10-19, abr. 2007.

RAMOS, M. K. P.; LIMA, A. M. C. de; GUBERT, M. B. Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 6, p. 641-653, nov./dez. 2015.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jan./jun. 2014.

SILVA, K. C. Da et al. Desafio à adesão ao tratamento da sífilis pelo parceiro sexual na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-Estar**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 94-111, 2022.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ACOLHIMENTO E ESCUTA ATIVA DE TRABALHADORES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO DURANTE A CRISE CLIMÁTICA NO RIO GRANDE DO SUL

Lisiane Vieira dos Santos
Fernanda Picetti dos Santos
Aline Zeller Branchi

RESUMO

Introdução: a crise climática provocada pelas enchentes no Rio Grande do Sul, em 2024, impactou significativamente trabalhadores e trabalhadoras do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), exigindo respostas institucionais voltadas ao acolhimento, à escuta ativa e ao cuidado em saúde mental. Objetivo: relatar a experiência de implementação de um processo institucional de escuta ativa e acolhimento de trabalhadores atingidos pelas enchentes, no âmbito do GHC, destacando sua relevância para a gestão de pessoas e para o enfrentamento de crises. Metodologia: trata-se de um relato de experiência desenvolvido pela Gerência de Gestão de Pessoas (GGP), a partir de maio de 2024, com abordagem qualitativa. A principal estratégia utilizada foi um formulário eletrônico para identificação das situações vivenciadas pelos trabalhadores, como residência alagada, entorno inundado, ausência de transporte, fechamento de creches e escolas, bem como demandas relacionadas a abono de ponto, fornecimento de itens, transporte, acolhimento e escuta. As informações eram analisadas diariamente e encaminhadas às equipes responsáveis, incluindo gestão de pessoas, Gestão do Trabalho, psicólogos institucionais e Saúde do Trabalhador. Resultados e discussão: foram registradas 4.754 respostas, que resultaram em 3.710 solicitações após a exclusão de registros repetidos. Aproximadamente 1.500 trabalhadores relataram perdas materiais expressivas. As demandas mais frequentes envolveram abono de ponto, itens essenciais e acolhimento. Identificou-se que cerca de 90% dos pedidos estavam associados a necessidades implícitas de apoio emocional, reforçando a importância da escuta qualificada para reconhecer demandas não verbalizadas diretamente. A estratégia permitiu resposta rápida, atuação remota de trabalhadores impossibilitados de deslocamento e fortalecimento do engajamento interno. Considerações finais: a experiência evidenciou que práticas humanizadas e organizadas de acolhimento são fundamentais em contextos de calamidade, pois contribuem para a proteção da saúde mental, fortalecem vínculos institucionais e reafirmam os princípios de integralidade, equidade e humanização do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: acolhimento; gestão de pessoas; enchentes; saúde mental; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A crise climática decorrente das enchentes que assolaram o estado do Rio Grande do Sul, em 2024, afetou significativamente a vida de trabalhadores e trabalhadoras do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Em contextos de calamidade, práticas institucionais de acolhimento e cuidado são essenciais para mitigar impactos psicossociais e preservar a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

No campo da saúde coletiva, a escuta qualificada é reconhecida como tecnologia leve fundamental para compreender necessidades, estabelecer vínculos e desenvolver ações integradas de cuidado (Merhy, 2002).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Nesse cenário, a Gerência de Gestão de Pessoas (GGP) articulou estratégias multiprofissionais fundamentadas na escuta ativa e na resposta imediata, alinhadas aos princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim *et al.*, 2011).

Destaca-se, ainda, que a estratégia de gestão foi embasada na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), ao valorizar o trabalhador do SUS e compreender seus aspectos de vida, incluindo o território desses trabalhadores como espaço vivo, constituído por dimensões sociais, culturais, políticas e históricas (Mendonça, 2018).

Objetivo

Relatar a experiência de implementação de um processo institucional de escuta ativa e acolhimento de trabalhadores atingidos pelas enchentes de 2024, no âmbito do GHC, destacando sua relevância para a saúde mental e a gestão de crises.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado nas ações desenvolvidas pela GGP a partir de maio de 2024. O processo foi estruturado a partir de uma abordagem qualitativa, reconhecida por seu potencial de captar dimensões subjetivas das experiências humanas e orientar a construção de respostas contextualizadas (Minayo, 2022). A estratégia central consistiu no uso de um formulário eletrônico para registro das necessidades dos trabalhadores, incluindo dados de identificação, cargo, gerência de lotação, situação vivenciada (residência alagada, entorno inundado, ausência de transporte ou fechamento de creches e escolas) e demandas prioritárias (abono de ponto, acolhimento e escuta, fornecimento de itens e transporte). A análise das informações era realizada diariamente, com encaminhamento imediato às equipes responsáveis, incluindo a gerente de gestão de pessoas da época, a assessoria e demais trabalhadores administrativos da GGP, a coordenação e trabalhadores da Gestão do Trabalho, psicólogos institucionais e trabalhadores da Saúde do Trabalhador.

RESULTADOS

No período, foram registradas 4.754 respostas, que, após filtragem, resultaram em 3.710 solicitações, pois foram identificadas respostas repetidas. Dessas solicitações, aproximadamente 1.500 relataram perdas materiais de grande proporção, como eletrodomésticos, roupas, alimentos e até carros. As demandas mais frequentes incluíram abono de ponto, fornecimento de itens essenciais e acolhimento e escuta. Verificou-se que, em cerca de 90% dos casos, os pedidos de abono ou de itens estavam associados a uma necessidade implícita de apoio emocional, o que reforçou a importância da escuta qualificada para identificar demandas não verbalizadas diretamente. Nesses casos, houve encaminhamento ao grupo de psicólogas institucionais.

O uso do formulário eletrônico otimizou a gestão da crise, permitindo também a atuação remota de trabalhadores da GGP impossibilitados de deslocamento físico, mas aptos ao trabalho. Também gerou engajamento interno, com profissionais vítimas da tragédia participando ativamente do apoio aos colegas, mobilizando-se por meio de tecnologias leves de cuidado (Merhy, 2002).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DISCUSSÃO

A experiência evidencia que estratégias baseadas na escuta ativa e no acolhimento não apenas respondem às necessidades imediatas, mas também fortalecem vínculos institucionais e promovem resiliência. Esse resultado dialoga com os princípios do SUS, que preconizam a integralidade e a equidade na atenção à saúde (Paim *et al.*, 2011).

A experiência demonstra, ainda, uma prática de gestão alicerçada na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), ao efetivar uma ação voltada aos trabalhadores que sofriam as consequências da crise climática. Esse movimento caracteriza o aspecto transversal dessa política, que deve integrar as agendas institucionais e transformar posturas e relações de trabalho entre os sujeitos do SUS. Ao considerar o espaço de vida do trabalhador, compreendendo o território como lugar seguro, de relações e interações culturais, sociais e cotidianas, comprometido em meio ao desastre, tornou-se necessária uma postura ativa da gestão para formular um projeto emergencial voltado aos trabalhadores.

A experiência confirma a relevância de abordagens qualitativas para compreender a complexidade das experiências humanas em contextos de crise, como destaca Minayo (2022). A integração de práticas de gestão de pessoas com tecnologias leves de cuidado, conforme proposto por Merhy (2002), demonstra que o trabalho vivo em ato pode ser decisivo na efetividade das respostas institucionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação desenvolvida pela GGP durante as enchentes de 2024 reafirma a importância de estratégias humanizadas e organizadas de acolhimento em contextos de calamidade. Para além da resposta emergencial, consolidou o cuidado em saúde mental como dimensão estratégica da gestão de pessoas no setor público de saúde, fortalecendo os princípios do SUS e a capacidade de resposta institucional diante de crises.

O cuidado em saúde mental ultrapassa a medicalização e a obrigatoriedade de estabelecimento de diagnóstico em saúde. Considerar os fatores psicossociais, em especial em condições adversas, como as enfrentadas nas enchentes, é condição para um cuidado integral e equânime. A atuação responsável e comprometida de profissionais implicados com a sustentabilidade do SUS evidencia uma prática coletiva de todos os sujeitos envolvidos nesta experiência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional n. 132, de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **GHC acolhe trabalhadores atingidos pelas enchentes**. Porto Alegre: GHC, 13 jun. 2024. Disponível em: https://ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=32115. Acesso em: 14 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Trabalhadores do GHC presentes no auxílio às vítimas das enchentes**. Porto Alegre: GHC, 18 jun. 2024. Disponível em: https://ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=32154. Acesso em: 14 ago. 2025.

MENDONÇA, M. H. M. de et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

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

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 15. Ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REGULAÇÃO HOSPITALAR: ARTICULAÇÃO DO CUIDADO COM A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE PARA A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PÓS-ALTA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Daniel Pires Conceição
Maria do Amparo de Lima
Roberta Machado da Costa Lameira

RESUMO

A regulação hospitalar desempenha papel central na organização do fluxo assistencial, garantindo que a alta hospitalar não represente interrupção abrupta do cuidado, mas uma transição planejada para a continuidade do tratamento na Atenção Básica de Saúde (ABS). Este artigo analisa a importância da integração entre os serviços hospitalares e a ABS, destacando estratégias que favorecem a comunicação efetiva entre os níveis de atenção, o acompanhamento pós-alta e a redução de reinternações evitáveis. A abordagem metodológica baseou-se em revisão bibliográfica e análise documental de protocolos institucionais, buscando compreender práticas consolidadas e desafios enfrentados pelos serviços de saúde. Os resultados indicam que o sucesso da articulação depende de sistemas de informação interoperáveis, fluxos assistenciais bem definidos e capacitação permanente das equipes. A discussão evidencia que a coordenação entre hospital e ABS fortalece a resolutividade, otimiza recursos e promove cuidado centrado no usuário. Conclui-se que a regulação hospitalar integrada à Atenção Básica é elemento estratégico para a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a sustentabilidade do sistema diante das demandas crescentes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Regulação hospitalar; Atenção Básica de Saúde; Continuidade do cuidado; Pós-alta hospitalar; Integração de serviços.

ABSTRACT

Hospital regulation plays a central role in organizing the care flow, ensuring that hospital discharge does not represent an abrupt interruption of care, but rather a planned transition for the continuity of treatment in Primary Health Care (PHC). This article analyzes the importance of integration between hospital services and PHC, highlighting strategies that promote effective communication between levels of care, post-discharge follow-up, and the reduction of avoidable readmissions. The methodological approach was based on a bibliographic review and documentary analysis of institutional protocols, seeking to understand consolidated practices and challenges faced by health services. The results indicate that the success of this articulation depends on interoperable information systems, well-defined care flows, and ongoing team training. The discussion shows that coordination between hospitals and PHC strengthens problem-solving capacity, optimizes resources, and promotes user-centered care. It is concluded that hospital regulation integrated with Primary Health Care is a strategic element for the comprehensiveness of the SUS and for the sustainability of the system in the face of increasing health demands.

KEYWORDS: Hospital regulation; Primary Health Care; Continuity of care; Post-hospital discharge; Service integration.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESUMEN

La regulación hospitalaria desempeña un papel central en la organización del flujo asistencial, garantizando que el alta hospitalaria no represente una interrupción abrupta del cuidado, sino una transición planificada para la continuidad del tratamiento en la Atención Básica de Salud (ABS). Este artículo analiza la importancia de la integración entre los servicios hospitalarios y la ABS, destacando estrategias que favorecen la comunicación efectiva entre los niveles de atención, el seguimiento posterior al alta y la reducción de reingresos evitables. El abordaje metodológico se basó en una revisión bibliográfica y en el análisis documental de protocolos institucionales, con el propósito de comprender prácticas consolidadas y desafíos enfrentados por los servicios de salud. Los resultados indican que el éxito de la articulación depende de sistemas de información interoperables, flujos asistenciales bien definidos y capacitación permanente de los equipos. La discusión evidencia que la coordinación entre el hospital y la ABS fortalece la capacidad resolutiva, optimiza recursos y promueve un cuidado centrado en el usuario. Se concluye que la regulación hospitalaria integrada a la Atención Básica constituye un elemento estratégico para la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS) y para la sostenibilidad del sistema ante las crecientes demandas de salud.

PALABRAS CLAVE: Regulación hospitalaria; Atención Básica de Salud; Continuidad del cuidado; Posalta hospitalaria; Integración de servicios.

INTRODUÇÃO

A regulação hospitalar é um dos recursos mais importantes para organizar a forma como o Sistema Único de Saúde (SUS) distribui seus serviços e recursos. Ela funciona como ponto de coordenação, pois orienta e acompanha a disponibilização de vagas, exames e procedimentos hospitalares aos usuários que deles necessitam. Esse trabalho não se limita ao momento em que a pessoa ingressa no hospital. Ele também deve considerar o que ocorre quando o paciente recebe alta, garantindo que esse momento constitua uma passagem para outra etapa do cuidado, e não o encerramento do acompanhamento.

Quando alguém deixa o hospital, o tratamento e o acompanhamento ainda podem ser necessários, muitas vezes por período prolongado. Por isso, a articulação entre o serviço hospitalar e a Atenção Básica de Saúde (ABS) é essencial. Por estar presente nos territórios, a ABS conhece a realidade das famílias e pode oferecer acompanhamento mais próximo, por meio de consultas agendadas, visitas domiciliares ou atuação das equipes de Saúde da Família. Essa proximidade reduz riscos de complicações, evita novas internações e contribui para a manutenção da saúde sob controle.

Essa integração entre hospital e Atenção Básica compõe o conceito de Redes de Atenção à Saúde, que o SUS busca fortalecer. A proposta é que os diferentes serviços de saúde trabalhem de maneira articulada e complementar, para que o usuário não fique desassistido entre um atendimento e outro. No caso da alta hospitalar, essa articulação significa que o hospital deve encaminhar informações claras e completas à equipe da ABS, e que essa equipe deve dispor de condições para dar continuidade ao cuidado. Isso inclui não apenas dados sobre a doença ou o procedimento, mas também informações sobre as condições de vida do paciente, a existência de suporte familiar, a necessidade de visitas domiciliares e o acesso aos medicamentos prescritos.

As políticas públicas brasileiras já apresentam essa orientação, como a Política Nacional de Atenção Hospitalar e a Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, na prática, ainda há muitos obstáculos. Em diversos contextos, não há protocolo padronizado para organizar a transição do cuidado. É comum que a comunicação entre hospital e unidade básica seja realizada por telefone ou por mensagens informais, o que

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

pode ocasionar perda de informações importantes. Essa fragilidade compromete a continuidade do tratamento e expõe o paciente a riscos evitáveis.

Outro desafio refere-se à tecnologia. Sistemas informatizados que conectam hospitais e unidades básicas podem fazer grande diferença, pois permitem registrar e compartilhar dados clínicos de forma segura. Alguns estados e municípios brasileiros já utilizam ferramentas desse tipo, mas o alcance ainda é desigual. Há regiões em que o acesso a esses recursos é limitado, seja pela falta de infraestrutura, seja pela carência de profissionais capacitados para operá-los.

Essa articulação também exige que o cuidado seja centrado na pessoa, considerando sua realidade e suas necessidades individuais. O paciente não é apenas um conjunto de sintomas. Ele tem história, ambiente familiar e social, hábitos de vida e preferências que precisam ser respeitados. O momento da alta deve incluir orientação clara, de modo que o paciente e sua família compreendam como será a continuidade do cuidado, quais cuidados devem ser mantidos em casa, quando procurar ajuda e quais serviços estarão disponíveis para atendê-lo.

Esse trabalho ganha ainda mais relevância nos casos de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, problemas respiratórios e cardíacos. Essas condições exigem acompanhamento contínuo para evitar crises e complicações. Quando não há boa articulação entre hospital e ABS, é comum que o paciente retorne ao hospital por falta de monitoramento ou de orientações adequadas. Isso prejudica a saúde da pessoa e gera custos maiores para o sistema.

O papel da regulação hospitalar, portanto, vai além da liberação de vagas ou do encaminhamento de pacientes. Ela também pode organizar fluxos, garantindo que a pessoa receba cuidados na medida adequada e no serviço mais apropriado, com continuidade. Ao funcionar de forma integrada com a Atenção Básica, essa regulação torna-se uma ferramenta para melhorar a qualidade do cuidado e para manter o SUS funcionando de modo mais eficiente.

Para que isso seja possível, é necessário investir em treinamento de equipes, criação de protocolos claros e desenvolvimento de ferramentas tecnológicas que facilitem a comunicação entre diferentes pontos da rede. É igualmente importante valorizar a cooperação entre profissionais e incentivar o trabalho conjunto, no qual todos compreendam seu papel na recuperação e no acompanhamento do paciente.

Quando hospital e Atenção Básica trabalham de forma articulada, o resultado é um cuidado mais seguro, eficiente e próximo da realidade das pessoas. Essa conexão não apenas melhora os desfechos clínicos, mas também fortalece a confiança da população no sistema de saúde. No contexto do SUS, que tem como pilares a universalidade e a integralidade, a integração pós-alta é um passo fundamental para garantir que o cuidado acompanhe a vida do usuário, e não apenas o momento da internação.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar de que forma a regulação hospitalar se articula à Atenção Básica de Saúde para manter o cuidado após a alta, considerando práticas adotadas, resultados e dificuldades encontradas.

Objetivos específicos

- Explicar o papel da regulação hospitalar na organização do acesso e no encaminhamento de pacientes entre diferentes níveis de atendimento.
- Identificar práticas que fortalecem a comunicação entre hospitais e equipes de Atenção Básica no momento da alta.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Relatar ações que contribuem para a segurança do paciente e evitam retornos desnecessários ao hospital.

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido a partir de abordagem qualitativa, escolhida por permitir compreender com maior profundidade as relações e os processos envolvidos na articulação entre a regulação hospitalar e a Atenção Básica de Saúde (ABS) no período pós-alta hospitalar. Esse formato foi adotado porque o foco não se restringe a números ou indicadores, mas envolve a forma como os serviços se conectam, as práticas utilizadas e as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Para a construção do estudo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Essa escolha se justifica pela possibilidade de reunir informações de diferentes fontes e interpretar os dados de forma crítica, compondo um panorama amplo sobre o tema. Ao contrário de revisões sistemáticas, que seguem protocolos rígidos e delimitam critérios de inclusão e exclusão mais restritos, a revisão narrativa permitiu trabalhar com materiais variados e incorporar perspectivas complementares sobre o assunto.

A busca de informações foi realizada em bases de dados reconhecidas pela comunidade científica, como SciELO, PubMed, LILACS e Google Acadêmico. Essas plataformas foram selecionadas por concentrarem artigos revisados por pares e por oferecerem acesso a textos completos, o que favoreceu a análise detalhada do conteúdo. Também foram consultados documentos institucionais e normativos publicados pelo Ministério da Saúde, além de portarias e manuais que orientam a regulação hospitalar e a integração com a Atenção Básica.

Os descritores utilizados na pesquisa seguiram a terminologia do DeCS e do MeSH, combinando termos relacionados ao tema central, entre eles: "regulação hospitalar", "atenção básica de saúde", "alta hospitalar", "continuidade do cuidado" e "rede de atenção à saúde". Esses termos foram empregados isoladamente e em combinações, tanto em português quanto em inglês, a fim de ampliar o alcance dos resultados.

O recorte temporal definido foi de 2019 a 2024, visando contemplar publicações recentes que refletissem práticas e desafios atuais do SUS. Essa delimitação também permitiu incluir estudos produzidos durante e após o período da pandemia de covid-19, fase em que a articulação entre diferentes níveis de atenção ganhou ainda mais relevância.

Foram selecionados artigos que apresentavam relação direta com o tema e abordavam pelo menos um dos seguintes pontos: práticas de integração entre hospital e ABS no momento da alta; estratégias de regulação de leitos voltadas à continuidade do cuidado; comunicação entre equipes hospitalares e da Atenção Básica; dificuldades enfrentadas na transição do cuidado; ou resultados observados com a adoção de protocolos de pós-alta.

A leitura dos textos foi realizada em duas etapas. Inicialmente, procedeu-se à triagem com base nos títulos e resumos, para verificar a pertinência em relação à proposta do artigo. Em seguida, foi feita a leitura completa dos trabalhos selecionados, destacando trechos que descreviam experiências, resultados, desafios e recomendações. Essas informações foram registradas em planilhas, para facilitar a comparação entre diferentes fontes e a organização dos conteúdos em eixos temáticos.

Durante a análise, buscou-se identificar convergências e divergências nas práticas e recomendações encontradas. O material foi agrupado em três grandes eixos: 1) processos de comunicação e troca de informações entre hospital e ABS; 2) estratégias de acompanhamento pós-alta e papel das equipes multiprofissionais; 3) barreiras e soluções para a efetiva integração dos serviços. Essa estruturação contribuiu para construir uma visão organizada e coerente, em diálogo com os objetivos propostos no estudo.

O trabalho respeitou o uso ético das informações, priorizando fontes públicas e devidamente citadas. Nenhum dado individual de pacientes foi utilizado, uma vez que o estudo se baseia exclusivamente em

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

publicações e documentos de acesso aberto. Por se tratar de pesquisa bibliográfica, não foi necessária submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

Essa metodologia foi definida para garantir que o conteúdo final apresentasse um panorama fiel e atualizado sobre a articulação entre regulação hospitalar e Atenção Básica de Saúde no pós-alta hospitalar. O processo de seleção, leitura e análise do material buscou manter a objetividade, preservando a sensibilidade necessária para compreender o impacto dessas práticas no cuidado oferecido aos usuários do SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Práticas e estratégias que fortalecem a articulação entre regulação hospitalar e Atenção Básica

A comunicação estruturada entre hospital e Atenção Básica de Saúde (ABS) é um dos elementos mais eficazes para garantir a continuidade do cuidado após a alta. Em experiências bem organizadas, o relatório de alta é encaminhado à equipe da ABS com informações clínicas completas, detalhes sobre o uso de medicamentos, agendamentos de consultas e orientações adaptadas ao perfil do paciente. Esse tipo de registro facilita o planejamento imediato do acompanhamento, reduzindo lacunas e prevenindo agravamentos que poderiam gerar retorno precoce ao hospital. A clareza dessas informações é determinante para um cuidado seguro e integral (Costa, 2020).

A presença de profissionais com função específica de articular a transição, como as enfermeiras de ligação, tem se mostrado estratégia eficaz. Esses profissionais acompanham a internação desde o início, coletam dados sobre a evolução clínica e identificam precocemente necessidades de suporte domiciliar. Antes da alta, repassam dados à ABS para que a continuidade do cuidado ocorra sem atrasos. Ao intermediar essa comunicação, garantem que as orientações sejam compreendidas e que a família saiba como proceder nos primeiros dias em casa, reduzindo riscos e fortalecendo o vínculo entre os serviços (Costa, 2020).

O uso de sistemas informatizados que conectam unidades hospitalares e de Atenção Básica tem potencial para otimizar essa articulação. Ferramentas digitais possibilitam o acesso simultâneo a exames, prescrições e histórico clínico, agilizando a tomada de decisão da equipe que assume o cuidado. Em estudos, a utilização consistente dessas plataformas mostrou redução nas reinternações e melhor adesão do paciente ao tratamento prescrito. Também diminui o retrabalho, pois evita a repetição de exames e consultas desnecessárias, contribuindo para a economia de recursos (Chaves, 2024).

A gestão de leitos, quando alinhada à regulação interna, também influencia diretamente a continuidade do cuidado. Enfermeiros que atuam nesse processo identificam, durante a internação, pacientes com necessidade de acompanhamento intensivo no território e repassam essa informação à ABS. Esse contato antecipado facilita a marcação de visitas domiciliares, garante o fornecimento de insumos e organiza consultas de retorno. Essa prática fortalece a segurança do paciente e previne descompensações, diminuindo a probabilidade de nova hospitalização (Borges, 2020).

A capacitação de profissionais para compreender e executar esse fluxo de integração é essencial. Treinamentos que abordam desde a elaboração de relatórios claros até o uso adequado dos sistemas de informação aumentam a qualidade da comunicação entre serviços. Quando os profissionais entendem o impacto da transição bem conduzida, tendem a adotar condutas mais proativas. Esse preparo também contribui para a consolidação de uma cultura institucional voltada à continuidade do cuidado como parte indissociável do tratamento (Nascimento, 2024).

A ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) favorece essa integração, pois o vínculo anterior entre equipe e paciente facilita o retorno após a alta. Conhecendo o histórico clínico e social do usuário, a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ABS consegue intervir rapidamente diante de sinais de agravamento e ajustar o plano terapêutico conforme as condições reais encontradas no domicílio. Esse conhecimento prévio potencializa o acompanhamento de doenças crônicas e evita complicações que resultariam em reinternações, trazendo benefícios tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (Kessler, 2019).

Iniciar o planejamento da alta ainda na admissão hospitalar é uma medida que demonstra bons resultados. Essa abordagem permite identificar desde cedo as demandas de acompanhamento, os recursos necessários e os possíveis obstáculos para o retorno ao território. Com isso, as orientações ao paciente e à família podem ser distribuídas ao longo da internação, garantindo melhor compreensão. Consultas e procedimentos de seguimento já ficam agendados antes da saída do hospital, evitando períodos sem cobertura assistencial (Barbosa, 2023).

O fluxo de referência e contrarreferência, quando bem estruturado, reduz a perda de informações entre hospital e ABS. Esse mecanismo formal assegura que cada encaminhamento seja acompanhado de retorno sobre as condutas adotadas, criando um ciclo contínuo de comunicação. Para que funcione, é necessário apoio institucional e ferramentas que registrem e monitorem esses encaminhamentos. Essa organização aumenta a previsibilidade do cuidado e reforça a responsabilidade compartilhada entre os diferentes pontos da rede (Oliveira, 2021).

Equipes multiprofissionais ampliam a visão sobre as necessidades do paciente no momento da alta. Profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais conseguem identificar demandas específicas que, se não observadas, podem comprometer a recuperação. Ao compartilhar essas informações com a ABS, contribuem para um cuidado mais abrangente, que considera aspectos físicos, nutricionais e sociais. Essa troca qualifica a intervenção no território e reduz a possibilidade de agravos (Zanetoni, 2023).

As ações interprofissionais no processo de alta favorecem a continuidade informacional e relacional. A comunicação direta entre profissionais hospitalares e da ABS permite ajustar condutas de forma ágil e evitar orientações contraditórias. Isso aumenta a segurança do paciente e fortalece o alinhamento entre equipes, além de criar canal permanente para esclarecimento de dúvidas. O envolvimento de diferentes áreas na preparação da alta reforça o caráter integrado do cuidado (Zanetoni, 2023).

Quando a regulação hospitalar está bem alinhada à rede de serviços, há melhor distribuição dos recursos e maior adequação da resposta às necessidades de cada paciente. Essa organização evita encaminhamentos inadequados, reduz filas e direciona o cuidado para o local mais apropriado. A transição para a ABS, nesse contexto, ocorre de forma mais planejada, com monitoramento e controle de resultados mais precisos (Bastos, 2020).

A atuação das centrais de regulação integradas à Rede de Urgência e Emergência (RUE) também fortalece o acompanhamento pós-alta. Em algumas experiências, a articulação entre centrais e núcleos internos de regulação hospitalar possibilitou que pacientes com maior vulnerabilidade recebessem atenção prioritária da ABS logo após a saída do hospital. Esse modelo otimiza o uso dos recursos disponíveis e melhora o tempo de resposta dos serviços de saúde (Tofani, 2023).

Políticas públicas que incentivam e estruturam a integração entre níveis de atenção são fundamentais. Documentos normativos com protocolos definidos e instrumentos de avaliação fortalecem o compromisso institucional e garantem a continuidade das ações. Incentivos à adesão das equipes aumentam a efetividade dessas medidas. Sem esse respaldo, as boas práticas tendem a permanecer restritas a iniciativas isoladas, com menor alcance na rede (Figueiredo, 2019).

Experiências internacionais mostram que a transição do cuidado pode ser tratada como etapa obrigatória do processo assistencial, com profissionais e recursos dedicados exclusivamente a essa função. Adaptar essas práticas à realidade brasileira pode trazer avanços importantes, especialmente no fortalecimento da comunicação e no acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar. A adoção dessas estratégias tem potencial para melhorar indicadores de saúde e reduzir custos em médio e longo prazo (Costa, 2020).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Resultados mais consistentes surgem quando há combinação de tecnologia, protocolos claros, capacitação contínua e cultura de trabalho integrada. Isoladamente, cada elemento tem alcance limitado, mas, em conjunto, eles formam a base para uma transição eficaz entre hospital e ABS. Esse conjunto de medidas fortalece o SUS, melhora a experiência do paciente e garante cuidado que acompanha toda a sua jornada, desde a internação até o retorno pleno às atividades cotidianas (Landim, 2019).

Desafios e barreiras para a articulação entre regulação hospitalar e Atenção Básica

Apesar dos avanços, a articulação entre a regulação hospitalar e a Atenção Básica de Saúde (ABS) ainda enfrenta barreiras estruturais. Uma das dificuldades mais citadas é a ausência de protocolos padronizados para a transição do cuidado. Em muitos serviços, a alta hospitalar é conduzida sem comunicação formal com a equipe da ABS, o que leva à perda de informações importantes sobre o quadro clínico do paciente. Essa falta de integração compromete a continuidade do tratamento e expõe o usuário a riscos desnecessários de agravamento ou reinternação (Costa, 2020).

Outro desafio é a desigualdade na implantação de sistemas informatizados que permitam a troca de dados entre hospitais e unidades básicas. Enquanto alguns municípios dispõem de plataformas integradas que centralizam informações, outros ainda dependem de registros manuais ou contatos informais. Essa diferença cria um cenário de fragmentação, em que o cuidado fica condicionado à estrutura local. A ausência de solução tecnológica abrangente limita a eficiência do processo regulatório e dificulta o acompanhamento pós-alta (Chaves, 2024).

A sobrecarga das equipes também interfere no êxito da articulação. Tanto no hospital quanto na ABS, a alta demanda de atendimentos e a falta de recursos humanos impedem que o processo de transição seja planejado de forma cuidadosa. Profissionais acumulam funções, o que reduz o tempo disponível para a comunicação entre serviços e para a elaboração de relatórios completos. Essa limitação operacional afeta diretamente a qualidade das orientações repassadas ao paciente e à equipe de referência no território (Nascimento, 2024).

A insuficiência de leitos e a pressão para liberar vagas rapidamente podem levar a altas precoces, sem a devida preparação para a continuidade do cuidado. Quando a saída do paciente é acelerada pela necessidade de ocupação, há menos tempo para acionar a ABS e organizar a assistência necessária. Esse tipo de situação aumenta a chance de complicações e retorno ao hospital. A gestão de leitos, nesse sentido, precisa equilibrar rotatividade e segurança do paciente (Borges, 2020).

Em algumas regiões, a ausência de vínculo prévio com a equipe de ABS dificulta o retorno após a alta. Pacientes que não possuem acompanhamento regular enfrentam mais obstáculos para retomar o cuidado no território, seja por desconhecimento dos serviços disponíveis, seja por dificuldades de acesso. Esse distanciamento enfraquece a coordenação da atenção e retarda intervenções que poderiam evitar agravamentos. Onde há menor cobertura da Estratégia Saúde da Família, esse problema tende a ser mais acentuado (Kessler, 2019).

A comunicação ineficiente entre serviços ainda é entrave frequente. Em muitos casos, a troca de informações limita-se a contatos telefônicos ou mensagens não padronizadas, sem registro formal no prontuário. Essa prática aumenta a probabilidade de erros, como duplicidade de encaminhamentos ou orientações divergentes entre equipes. A ausência de canal institucionalizado de comunicação prejudica o alinhamento de condutas e fragiliza a Rede de Atenção à Saúde (Oliveira, 2021).

A resistência a mudanças organizacionais é outro fator que dificulta a integração. Algumas equipes ainda veem a articulação entre hospital e ABS como demanda adicional, e não como parte do processo assistencial. Essa percepção reduz o engajamento e dificulta a implementação de protocolos que exijam maior interação. A

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

mudança dessa mentalidade depende de incentivo institucional e da valorização das práticas de continuidade do cuidado (Bandeira, 2020).

Do ponto de vista da regulação, a falta de articulação entre níveis estadual e municipal pode gerar fluxos paralelos que não se comunicam. Em algumas localidades, as centrais de regulação operam com critérios diferentes para encaminhamentos e acompanhamento pós-alta, criando descompasso na rede. Essa fragmentação institucional dificulta a coordenação de recursos e impede que as ações sejam alinhadas às necessidades reais da população atendida (Bastos, 2020).

A ausência de políticas públicas específicas para a transição do cuidado também é obstáculo relevante. Embora existam diretrizes gerais na Política Nacional de Atenção Hospitalar e na Política Nacional de Atenção Básica, não há protocolo nacional padronizado para a articulação pós-alta. Isso faz com que cada município adote procedimentos próprios, com grande variação de qualidade e abrangência, deixando parte da população desassistida (Figueiredo, 2019).

A insuficiência de monitoramento e avaliação das práticas de transição compromete a melhoria contínua do processo. Sem indicadores claros, é difícil identificar falhas e propor ajustes. Essa falta de acompanhamento sistemático impede a mensuração de resultados, como a redução de reinternações ou o aumento da adesão ao tratamento, e limita o aprendizado organizacional (Guerra, 2022).

Em algumas situações, a complexidade das condições de saúde do paciente exige cuidado multiprofissional que nem sempre está disponível no território. A ausência de determinados especialistas ou serviços complementares pode prejudicar o seguimento adequado, especialmente em áreas remotas. Essa lacuna assistencial torna o retorno ao hospital mais provável e onera o sistema de saúde (Zanetoni, 2023).

O financiamento insuficiente para infraestrutura e capacitação das equipes é problema recorrente. Recursos limitados restringem a implantação de tecnologias, a contratação de profissionais e a realização de treinamentos. Essa carência afeta a qualidade da comunicação entre serviços e a capacidade da ABS de responder de forma rápida e eficaz às demandas pós-alta (Landim, 2019).

A falta de articulação com a Rede de Urgência e Emergência (RUE) é outra dificuldade encontrada. Quando não há integração entre as centrais de regulação e os núcleos internos de regulação hospitalar, o acompanhamento pós-alta de casos mais complexos fica comprometido. Essa falha pode resultar na perda de informações importantes e na demora para o retorno ao atendimento em situações de agravamento (Tofani, 2023).

A escassez de estratégias de comunicação direta entre hospital e ABS limita a resolutividade da transição. Experiências que adotam ferramentas colaborativas, como reuniões virtuais ou canais de mensagem institucionalizados, mostram resultados melhores. A ausência desses recursos mantém a fragmentação e impede que o cuidado seja pensado de forma compartilhada e centrada no paciente (Tofani, 2021).

Propostas e soluções para fortalecer a integração entre regulação hospitalar e Atenção Básica

A integração começa pela informação organizada. Padronizar o resumo de alta com campos obrigatórios, integrar prontuários e resultados em sistema único e registrar cada movimento de referência e contrarreferência oferece base para um pós-alta mais seguro. Com dados acessíveis em tempo real, a ABS evita repetições de exames, antecipa riscos e agenda o primeiro contato rapidamente, enquanto o hospital recebe retorno sobre o que ocorreu no território e ajusta seus fluxos a partir de indicadores de transição do cuidado (Chaves, 2024).

Na dimensão assistencial, profissionais de ligação exercem papel estratégico ao conectar hospital e ABS, garantir que o paciente compreenda as orientações e organizar consultas, visitas domiciliares e contatos telefônicos. Reuniões de alta com equipe multiprofissional ajudam a desenhar um plano simples e exequível,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

enquanto canais diretos e seguros de comunicação entre as equipes favorecem o alinhamento das condutas. Com maior alcance da ESF e oferta local de reabilitação, nutrição e apoio psicossocial, o acompanhamento torna-se mais fluido e as recaídas tendem a diminuir (Zanetoni, 2023).

A sustentação dessas ações depende da gestão e das políticas públicas. Incluir a organização da alta nos indicadores de qualidade, alinhar a regulação às redes de urgência e criar metas com incentivo para boas práticas de transição colocam o tema no centro da agenda institucional. O financiamento para infraestrutura digital e capacitação complementa esse processo, enquanto a avaliação contínua, considerando tempo até o primeiro atendimento na ABS, reinternações e percepção do usuário, orienta ajustes nos fluxos da rede (Barbosa, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre a regulação hospitalar e a Atenção Básica de Saúde (ABS) é um dos pilares para assegurar que o cuidado prestado pelo SUS não se encerre na internação. Quando a comunicação entre esses dois níveis é clara, estruturada e constante, o paciente retorna ao território com plano de acompanhamento definido, o que reduz o risco de descontinuidade no tratamento e favorece a recuperação. A presença de protocolos bem delineados e a utilização de ferramentas que permitam a troca de informações de forma segura criam um fluxo que conecta os serviços e garante que o usuário não fique desassistido. Essa integração também possibilita que as equipes da ABS conheçam, desde o início, as demandas específicas de cada paciente, facilitando intervenções rápidas e personalizadas. Assim, o processo de alta deixa de ser um evento isolado e passa a representar um elo entre diferentes pontos da rede, reforçando o caráter integral do cuidado.

Para que essa ligação funcione de maneira eficaz, é necessário um conjunto de investimentos e mudanças estruturais. A adoção de sistemas informatizados integrados, por exemplo, permite que hospitais e unidades básicas compartilhem dados clínicos em tempo real, evitando a repetição de exames, otimizando recursos e agilizando a tomada de decisões. A capacitação contínua das equipes, com foco em comunicação, gestão de casos e uso de tecnologias, é igualmente importante para criar uma cultura de colaboração entre profissionais de diferentes áreas e níveis de atenção. Protocolos claros e uniformes ajudam a reduzir a variação na qualidade do atendimento, estabelecendo parâmetros para a elaboração de relatórios de alta, o agendamento de consultas de seguimento e a realização de visitas domiciliares. Essas medidas, quando aplicadas de forma conjunta, fortalecem a rede e permitem que o acompanhamento pós-alta seja mais ágil, seguro e resolutivo.

Manter a integração como prioridade na gestão em saúde vai além de uma estratégia administrativa: é uma forma de garantir que o SUS atenda de maneira plena e contínua às necessidades da população. Ao reduzir reinternações evitáveis, otimizar o uso dos recursos e promover maior satisfação dos usuários, a articulação entre regulação hospitalar e ABS contribui para a sustentabilidade do sistema. Também reforça o compromisso com um atendimento humanizado, que considera a realidade social e clínica de cada paciente. A consolidação dessa prática depende de compromisso político, financiamento adequado e envolvimento das equipes em todos os níveis da rede. Ao investir nessas direções, o SUS não apenas melhora seus indicadores de desempenho, mas também oferece um cuidado que acompanha o indivíduo em todas as fases do tratamento, da admissão hospitalar ao pleno restabelecimento no território. É dessa forma que se constrói um sistema de saúde mais forte, eficiente e próximo das pessoas que dele dependem.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L. R. et al. Atenção integral fragmentada à pessoa estomizada na Rede de Atenção à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e20190297, 2020.

BARBOSA, S. M. et al. Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 76, n. 6, e20220772, 2023.

BASTOS, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, artigo 25, 2020.

BORGES, F. et al. Atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, e20190349, 2020.

CHAVES, L. A. et al. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e18392022, 2024.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180332, 2020.

FIGUEIREDO, T. A. et al. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290215, 2019.

GUERRA, S. et al. Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00047122, 2022.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019.

LANDIM, E. L. A. S. et al. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 161-173, 2019.

NASCIMENTO, E. R.; VILARINS, G. Gestão de leitos hospitalares e o processo regulatório na visão do profissional enfermeiro. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 2, e54287, 2024.

OLIVEIRA, C. C. R. B. et al. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310105, 2021.

TOFANI, L. F. N. Et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

TOFANI, L. F. N. Et al. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, e00161222, 2023.

ZANETONI, T. C. Et al. Ações interprofissionais na alta responsável: contribuições para a transição e continuidade do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, e20220452, 2023.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TECNOLOGIAS E INOVAÇÕES NAS AÇÕES DE CUIDAR, ENSINAR-APRENDER E NA GESTÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A DESASTRES

Roberta Machado da Costa Lameira
Joyce Costa Regis
Daniel Pires Conceição

RESUMO

O trabalho apresenta uma análise sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem reagido às emergências climáticas no Brasil, considerando os efeitos de eventos extremos na saúde da população e no funcionamento das unidades de atendimento. São descritas iniciativas voltadas à prevenção, à mitigação e à recuperação, adotadas em diferentes níveis do sistema, bem como ações para reduzir impactos ambientais provocados pelo próprio serviço de saúde. A crise climática demanda não apenas respostas rápidas em momentos de desastre, mas também planejamento constante, que inclua monitoramento epidemiológico, preparo das equipes, integração com outros setores e uso responsável de recursos. Ressalta-se, ainda, a importância de inserir práticas sustentáveis no cotidiano da rede, como o manejo adequado de resíduos, a otimização do consumo de energia e a adequação das estruturas físicas para suportar condições climáticas extremas. Ao considerar experiências recentes, percebe-se que, apesar dos avanços em protocolos e na criação de estruturas de resposta, ainda persistem desafios relacionados ao financiamento, às diferenças regionais e à articulação entre gestores. Reforça-se, assim, a necessidade de consolidar o SUS como elemento essencial de proteção diante das mudanças climáticas, garantindo respostas mais ágeis, justas e ambientalmente equilibradas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; mudanças climáticas; emergências em saúde; sustentabilidade; políticas públicas.

ABSTRACT

This paper presents an analysis of how Brazil's Unified Health System (SUS) has responded to climate emergencies, considering the effects of extreme events on population health and the operation of healthcare facilities. It describes prevention, mitigation, and recovery measures implemented at different levels of the system, as well as actions aimed at reducing environmental impacts caused by the health sector itself. The climate crisis demands not only quick responses during disaster situations, but also continuous planning that includes epidemiological monitoring, team preparedness, coordination with other sectors, and responsible use of resources. The importance of integrating sustainable practices into daily operations is also emphasized, such as proper waste management, optimized energy consumption, and structural adaptations to withstand extreme weather. Drawing on recent experiences, it becomes clear that, although there have been advances in protocols and the creation of response structures, challenges remain regarding funding, regional disparities, and coordination among managers. Strengthening SUS as an essential element of protection against climate change is therefore crucial to ensure faster, fairer, and more environmentally balanced responses.

KEYWORDS: Unified Health System; climate change; health emergencies; sustainability; public policy.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESUMEN

El trabajo presenta un análisis sobre cómo el Sistema Único de Salud (SUS) ha reaccionado ante las emergencias climáticas en Brasil, considerando los efectos de los eventos extremos en la salud de la población y en el funcionamiento de las unidades de atención. Se describen iniciativas orientadas a la prevención, la mitigación y la recuperación, adoptadas en diferentes niveles del sistema, así como acciones destinadas a reducir los impactos ambientales provocados por el propio servicio de salud. La crisis climática exige no solo respuestas rápidas en momentos de desastre, sino también una planificación constante, que incluya monitoreo epidemiológico, preparación de los equipos, integración con otros sectores y uso responsable de los recursos. Se destaca también la importancia de incorporar prácticas sostenibles en el cotidiano de la red, como el manejo adecuado de residuos, la optimización del consumo de energía y la adecuación de las estructuras físicas para soportar condiciones climáticas extremas. Al considerar experiencias recientes, se observa que, a pesar de los avances en protocolos y en la creación de estructuras de respuesta, aún persisten desafíos relacionados con el financiamiento, las diferencias regionales y la articulación entre gestores. Se refuerza, así, la necesidad de consolidar el SUS como un elemento esencial de protección ante los cambios climáticos, garantizando respuestas más ágiles, justas y ambientalmente equilibradas.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud; cambios climáticos; emergencias en salud; sostenibilidad; políticas públicas.

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas têm se consolidado como um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, a intensificação de eventos extremos, como enchentes, ondas de calor, secas prolongadas e tempestades severas, impacta diretamente a vida e o bem-estar da população. Esses fenômenos aumentam a incidência de doenças, agravam quadros preexistentes, provocam deslocamentos forçados e comprometem o acesso a serviços essenciais. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume papel central, pois concentra a responsabilidade de oferecer atendimento universal, gratuito e integral, mesmo diante das condições adversas impostas pelo clima.

O agravamento desses eventos ocorre em conjunto com vulnerabilidades já presentes na sociedade brasileira, como desigualdade socioeconômica, fragilidades na infraestrutura de saneamento, deficiências no transporte de pacientes e insuficiência de recursos em regiões mais afastadas. A combinação desses fatores faz com que a resposta do SUS às emergências climáticas não seja apenas uma questão técnica, mas também um exercício de gestão, coordenação e justiça social.

A justificativa para este estudo está na necessidade urgente de compreender como o SUS está estruturado e quais estratégias vêm sendo aplicadas para prevenir, mitigar e recuperar danos à saúde em situações de crise climática. A falta de uma visão integrada sobre o tema pode comprometer a capacidade de resposta e a eficiência das ações, especialmente quando há sobreposição de emergências, como desastres ambientais e surtos epidemiológicos. Analisar as iniciativas existentes e os desafios enfrentados constitui um passo essencial para fortalecer políticas públicas e orientar decisões que tornem o sistema mais resiliente.

A relevância desta pesquisa encontra-se na interseção entre saúde pública e sustentabilidade ambiental. O SUS, além de prestar assistência médica, também gera impactos ambientais por meio do consumo de energia, do uso de recursos hídricos e da geração de resíduos. Ao mesmo tempo, sua atuação direta no enfrentamento dos efeitos das mudanças climáticas pode reduzir perdas humanas, aliviar a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

sobrecarga sobre as redes hospitalares e contribuir para a adaptação das comunidades. O tema ultrapassa o interesse acadêmico e alcança a esfera prática da gestão de saúde, beneficiando profissionais, gestores e, principalmente, a população que depende do sistema.

A opção por um levantamento bibliográfico como método de pesquisa justifica-se pela diversidade e pela riqueza de informações já publicadas sobre o assunto. Foram consultadas bases científicas e documentos institucionais que registram experiências, protocolos, políticas e estudos de caso relacionados à atuação do SUS diante das emergências climáticas. Essa abordagem possibilita reunir, comparar e sintetizar dados produzidos em diferentes contextos, oferecendo um panorama abrangente capaz de apoiar futuras decisões.

No conjunto das evidências, observa-se que as respostas do SUS a desastres ambientais incluem ações de prevenção, como campanhas educativas, capacitação de equipes e reforço da vigilância epidemiológica, bem como medidas emergenciais, como deslocamento de profissionais, instalação de unidades temporárias de atendimento e envio de insumos para regiões afetadas. Existe, também, atenção crescente voltada à recuperação de áreas impactadas e à adaptação das unidades de saúde para resistirem a fenômenos climáticos cada vez mais intensos.

Apesar dos avanços, ainda persistem obstáculos. Em muitos casos, a articulação entre os níveis federal, estadual e municipal é limitada, dificultando a execução rápida das medidas. A escassez de recursos financeiros, a carência de profissionais especializados e a falta de integração com outros setores estratégicos, como defesa civil e meio ambiente, também comprometem a efetividade das respostas. A adoção de práticas sustentáveis no SUS ainda é desigual, variando conforme a região geográfica, o porte da unidade e a disponibilidade orçamentária.

Este trabalho busca compreender a capacidade do SUS de se preparar e reagir às emergências climáticas, explorando tanto as estratégias já aplicadas quanto as lacunas que precisam ser superadas. Mais do que identificar problemas, a intenção é apresentar caminhos para tornar o sistema mais preparado, ágil e ambientalmente responsável.

A pergunta que orienta esta investigação é: quais estratégias o Sistema Único de Saúde tem adotado para prevenir, mitigar e responder aos impactos das emergências climáticas no Brasil, e como essas ações podem ser fortalecidas para garantir proteção mais efetiva e sustentável à população?

Ao responder a essa questão, pretende-se contribuir para o debate sobre a integração entre saúde pública e políticas ambientais, reforçando a importância de considerar as mudanças climáticas como uma realidade já presente e que influencia, de forma concreta, a organização e a execução dos serviços de saúde no país.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar um panorama das estratégias utilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentar as emergências climáticas no Brasil, contemplando medidas de prevenção, resposta, recuperação e iniciativas voltadas à sustentabilidade ambiental.

Objetivos específicos

- Levantar ações desenvolvidas pelo SUS para reduzir riscos à saúde em situações de eventos climáticos extremos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Descrever medidas aplicadas para contenção e atendimento durante desastres ambientais.
- Relatar experiências voltadas à reestruturação dos serviços e locais afetados após emergências climáticas.
- Mostrar práticas sustentáveis incorporadas às rotinas e estruturas do SUS.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica, com foco em publicações que abordam a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) diante de emergências climáticas no Brasil. Foram consultadas fontes de acesso aberto e reconhecidas no meio acadêmico, incluindo bases científicas como SciELO, PubMed e Google Acadêmico, além de documentos institucionais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A seleção do material considerou produções publicadas nos últimos cinco anos, garantindo que as informações refletissem o contexto atual das políticas e práticas de resposta às mudanças climáticas. O levantamento contemplou artigos científicos, relatórios técnicos, diretrizes, portarias e manuais que descrevem medidas de prevenção, mitigação, resposta emergencial, recuperação de áreas afetadas e adoção de práticas sustentáveis no âmbito do SUS.

Os textos encontrados foram lidos integralmente, e seu conteúdo foi organizado de forma a permitir a construção de um panorama das estratégias já aplicadas e das dificuldades enfrentadas pelo sistema. Essa organização seguiu critérios temáticos, permitindo agrupar informações relacionadas às fases de planejamento, execução e monitoramento das ações.

O método bibliográfico foi escolhido por possibilitar o acesso a diferentes perspectivas e experiências registradas na literatura, sem a necessidade de coleta direta de dados em campo. Essa abordagem permitiu reunir e comparar informações provenientes de fontes variadas, oferecendo um conjunto consistente de evidências que serve de base para a discussão e para a formulação de recomendações ao final do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento de dados evidencia que o Sistema Único de Saúde tem estruturado respostas diante das emergências climáticas de maneira a contemplar ações de prevenção, mitigação e recuperação. Entre as medidas mais observadas estão campanhas de conscientização sobre riscos ambientais, elaboração de protocolos para atendimento emergencial e cooperação com órgãos públicos para minimizar danos à saúde. Essas iniciativas têm como finalidade reduzir a pressão sobre os serviços durante eventos extremos e garantir que a população receba atendimento adequado, mesmo em contextos adversos (Brasil, 2024).

A ocorrência de enchentes no Rio Grande do Sul, em 2024, mostrou como o sistema consegue mobilizar recursos e pessoal de forma rápida para atender regiões afetadas. Foram montadas estruturas temporárias de assistência, enviadas equipes para áreas de difícil acesso e distribuídos suprimentos essenciais. Esse tipo de atuação demonstra a capacidade de adaptação e resposta do SUS em situações críticas, assegurando a continuidade do atendimento mesmo diante da destruição de parte da infraestrutura local (Freitas; Barcellos, 2024).

Os profissionais de saúde desempenham papel determinante nesse processo, não apenas prestando atendimento clínico, mas também orientando comunidades sobre medidas de proteção e prevenção. No campo da enfermagem, por exemplo, há envolvimento direto em ações educativas, monitoramento de grupos vulneráveis e acompanhamento de pacientes após eventos extremos. Essas atividades fortalecem a relação entre os serviços de saúde e a população, o que favorece a adesão às recomendações preventivas (Maciel, 2025).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O impacto das mudanças climáticas não se limita ao atendimento da população, pois também afeta a saúde dos trabalhadores da área. Profissionais expostos a altas temperaturas, umidade excessiva e ambientes insalubres após enchentes enfrentam riscos adicionais à sua saúde física e mental. A criação de protocolos específicos para proteção desses trabalhadores é essencial para manter a capacidade operacional do sistema em momentos de crise (Moreira et al., 2025).

A experiência de gestão da tragédia climática no Rio Grande do Sul reforçou a necessidade de estruturar forças-tarefa no próprio SUS, articuladas com outros setores governamentais. Essa integração facilita a comunicação entre diferentes níveis de gestão e torna as respostas mais coordenadas, reduzindo o tempo entre a ocorrência do evento e a chegada da assistência (Nunes; Carvalho; Jatobá, 2025).

O quadro internacional também influencia as ações nacionais, como se observou nas discussões da Cúpula do G20. Esses encontros estimulam a atualização de protocolos e a adoção de práticas alinhadas às metas globais de adaptação e mitigação das mudanças climáticas. A troca de experiências entre países contribui para aprimorar a capacidade do SUS em lidar com emergências climáticas de forma mais estratégica (Oliveira; Ibañez, 2024).

Medidas de adaptação já começam a ser incorporadas à rotina de unidades de saúde, como reforço estrutural para resistir a eventos extremos e reorganização dos fluxos de atendimento para evitar aglomerações e sobrecarga em períodos críticos. Essa reorganização, integrada ao trabalho da vigilância epidemiológica, contribui para reduzir riscos e proteger comunidades vulneráveis (Silva et al., 2025).

Mesmo antes do aumento recente da frequência e da intensidade dos eventos climáticos, já havia estudos alertando para a necessidade de inserir a gestão de riscos ambientais na rotina dos serviços de saúde. A intensificação dos desastres apenas reforça a urgência dessa abordagem preventiva e a importância de investimentos contínuos em capacitação e atualização de diretrizes (Silva; Xavier; Rocha, 2020).

A análise das práticas adotadas pelo Sistema Único de Saúde evidencia que, em situações de emergência climática, a capacidade de antecipação dos riscos é determinante para reduzir perdas humanas e materiais. A incorporação de sistemas de alerta precoce, associada à preparação das equipes e à distribuição de insumos antes que o evento se intensifique, tem se mostrado eficaz para minimizar impactos. Esse tipo de estratégia demanda integração entre vigilância epidemiológica, defesa civil e gestão hospitalar, criando um fluxo de informações que favorece respostas mais rápidas e direcionadas (Brasil, 2024).

Casos como o registrado no Rio Grande do Sul, marcado por chuvas intensas e alagamentos de grande proporção, reforçam a importância da logística de atendimento. A instalação de postos avançados de saúde em áreas críticas e a realocação de profissionais para locais de maior demanda garantiram a manutenção do acesso aos serviços. Essa atuação integrada, associada ao transporte de insumos essenciais, evitou o agravamento de condições de saúde que poderiam resultar em internações prolongadas ou óbitos (Freitas; Barcellos, 2024).

O fortalecimento da atuação da enfermagem em contextos de crise merece destaque, pois profissionais dessa área frequentemente atuam como elo entre a gestão de saúde e a comunidade. Além de prestarem atendimento clínico, contribuem para a adaptação das rotinas das unidades, identificando necessidades específicas e ajustando protocolos conforme a realidade local. Essa aproximação com a população facilita a implementação de medidas preventivas e amplia a efetividade das ações do SUS (Maciel, 2025).

Outro ponto que emerge das evidências é o impacto das condições de trabalho em períodos de eventos extremos. O excesso de calor, a falta de equipamentos de proteção adequados e a exposição a ambientes com risco biológico aumentam o desgaste físico e emocional dos profissionais. Políticas de cuidado voltadas à equipe de saúde, incluindo apoio psicológico e jornadas adaptadas à situação emergencial, são fundamentais para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento (Moreira et al., 2025).

A criação de protocolos unificados para atuação em desastres ambientais, implementados em todas as regiões do país, também aparece como medida eficaz. Ao padronizar procedimentos, é possível reduzir falhas

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

na comunicação entre municípios, estados e União, bem como agilizar a chegada de recursos e a mobilização de equipes especializadas. Essa uniformidade não elimina a necessidade de ajustes locais, mas estabelece uma base comum que fortalece a resposta nacional (Nunes; Carvalho; Jatobá, 2025).

A articulação do Brasil com agendas globais de clima e saúde amplia o acesso a tecnologias e experiências bem-sucedidas em outros países. A participação em fóruns internacionais oferece oportunidades para incorporar inovações, como sistemas de previsão climática mais precisos e métodos de gestão de risco adaptados a diferentes realidades. Essa troca é especialmente valiosa em um quadro no qual os eventos extremos tendem a se tornar mais frequentes e intensos (Oliveira; Ibañez, 2024).

No campo da adaptação estrutural, unidades de saúde que passaram por reformas para reforçar a resistência a ventos fortes, alagamentos e altas temperaturas relataram menor interrupção de serviços durante eventos críticos. Essas medidas incluem elevação de áreas essenciais, instalação de sistemas de energia alternativa e melhoria na ventilação. Também protegem pacientes e profissionais, preservam equipamentos e medicamentos, evitando prejuízos financeiros e atrasos na retomada dos serviços (Silva et al., 2025).

A literatura já alertava, antes mesmo da recente intensificação das emergências climáticas, que a saúde pública não pode tratar desastres ambientais apenas como situações excepcionais. A incorporação permanente da gestão de riscos à rotina das unidades de saúde é um caminho para garantir que, quando o evento ocorrer, o sistema esteja preparado para responder com eficiência e rapidez. Essa mudança de perspectiva requer capacitação contínua e investimento constante, independentemente do calendário de desastres (Silva; Xavier; Rocha, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências reunidas ao longo deste trabalho demonstram que o Sistema Único de Saúde possui papel indispensável na proteção da população diante das emergências climáticas, atuando desde a prevenção até a recuperação das áreas e dos serviços afetados. A análise das experiências recentes revelou avanços relevantes, como a elaboração de protocolos específicos, a integração com outros setores governamentais e a adaptação de estruturas físicas para suportar eventos extremos. Esses elementos contribuem para reduzir danos, agilizar respostas e fortalecer a resiliência das comunidades atendidas.

A pesquisa também evidenciou que persistem desafios importantes, especialmente no que se refere à desigualdade regional, à disponibilidade de recursos financeiros e à capacitação contínua das equipes. A ausência de um padrão uniforme de atuação entre os diferentes níveis de gestão e a necessidade de ampliar a articulação com órgãos de defesa civil e meio ambiente indicam que ainda há espaço para melhorar a coordenação e a eficiência das ações.

Outro ponto de destaque é a importância de integrar práticas sustentáveis às rotinas das unidades de saúde, não apenas para mitigar impactos ambientais, mas também para reduzir custos operacionais e garantir que o sistema esteja alinhado com metas de longo prazo em saúde e meio ambiente. Isso inclui a gestão adequada de resíduos, o uso racional de energia e água e a manutenção preventiva de equipamentos e estruturas.

Diante da intensificação dos eventos climáticos, é fundamental que o Sistema Único de Saúde seja fortalecido de maneira contínua, com investimentos que garantam sua capacidade de antecipar riscos, responder de forma rápida e recuperar-se com eficiência. A construção de um sistema de saúde preparado para as novas demandas climáticas não é apenas uma necessidade técnica, mas um compromisso social, capaz de preservar vidas, proteger comunidades e contribuir para um futuro mais seguro e equilibrado para todos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mudanças climáticas para profissionais de saúde: guia de bolso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mudancas_climaticas_profissionais_saude.pdf. cessoe m: 15 ago. 2025.

FREITAS, C. M. de; BARCELLOS, C. Disaster in Rio Grande do Sul, Brazil: climate crisis, Brazilian Unified National Health System response, and challenges of the new times. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, e00114424, 2024.

MACIEL, E. L. N. Enfermagem e a crise climática, o chamado da COP30: desafios para saúde e equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 33, e3897, 2025.

MOREIRA, M. F. R.; MEIRELLES, L. C.; CORADIM, C. M.; PORTELLA, S.; OLIVEIRA, S. S. Mudanças climáticas e suas implicações para a saúde de trabalhadores e trabalhadoras, produção agrícola e ambiente. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 50, e3, 2025.

NUNES, P. C.; CARVALHO, P. V. R. de; JATOBÁ, A. A tragédia climática no Rio Grande do Sul e a Força Nacional do SUS: política pública com foco na resiliência diante de novas crises sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, e09852024, 2025.

OLIVEIRA, L. D. de; IBAÑEZ, P. Geopolítica, mudanças climáticas e saúde: o que podemos esperar da Cúpula do G20, Rio de Janeiro, Brasil, 2024? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, e00068524, 2024.

SILVA, E. N. da; BARRETO, J. O. M.; MARTINS, M. A. P.; ARAÚJO, W. N. de; GALVÃO, T. F. Mudanças climáticas: uma agenda prioritária aos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 34, e20252001, 2025.

SILVA, M. A. da; XAVIER, D. R.; ROCHA, V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e emergências em saúde pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 2, p. 48-68, 2020.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GALT: GRUPO DE APOIO AO LARINGECTOMIZADO TOTAL

Rosimeri Limeira Ramos

INTRODUÇÃO

Este texto visa descrever a experiência de trabalho realizada pela equipe do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), sob gestão do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com o GALT, Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total. Inicialmente, esse encontro tinha como objetivo reunir pacientes para o treino de reabilitação da voz esofágica após a cirurgia de laringectomia total. A atividade foi ampliada, passando a abordar temas variados e a promover debates sobre a saúde integral, conforme previsto pelo Sistema Único de Saúde.

A Constituição de 1988 atendeu a algumas reivindicações da reforma sanitária e viabilizou a criação do Sistema Único de Saúde. Contudo, o modelo de saúde privada foi alimentado paralelamente ao modelo público, demonstrando uma explícita contradição. De um lado, estava o movimento em prol da universalidade da política de saúde; de outro, o movimento de privatização, que beneficiaria grandes empresários e o lucro.

Evidenciaram-se na Constituição as visões antagônicas desses dois grupos de atores. Na época, suas posições eram simplificadas em dois termos: a estatizante, que era a perspectiva inovadora, daqueles que queriam a reforma da saúde, uma reforma no sentido de assumir o direito à saúde como obrigação a ser provida pelo Estado; e a privatizante, que representava os interesses e concepções surgidos na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* das próprias decisões governamentais do passado (Menicucci, 2014, p. 80).

O Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) foi inaugurado na década de 1940 e passou por muitas mudanças, acompanhando a configuração da saúde no país. A partir dos anos 1990, a instituição passou a fazer parte do SUS, ampliando o atendimento e tornando-o universal e gratuito. Localiza-se próximo aos Complexos da Maré e do Alemão, bem como ao bairro de Vigário Geral, o que favorece a constante comunicação com outras instituições que oferecem serviços complementares.

Segundo o portal oficial do Governo Federal, que abrange a gestão dos hospitais federais do estado do Rio de Janeiro, a unidade de saúde tem ampla estrutura e oferece atendimentos em diversas especialidades, tanto na internação quanto no atendimento ambulatorial, além de ser referência em cirurgias e serviços:

Com perfil predominantemente cirúrgico, o HFB possui mais de 56 serviços especializados, tais como cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia, urologia e oftalmologia, entre outros. A atividade cirúrgica do hospital conta com diversos procedimentos realizados por videocirurgia. A grande referência cirúrgica da unidade são as cirurgias oncológicas. A unidade também é referência no Sistema Único de Saúde do estado em transplante renal e no atendimento à gestante e ao recém-nascido de alto risco. Possui emergência obstétrica para atendimento de mães diabéticas, hipertensas, transplantadas, com doenças hematológicas, entre outros quadros clínicos que coloquem em risco a vida da mãe, do recém-nascido ou de ambos. Por isso, destaca-se no atendimento de bebês prematuros de alto risco, principalmente recém-nascidos abaixo de um quilo, com serviço de cuidados intensivos, UTI e UI Neonatal.

O hospital atende pacientes clínicos e cirúrgicos. A unidade também possui um ambulatório com mais de 86 salas e 56 especialidades, cuja marcação de consultas ocorre por sistema de regulação. Para dar suporte ao diagnóstico e ao tratamento, o hospital dispõe de parque tecnológico de última geração para exames laboratoriais e de imagem, como tomógrafo, mamógrafo e equipamentos de hemodinâmica e radiologia intervencionista.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A partir de outubro de 2024, o hospital passou a ser gerido pelo Grupo Hospitalar Conceição. Essa mudança faz parte do Plano de Reestruturação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Atualmente, encontra-se em fase de reestruturação, com a convocação de concurso para contratação de profissionais e a reabertura de serviços, como a emergência, que permaneceu fechada por vários anos. O Serviço de Cabeça e Pescoço é oferecido pelo HFB, sob gestão do GHC, e permanece ativo.

OBJETIVO

O Serviço de Cabeça e Pescoço compreende o trabalho desenvolvido nas enfermarias, no ambulatório e no Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (GALT). É composto por equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, entre outros profissionais, que assistem os usuários no ambulatório e nos períodos pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, entre eles os pacientes submetidos à laringectomia total.

A laringectomia total consiste na cirurgia realizada para a retirada total da laringe e das cordas vocais do paciente com diagnóstico de câncer de laringe em estágio avançado. Por meio das entrevistas de avaliação social, observou-se que esses usuários são oriundos de diversas áreas da cidade do Rio de Janeiro e de outros municípios do estado. Observou-se, ainda, que a maior parte desse grupo é composta por homens adultos que fizeram uso de álcool e tabaco.

A retirada da laringe compromete a fala, repercutindo na capacidade de comunicação oral. A ostomia respiratória permanente pode comprometer a autoimagem, a vida social e o trabalho. O câncer é uma doença que carrega grande carga de estigma na sociedade e, por muito tempo, esteve intimamente associado a uma patologia sem possibilidade de tratamento voltado à cura, tendo a morte como desfecho. A cirurgia de laringectomia total visa à manutenção da vida, apesar das significativas mudanças que impõe. O usuário é informado sobre a possibilidade de optar pela forma de reabilitação oral que melhor se adeque ao seu caso, como a implantação de prótese fonatória, a utilização de laringe eletrônica ou o desenvolvimento da voz esofágica.

METODOLOGIA

O Serviço Social avalia e informa aos usuários que, a partir dessa intervenção cirúrgica irreversível, eles passarão a ser classificados como pessoas com deficiência, devido à ostomia respiratória permanente. Além das orientações e dos encaminhamentos relacionados aos direitos sociais, o Serviço Social os convida a participar do Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (GALT).

O GALT foi idealizado por iniciativa de uma profissional da fonoaudiologia, com o objetivo de reunir os pacientes para a prática do desenvolvimento da projeção oral da voz pelo esôfago, denominada voz esofágica. Com o incentivo à participação dos familiares e da rede de apoio em geral, esses sujeitos passaram a integrar os encontros, ampliando as possibilidades do grupo e favorecendo a manutenção dessa atividade, que permanece ativa há mais de 20 anos no HFB, sob gestão do GHC.

Com o passar dos anos, os objetivos foram ampliados, e novas propostas foram incluídas, como a discussão de temas relacionados à educação em saúde por meio de rodas de conversa sobre os determinantes do processo saúde-doença, as principais mudanças na vida após a cirurgia, os direitos adquiridos após esse processo de tratamento e a manifestação do preconceito no caso da deficiência adquirida, entre outros temas.

As rodas de conversa e as dinâmicas propostas ampliam a capacidade de comunicação entre os pacientes e os profissionais envolvidos. Novos laços de amizade e confiança se formam a cada encontro, com a presença

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de novos pacientes e familiares, promovendo a ressocialização dos participantes, que por vezes tendem ao isolamento da vida social.

Neste projeto, os usuários e sua rede de apoio são convidados a se reunir em datas propostas em calendário anual. As reuniões são mediadas por integrantes da equipe multiprofissional ou por convidados. O Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total incentiva o empoderamento do cidadão na busca e na conquista de seus direitos e objetivos, ampliando a capacidade de enfrentamento dos limites impostos pelo tratamento de saúde.

Há alguns anos, foi incluída a prática do canto como ferramenta terapêutica na reabilitação da voz. Essa prática foi muito bem aceita pelo grupo, que atualmente realiza apresentações em eventos internos do Hospital Federal de Bonsucesso, sob gestão do GHC, e em eventos externos, representando momentos de grande emoção e elevação da autoestima dos participantes. Os integrantes também participam de campanhas de prevenção do câncer de cabeça e pescoço, como a campanha anual Julho Verde, realizada no HFB, sob gestão do GHC.

RESULTADOS

O GALT, por meio dos encontros, da participação em eventos culturais, das comemorações em datas do calendário do SUS e das apresentações musicais, proporciona momentos de lazer e alegria, elevação da autoestima e reconhecimento dos participantes na condição de cidadãos de direitos. As discussões promovidas nas rodas de conversa e outras ações desenvolvidas caminham no sentido da promoção da saúde em sua forma ampliada, quando se pensa para além da ausência de doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, considera-se que o GALT representa uma boa prática de educação em saúde e é reconhecido pela instituição, que incentiva a continuidade desse projeto, assim como pela Fiocruz, por meio da plataforma IdeiaSUS. O reconhecimento também parte, principalmente, dos usuários participantes do projeto, que percebem a qualidade do atendimento oferecido, e dos profissionais envolvidos, que se dedicam à continuidade do trabalho, qualificando cada vez mais o atendimento oferecido pelo SUS. O Serviço Social mostra-se ativo nesse projeto, incentivando a troca de informações atualizadas e a reflexão sobre a garantia de direitos sociais.

REFERÊNCIAS

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ESTRATÉGIAS DE APOIO À APS NO CONTEXTO DE DESASTRES CLIMÁTICOS DESENVOLVIDAS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS

Beatriz Raffi Lerm

INTRODUÇÃO

Considerado o maior desastre hidrológico da história do Rio Grande do Sul (Brasil, 2025), os eventos climáticos extremos de 2024 atingiram 478 dos 497 municípios do estado (96,2%), dos quais 337 relataram impactos diretos na área da saúde (Cepal, 2024).

Como resultado, 970.788 pessoas tiveram suas vidas impactadas, correspondendo a 8,9% de toda a população do estado (Rio Grande do Sul, 2025). Entre os efeitos diretos à saúde das pessoas, podem-se mencionar a transmissão de doenças de maior ocorrência em determinadas circunstâncias, como toxoplasmose; acidentes com animais peçonhentos; doenças diarreicas; acidentes perfurocortantes em inundações; agudizações de condições crônicas por falta de continuidade do tratamento; sofrimento psíquico agudo; e aumento da ocorrência de violências (Brasil, 2024).

Os prejuízos decorrentes das inundações, estimados em R$ 1,5 bilhão, são atribuídos principalmente a danos à infraestrutura e à perda de equipamentos. No âmbito do setor saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi a mais afetada, concentrando R$ 455 milhões em perdas (Cepal, 2024). Além do impacto financeiro, as inundações comprometeram fortemente a mobilidade de populações e equipes de saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão entre os serviços mais afetados: algumas tiveram suas atividades totalmente interrompidas devido à inundação, enquanto outras sofreram perdas parciais, como de equipamentos e insumos, ou tiveram o acesso inviabilizado por quedas de pontes e deslizamentos de terra.

Nesse contexto, a Divisão de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) atua no fortalecimento da APS por meio do planejamento, apoio, orientação, cofinanciamento e monitoramento das ações municipais. Para minimizar danos ao ambiente de saúde e à comunidade, com impactos positivos no processo de saúde e doença, é essencial que os gestores atuem de forma estratégica, orientando, fundamentando e qualificando a atuação e a gestão das equipes, de modo a garantir que as práticas adotadas estejam alinhadas às necessidades locais. Entre as atribuições da SES-RS, está a resposta a emergências em saúde pública, incluindo aquelas provocadas por eventos climáticos geradores de desastres.

Para apoiar os municípios durante e após desastres, considerando que tanto a população quanto a estrutura e a capacidade de resposta dos serviços de saúde são afetadas, as ações orientativas voltadas para a APS foram organizadas em dois eixos: primeiro, apoio à gestão; segundo, processo de trabalho das equipes. Desde 2023, com a intensificação de eventos climáticos extremos, essas iniciativas vêm ocorrendo de forma sistemática.

OBJETIVO

Descrever as ações desenvolvidas pela DAPS da SES-RS para apoiar gestores municipais e equipes de APS na organização estrutural e dos processos de trabalho durante emergências em saúde pública decorrentes de desastres climáticos ocorridos no estado em 2024, visando qualificar a resposta e favorecer a replicação de práticas bem-sucedidas em outros territórios.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

METODOLOGIA

Este relato de experiência descreve as ações desenvolvidas durante a crise sem precedentes de 2024 no RS. O cenário exigiu uma resposta dinâmica, na qual o aprendizado e a estruturação das estratégias ocorreram em tempo real, à medida que os eventos se desenrolavam. As iniciativas aqui destacadas representam uma parte do amplo esforço realizado por servidores da DAPS da SES-RS, entre agosto de 2023 e junho de 2025, em articulação com o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) e outros setores da Secretaria.

A construção dessas ações fundamentou-se na literatura e em orientações técnicas nacionais e internacionais, complementadas por evidências da prática cotidiana. Para isso, a metodologia envolveu reuniões com gestores municipais e trabalhadores de saúde, visitas em campo aos territórios para identificação de necessidades e levantamento de boas práticas já implementadas. A interlocução com outras áreas da SES foi igualmente crucial para fortalecer a integração das estratégias.

Diante da indisponibilidade de sistemas e páginas eletrônicas do Estado, causada pelo impacto do desastre em prédios públicos, foram estabelecidos canais alternativos para compartilhar materiais e informações, como pastas digitais e redes sociais, a fim de agilizar o acesso e ampliar o alcance. Tais ações foram conduzidas por servidores que, mesmo sem formação específica em comunicação, adaptaram suas práticas para garantir a efetividade da disseminação. As iniciativas incluíram: elaboração e publicação de materiais técnicos digitais com caráter prático e de consulta rápida; impressão e distribuição de publicações; reuniões remotas para capacitação e orientação com gestores e equipes municipais; disponibilização de recursos financeiros aos municípios por meio de portarias estaduais e transferências fundo a fundo; e visitas técnicas a municípios afetados. Todos os materiais produzidos, incluindo gravações de capacitações, foram disponibilizados de forma pública na página eletrônica da DAPS. As ações foram realizadas pela equipe técnica da Divisão, em cooperação com outras equipes da SES e instituições parceiras.

RESULTADOS

A análise dos resultados apresentados a seguir não pode ser dissociada da realidade vivenciada pela equipe técnica responsável por sua produção, composta por profissionais que eram, simultaneamente, parte da população diretamente afetada pelo desastre. Essa condição de profissionais e atingidos impôs um cenário permeado por ansiedade, confusão e constante preocupação sobre a efetividade das respostas, quadro agravado pelo sentimento de insuficiência e pelo fato de que uma parcela expressiva da equipe se encontrava desalojada, trabalhando enquanto estava acolhida na casa de familiares ou amigos.

As ações de orientação e apoio à gestão da APS objetivaram oferecer diretrizes, metodologias, ferramentas e meios aos gestores municipais para qualificarem o planejamento das ações de prevenção, mitigação, resposta e recuperação no âmbito da APS. A partir dos diálogos com diferentes atores, identificou-se que ações fundamentais haviam deixado de ser executadas na APS, como o atendimento pré-natal, em virtude da desorganização provocada pelo desastre e da necessidade de a equipe repensar fluxos e, muitas vezes, uma nova estrutura física para prestar o cuidado. O "Guia rápido: atenção à saúde na APS em situações de emergência: manutenção das ações essenciais e atuação em caráter excepcional" buscou atender a essa demanda. O documento aborda desde o planejamento da reorganização estrutural dos serviços e do redimensionamento de equipes, passando pelos fluxos de trabalho, até o detalhamento de processos que as equipes de APS devem priorizar nessas situações, bem como ações que não podem deixar de ser realizadas e públicos prioritários.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Outra necessidade identificada foi a organização e orientação técnica para profissionais de saúde voluntários, que chegaram de diversas partes do país e não sabiam como se inserir nos processos de cuidado dos municípios. Nesse sentido, foi construído material de apoio sobre esse tema. Com o aumento da população desabrigada e o surgimento de abrigos temporários, que chegaram a, pelo menos, 981, com uma população total abrigada de 79 mil pessoas (Rio Grande do Sul, 2024b), e das demandas de saúde que emergiram no contexto de abrigamento, foram produzidos materiais, juntamente com diferentes áreas técnicas do DAPPS, para orientar gestores e profissionais sobre a assistência em saúde em abrigos temporários, a fim de fortalecer as equipes de APS e garantir o cuidado da população.

Conforme se avançava no processo de resposta aos desastres, novas problemáticas emergiram. Com o retorno para casa de alguns usuários e a mudança de território de tantos outros, buscou-se orientar as equipes para a realização de busca ativa, com reconhecimento do território, a fim de identificar demandas e compreender como se encontravam os usuários em situação de vulnerabilidade.

Como estratégia de apoio à gestão financeira relacionada a desastres, a SES disponibilizou recursos de manutenção e de estruturação para resposta e recuperação da APS. Foram levantados dados de municípios atingidos e disponibilizados valores para reformas de unidades, compra de equipamentos, contratação de equipes e outras demandas pertinentes ao município. Considerando que não apenas o estado, mas também a União aportou recursos financeiros para as ações de preparação e de resposta a emergências, foi organizado um guia de orientação sobre esses recursos, como forma de apoiar os gestores no planejamento. O material segue sendo atualizado com informações sobre recursos disponíveis e orientações sobre como solicitar aqueles que devem ser pleiteados.

Paralelamente à produção de documentos orientadores, foram realizadas reuniões com gestores municipais em diversos formatos, incluindo videoconferências e visitas em campo, com o objetivo de ouvir as necessidades das gestões municipais e apoiar sua reorganização na resposta aos eventos de desastre. Foram, ainda, replicadas informações relativas às notificações compulsórias, à identificação de agravos, ao tratamento e às ações de intensificação de imunizações. Foi realizada capacitação junto ao Telessaúde-RS sobre manejo clínico de agravos prevalentes em inundações, além da divulgação de várias capacitações relativas à assistência em saúde mental para as equipes.

DISCUSSÃO

O contexto das enchentes apresenta muitos desafios às gestões municipais no que concerne ao planejamento, à gestão de recursos e à organização das equipes. A SES atua como apoio às gestões municipais, assumindo protagonismo em ações que visam orientar, de maneira ampla, diferentes aspectos da gestão municipal. Desse modo, buscou-se, a partir da construção de uma série de materiais, apoiar as ações desses profissionais, desde orientações para condutas clínicas a serem adotadas diante de agravos de saúde até planilhas de apoio para o levantamento de quais equipamentos eram necessários para restabelecer o funcionamento adequado de uma UBS.

Em reuniões posteriores com municípios da região metropolitana, realizadas para que compartilhassem a experiência vivenciada naquele período e para que fosse possível organizar a APS para eventos futuros, os profissionais deram devolutivas positivas sobre como os materiais publicados contribuíram para suas práticas. Devolutivas semelhantes também foram dadas pelas referências de APS das Coordenadorias Regionais de Saúde da SES, que afirmaram que os materiais orientaram suas ações junto aos municípios.

Apesar da repercussão positiva, um dos desafios encontrados é a impossibilidade de mensurar o alcance desses materiais junto aos trabalhadores e gestores do SUS. Embora tenha havido esforço para intensificar e

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

diversificar as estratégias de divulgação, é difícil avaliar o quanto esses guias e formações foram acessados pelos profissionais e de que forma contribuíram para sua prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental registrar esta experiência, pois, de forma análoga à pandemia de COVID-19, na qual os governos estaduais foram protagonistas na gestão e na resiliência do SUS (Fava; Ouverney; Rocha, 2025), este desastre evidenciou novamente a centralidade da esfera estadual na resposta a crises de grande magnitude. As ações finalísticas em saúde necessitam de um arcabouço de monitoramento e planejamento, bem como de aporte robusto e permanente de recursos humanos, financeiros, materiais e de conhecimento. As emergências em saúde pública aqui relatadas evidenciam a necessidade de o setor saúde estar preparado para desenvolver ações de preparação, mitigação, resposta e recuperação. Os desastres possuem, ainda, a característica de ocorrerem com grande intensidade em curto espaço de tempo, com potencial de gerar danos elevados, o que fornece pouco tempo para cada setor construir uma resposta apropriada, caso não tenha delineado previamente suas ações em planos de contingência. A ineficiência de uma resposta tem potencial para aumentar os efeitos do desastre, como provocar emergência por desassistência em saúde, podendo resultar em agravamento de quadros e até em óbitos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (Brasil). **As enchentes no Rio Grande do Sul: lições, desafios e caminhos para um futuro resiliente**. Brasília, DF: ANA, 2025. ISBN 978-65-88101-73-5. Disponível em: https://biblioteca.ana.gov.br/sophia_web/acervo/detalhe/107692. Acesso em: 15 ago. 2025.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO; COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE; GRUPO BANCO MUNDIAL. **Avaliação dos efeitos e impactos das inundações no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: BID; CEPAL; Grupo Banco Mundial, 2024. 303 p. Disponível em: https://publications.iadb.org/pt/avaliacao-dos-efeitos-e-impactos-das-inundacoes-no-rio-grande-do-sul. Acesso em: 15 ago. 2025.

FAVA, V. M. D.; OUVERNEY, A. M.; ROCHA, E. Federalismo e resiliência do SUS: a nova liderança dos governos estaduais no enfrentamento da pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, e03492025, 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Desastres e emergências em saúde pública**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2024a. Disponível em: https://atencaoprimaria.rs.gov.br/desastres-e-emergencias-em-saude-publica-enchentes. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social. Observatório do Desenvolvimento Social. **Censo sobre os abrigos provisórios no Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2024b. Disponível em: https://app.powerbi.com/w?r=eyJrIjoiNWQ3MDFlNGQtMDJiZS00NDU2LWFjMTYtNTBiNjhkODlkNTY0IiwidCI6IjE1ZGNkOTA5LThkYzAtNDBlOS1hMWU1LWNlY2IwNTNjZGQxYSJ9. Acesso em: 15 ago. 2024.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RACISMO INSTITUCIONAL E O (NÃO)CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO DE MARIA ISABEL

Rose Mari Ferreira

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como o primeiro nível de atenção à saúde e tem como característica ser formada por um conjunto de ações de saúde, que funcionam nos âmbitos individual e coletivo. Essas ações abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. A APS apresenta como uma de suas funções a resolutividade dos cuidados primários, aqueles que envolvem os problemas mais comuns de saúde. É a partir da resolução desses problemas que o cuidado será realizado e coordenado, nesse e em todos os outros pontos de atenção à saúde (Brasil, 2022).

Jurema Werneck nos brinda ao conceituar o racismo institucional como "possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais" (Werneck, 2016, p. 541). Neste relato de experiência, poderemos perceber o determinante racial que criou obstáculos ao acesso ao tratamento de saúde de uma mulher negra, pobre, residente na periferia de um município gaúcho.

Utilizo o relato de experiência "como mais uma possibilidade de criação de narrativa científica", como nos apresenta Daltro e Faria (2019, p. 224). Entretanto, como mulher negra com os pés fincados em uma sociedade racista como é a sociedade brasileira, ancoro minha escrita em Conceição Evaristo (2020), trazendo neste texto a Escrevivência como narrativa que marca o encontro de duas mulheres negras, uma profissional em atendimento no SUS e a outra, usuária do sistema de saúde.

Este texto tem como objetivo relatar a experiência do encontro da autora, mulher negra, trabalhadora na atenção secundária do SUS, com a usuária Maria Isabel, também mulher negra, usuária do SUS, cujo cuidado foi negligenciado por vários meses em sua peregrinação pelas recepções das Unidades Básicas de Saúde.

Maria Isabel, o racismo institucional e a busca incessante por atendimento odontológico

Maria Isabel é uma mulher negra, pobre, moradora de um bairro situado na periferia, em uma cidade que se localiza na região metropolitana de um município gaúcho. Ela faz parte dos mais de oitenta por cento das pessoas que necessitam de atendimento pelo SUS e, como tantas outras pessoas, a rotina de usuária e as dificuldades impostas pelos serviços de saúde fazem com que Maria Isabel necessite peregrinar pelas Unidades de Saúde em busca de atendimento.

Como muitas mulheres negras, Maria Isabel faz parte de uma população que tem diagnóstico de doenças crônicas (https://jornal.usp.br, 2023) e, no caso dela, diabetes mellitus tipo 2. Com diversas consultas e atendimentos em que o cuidado foi abandonado por parte da equipe de saúde, que não trabalha na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) (Brasil, 2005) e que não tem como prioridade orientar os usuários do SUS sobre as doenças com as quais passam a conviver, Maria Isabel teve complicações nos níveis glicêmicos e foi hospitalizada em uma situação de urgência.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Nesse episódio em que necessitou de hospitalização, Maria Isabel recebeu outros diagnósticos, nada favoráveis ao seu frágil estado de saúde. O primeiro deles foi o de anemia e, por isso, ela deveria receber transfusões de sangue. Ela permanece hospitalizada para realizar o tratamento da anemia, e o segundo diagnóstico lhe é apresentado. Ela é informada de que um dos rins havia parado de funcionar e, por isso, deverá iniciar o tratamento com hemodiálise. Maria Isabel revela à autora que, para poder ser incluída na fila de espera por um transplante, precisa de um "papel", como disseram a ela no hospital, que ateste que sua saúde bucal está adequada.

As autoras Catoia, Severi e Firmino (2020, p. 5), ao fazerem a análise do caso "Alyne Pimentel", cuja vida foi interrompida durante sua segunda gestação, em óbito classificado como morte materna, apresentam o argumento fundamental de que "a morte se deu em decorrência de sua condição como mulher, negra e de classe socioeconômica desprivilegiada". Nesse texto, a autora, que é mulher negra, faz a interpretação das variáveis em análise: Maria Isabel, mulher preta, moradora da periferia do município e de classe social baixa. Logo, Maria Isabel é caracterizada como mulher PPP: preta, pobre e periférica.

A interseccionalidade (Collins, 2017) entre gênero, classe e raça evidencia o racismo institucional, que representa o fracasso das instituições em promover a igualdade no atendimento às pessoas que buscam os serviços (Almeida, 2019), prática que se reproduz com frequência nas instituições de saúde. Maria Isabel recebeu negativas de atendimento nas várias vezes em que procurou o serviço de saúde. Às vezes, recebia, como resposta à necessidade apresentada, a informação de que deveria comparecer às 3h para "tirar" uma ficha para o dentista, pois todas as fichas eram distribuídas às sextas-feiras, a partir das 8h. Como havia muita procura pelo serviço de atendimento odontológico, os funcionários que atendiam na recepção informaram a Maria Isabel que ela deveria vir "bem cedo da manhã para conseguir ficha".

As cenas relatadas pela usuária do SUS evidenciam a realidade da falta de cuidado. Em nenhum dos momentos em que procurou atendimento e recebeu as informações nas diversas recepções das Unidades de Saúde, Maria Isabel teve sua história escutada. Ela é moradora da periferia do município, em que tanto o sistema de transporte público quanto o privado apresentam diversas falhas. Ela revela que, no local em que mora, que é classificado como ocupação, não há serviços de aplicativos de mobilidade. Também não há ônibus nesse horário da manhã, acrescenta Maria Isabel.

Maria Isabel revela à autora que, para poder constar como alguém que está na fila aguardando transplante, precisa de um "papel", como disseram a ela no hospital, que diga que ela está bem de saúde dos dentes. Mas você, leitor(a), nesse momento do texto, pergunta: e como a cirurgiã-dentista que presta atendimentos no Centro de Especialidades Odontológicas do município citado recebe essa outra mulher que procura por atendimento? Em qual momento esse encontro se efetiva?

Respondo ao questionamento de uma forma que talvez possa causar surpresa a quem está dedicando tempo à leitura deste texto. Maria Isabel necessita de vários laudos que comprovem suas condições de saúde. O laudo em relação à saúde bucal é um deles. Mas Maria Isabel também necessita de um laudo atestando que a saúde ginecológica está em dia. Foi quando realizou o exame citopatológico que comentou com a enfermeira sobre a necessidade de obter um laudo de saúde bucal. Relatou à enfermeira parte de suas dificuldades em acessar o serviço de odontologia. A enfermeira, ao escutá-la, foi imediatamente afetada pela narrativa. Pediu que Maria Isabel aguardasse um momento e foi até a coordenação do serviço para explicar o caso e solicitar ajuda. A coordenadora, também afetada pela situação, foi até o consultório da autora deste texto. Pronto! Feita a conexão.

No exato momento em que ouço parte da narrativa que a coordenadora traz, já me coloco à disposição para atender essa mulher que tantas negativas recebeu dos serviços que deveriam acolher. Quando abro a porta para chamá-la, compartilho a dor que ela sente e enxergo em seus olhos, um tanto cansados da luta, o olhar que pessoas como eu carregam por lutar incessantemente contra o racismo.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Considerações sobre o encontro

Autora e usuária se encontram, lado a lado, conversa após conversa, narrativa sendo feita e a escuta qualificada atuando a cada minuto. Duas mulheres negras, muitas histórias de saúde, muitos caminhos travados que agora começam a se abrir. Maria Isabel será cuidada. O tratamento odontológico se inicia naquele encontro e, em breve, muito breve, será concluído. Maria Isabel poderá finalmente apresentar a documentação completa necessária, incluindo o laudo atestando a condição de saúde bucal. Assim, seu nome poderá constar na fila do transplante e ela poderá voltar a ter esperanças na vida, como diz à autora. O cuidado que não foi prestado na Atenção Primária encontrou um terreno, ainda que pequeno, em uma escuta durante a coleta do exame citopatológico realizado na Atenção Secundária. A sensibilidade das pessoas que escutaram Maria Isabel, em um local no qual ela nem imaginava que poderia ser cuidada, fez a diferença.

Infelizmente, o caso de Maria Isabel não é único. Única é a mulher negra, cirurgiã-dentista, que atua na Atenção Secundária do município. Maria Isabel é a representação de muitos casos recorrentes na atenção à saúde. A luta contra todas as formas de racismo é diária e constante. Para a população negra, que é vítima, todos os dias são de luta. Erradicar o racismo é responsabilidade de todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **Curso I**: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 38 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

CATOIA, C. de C.; SEVERI, F. C.; FIRMINO, I. F. C. Caso "Alyne Pimentel": violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e60361, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/CNfnySYtXWTYbsc987D8n5S/. Acesso em: 1 ago. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223–237, jan./abr. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf. Acesso em: 1 ago. 2024.

EVARISTO, C. A escrevivência e seus subtextos. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). **Escrevivência**: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 27-46.

NEGROS sofrem mais com doenças crônicas, e adversidades na vida explicam parte desse adoecimento. **Jornal da USP**, São Paulo, 21 nov. 2023. Disponível em: https://jornal.usp.br/ciencias/negros-sofrem-mais-com-doencas-cronicas-e-adversidades-na-vida-explicam-parte-desse-adoecimento/. Acesso em: 10 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO DOS TRABALHADORES NA SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM MISSÕES HUMANITÁRIAS: UMA LINHA DE TEMPO

Roselaine Murlik

INTRODUÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior grupo hospitalar público do Sul do Brasil, 100% integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se como uma instituição de referência em assistência, ensino e pesquisa. A atuação do GHC transcende a atenção primária, secundária e terciária, projetando-se, desde 2002, no cenário nacional por meio de ações humanitárias, muitas delas realizadas em conjunto com a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Essa articulação demonstra, de forma concreta, que a resposta a emergências em saúde não se baseia apenas em atos de solidariedade, mas se configura como uma política pública de Estado, sustentada pelo princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Nos últimos anos, o recrudescimento das emergências climáticas e seus impactos sobre a saúde coletiva reforçam a importância da preparação das instituições de saúde e de seus trabalhadores para esse tema. Inundações, secas, calor extremo, poluição do ar e da água, queimadas, epidemias e crises humanitárias desafiam os sistemas de saúde em todo o mundo. Segundo Tedros Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), "As emergências climáticas podem desfazer décadas de evolução em saúde pública". Nesse contexto, o GHC, por meio do SUS, tem sido protagonista na resposta a desastres e emergências, reafirmando a relevância do sistema público brasileiro e o papel essencial dos trabalhadores da saúde na defesa da vida.

Linha do tempo da atuação em missões humanitárias

Ao longo de sua trajetória, os trabalhadores da saúde do GHC participaram de diversas missões humanitárias, no Brasil e no exterior, enfrentando diferentes cenários de crise.

- 2002, Timor-Leste. Após o término do domínio da Indonésia sobre Timor-Leste, em 1999, a Agência Brasileira de Cooperação iniciou a Cooperação Brasil-Timor-Leste. Em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de uma iniciativa organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), apoiou a reconstrução da área da saúde, com equipes de voluntários oferecendo cuidados de higiene sanitária, atendimento de nível primário e tratamento para patologias gastrointestinais, respiratórias e dermatológicas. O programa também incluía a implementação de terapia antirretroviral para o tratamento universal da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis, visando ao combate a epidemias na região. Foi a primeira missão registrada em que trabalhadores da saúde do GHC atuaram como voluntários em missões humanitárias.
- 2010, Terremoto no Haiti. A missão representou um marco internacional na resposta a um desastre de grandes proporções, que resultou em mais de 200 mil mortes e 1,5 milhão de desabrigados. A Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH), organizada pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, incluiu a participação de trabalhadores da saúde do GHC, que ajudaram em diversas áreas, incluindo o atendimento médico e odontológico, como parte dos esforços para estabilizar o país.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- 2010, Enchente em Rio Largo e Murici (AL). Com 270 mil pessoas afetadas, 44 mil desalojadas e 36 mortes confirmadas, a atuação incluiu assistência direta às vítimas e apoio às autoridades locais em um contexto de enchente.
- 2012, Missão Ágata, Arroio Grande (RS). Vinte e três profissionais da saúde do GHC atuaram em uma situação de desassistência no município, por meio da FN-SUS.
- 2012, Missão durante as enchentes no Acre, Rio Branco e Cruzeiro do Sul (AC). Os trabalhadores do GHC, pela FN-SUS, prestaram assistência às vítimas das enchentes que atingiram os municípios do estado.
- 2013, Tragédia da Boate Kiss, Santa Maria (RS). Um dos maiores desastres urbanos do Brasil, com 241 vítimas fatais. Profissionais do GHC atuaram no atendimento hospitalar de alta complexidade e no resgate aéreo das vítimas.
- 2013, Missão de acolhimento à imigração haitiana, Brasiléia (AC). O fluxo migratório após o terremoto no Haiti exigiu respostas humanitárias no Acre. A equipe do GHC atuou na organização do atendimento em saúde para centenas de imigrantes em situação de vulnerabilidade.
- 2014, Enchente do Rio Madeira, Porto Velho (RO). A atuação envolveu a assistência à população ribeirinha afetada pela enchente do Rio Madeira.
- 2014, Repatriação de equipe durante a epidemia de ebola na África. Diante de uma das maiores crises epidemiológicas globais, o GHC integrou a equipe de repatriação, atuando em protocolos de biossegurança e vigilância epidemiológica e sendo referência para os atendimentos de vítimas no Rio Grande do Sul (RS).
- 2016, Olimpíadas do Rio de Janeiro. Trabalhadores da saúde do GHC participaram, em conjunto com a FN-SUS, da equipe Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN), capacitada para emergências envolvendo agentes de alto risco.
- 2018, Missão Acolhida, Roraima. A crise migratória venezuelana levou milhares de pessoas a buscar refúgio no Brasil. Os profissionais do GHC atuaram junto à FN-SUS no acolhimento e no cuidado em saúde, garantindo atenção humanitária em um contexto de sobrecarga social e sanitária.
- 2021, Enchente na Bahia. As fortes chuvas desencadearam inundações extremas. Ao todo, 471.009 pessoas foram afetadas e 62.796 pessoas ficaram desalojadas de suas casas. Trabalhadores do GHC, em conjunto com a FN-SUS, atuaram nesta missão.
- 2023, Missão Yanomami. A crise do território Yanomami foi e continua sendo uma emergência de saúde e direitos humanos que se agravou a partir de 2019, caracterizada pela invasão de garimpeiros ilegais, que resultou em contaminação por mercúrio, violência, desnutrição severa e alta mortalidade, especialmente de crianças, devido à destruição ambiental, ao colapso do sistema de saúde indígena e à negligência governamental. Em janeiro de 2023, com a declaração de emergência sanitária nacional pelo Ministério da Saúde, equipes de saúde da FN-SUS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), dos Médicos Sem Fronteiras e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foram mobilizadas e coordenadas pelo Centro de Operações de Emergências (COE-SUS), em defesa da vida indígena. Profissionais do GHC participaram da Missão Yanomami, coordenados pela FN-SUS, fortalecendo o cuidado em saúde indígena. Em conjunto com ações interministeriais, promoveram o fortalecimento da presença do Estado, a retirada parcial de garimpeiros ilegais e a implementação de medidas para restabelecer os serviços básicos, como saúde, segurança e infraestrutura. Segundo relatório da FN-SUS.
- 2023, Missão Vale do Taquari (RS). A missão consistiu na resposta do Ministério da Saúde, por meio da Força Nacional do SUS (FN-SUS), à situação da área afetada pelas enchentes no Vale do Taquari (RS), com o envio de profissionais de saúde para prestar apoio e monitorar doenças.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- 2024, Missão Guarita (RS). Diante de uma epidemia de dengue que atingiu a população da Terra Indígena Guarita, em Tenente Portela, equipes do GHC atuaram no atendimento emergencial e nas ações de vigilância epidemiológica. Segundo relatório da FN-SUS, dos 13 profissionais que atuaram nesta missão, nove eram do GHC.
- 2024, Missão durante as enchentes no RS. O GHC foi o centro de operações e de suporte aos profissionais de saúde do SUS. Segundo relatório da FN-SUS, na missão realizada pelo órgão, dos 634 profissionais envolvidos, 101 eram trabalhadores do GHC. Além dos profissionais que atuaram ligados à FN-SUS, o GHC também atuou em diversas frentes, com as equipes de atenção primária e voluntários em territórios. As equipes internas da gestão também realizaram o acolhimento dos funcionários vítimas da inundação.
- 2024, Missão Guamá-Tocantins (PA). A seca extrema na Amazônia impactou comunidades ribeirinhas nos rios Tapajós e Arapiuns, resultando em desassistência em saúde. O GHC integrou a resposta humanitária, garantindo atenção básica e suporte emergencial. Segundo relatório da FN-SUS, dos 19 profissionais que atuaram nesta missão, eram do GHC.

Todas essas missões evidenciam a capilaridade da resposta e a integração do GHC com o SUS em diferentes territórios.

O trabalhador da saúde no centro da resposta

O Grupo Hospitalar Conceição, por meio de seus trabalhadores da saúde, tem desempenhado um papel importante na execução de missões humanitárias, colocando sua expertise a serviço do SUS em contextos de crise. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e diversos outros profissionais atuam em cenários de extrema vulnerabilidade, em que o cuidado vai além do aspecto técnico: trata-se de um compromisso ético com a defesa da vida. O êxito dessas ações depende diretamente da formação e da capacitação contínua, o que representa um grande desafio para o GHC e o Ministério da Saúde. Urge desenvolver treinamentos em gerenciamento de desastres, a partir de uma estrutura integrada de ações que inclua a preparação, a resposta e a recuperação diante de emergências em saúde pública, bem como a gestão de riscos e os protocolos internacionais de resposta.

Outro aspecto central é a saúde mental dos trabalhadores. A atuação em desastres e emergências climáticas expõe esses profissionais a situações de sofrimento intenso, perdas e risco iminente, exigindo estratégias institucionais de apoio. Iniciativas como rodas de conversa, acompanhamento psicológico, políticas de cuidado e fortalecimento da rede de suporte são essenciais para sustentar a resiliência. Essa resiliência, por sua vez, não se constrói apenas no âmbito individual, mas de forma coletiva, a partir da cooperação e da solidariedade entre equipes.

Reconhecer os desafios enfrentados pelos trabalhadores da saúde é reconhecer também a necessidade de políticas institucionais que garantam proteção, valorização e condições adequadas de trabalho. É nesse compromisso que reside a força do GHC: em cada profissional que, ao enfrentar o caos de uma emergência, reafirma o papel do SUS como sistema público voltado para a vida, a justiça social e a dignidade humana.

Emergências climáticas e saúde

As emergências climáticas ampliam a frequência e a gravidade dos desastres socioambientais. No Brasil, eventos como enchentes, secas prolongadas, calor extremo, queimadas e epidemias de arboviroses

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

desafiam o sistema de saúde e ampliam desigualdades. Relatórios internacionais, como o Lancet Countdown e a Declaração da COP28, reforçam que a crise climática é também uma crise de saúde pública. A atuação do GHC em contextos como as enchentes de 2024 no RS e a Missão Yanomami (2023), assim como as recentes epidemias de dengue, evidenciam como a instituição está na linha de frente de um dos maiores desafios do século: proteger a saúde em tempos de colapso ambiental.

CONCLUSÃO

A atuação do Grupo Hospitalar Conceição em missões humanitárias evidencia a relevância do SUS como política pública. Em parceria com a Força Nacional do SUS, os profissionais do GHC têm sido fundamentais no enfrentamento de crises e emergências, fortalecendo as competências técnicas e o cuidado com a saúde mental e reafirmando o SUS como referência na resposta a emergências em saúde no Brasil. O GHC mantém-se como exemplo nacional, mostrando que um sistema público forte é crucial para proteger vidas e garantir direitos diante do aumento das emergências climáticas.

Palavras-chave: política de saúde; desastres.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Tedros Adhanom Ghebreyesus sobre emergências climáticas e saúde pública.** Genebra: OMS, 2022. Disponível em: https://www.who.int/. Acesso em: 18 ago. 2025.

THE LANCET COUNTDOWN. **The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change**: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. London: The Lancet Countdown, 2023. Disponível em: https://lancetcountdown.org/2023-report/. Acesso em: 18 ago. 2025.

COP28 PRESIDENCY. **COP28 UAE Declaration on Climate and Health**. Dubai: COP28 Presidency, 2023. Disponível em: https://www.cop28.com/-/media/Project/COP28/feature/Download-CTA-PDF/COP28-UAE-Climate-and-Health-Declaration.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Força Nacional do SUS**: missões humanitárias 2010–2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Histórico de atuação em missões humanitárias**. Porto Alegre: GHC, 2024.

MORAES, C. **Emergências climáticas e saúde indígena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, 15 jun. 2024. 1 vídeo (webinário). Disponível em: [inserir endereço eletrônico correto]. Acesso em: 18 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Equipe do GHC participa de missão em Arroio Grande. **GHC Notícias**, Porto Alegre, 17 jul. 2012. Disponível em: https://www3.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=6287. Acesso em: 18 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Profissionais do GHC auxiliam vítimas de enchente em Rondônia. **GHC Notícias**, Porto Alegre, 5 maio 2014. Disponível em: https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=7431. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Brasil e Timor-Leste**: 20 anos de amizade e cooperação. Brasília, DF: Agência Brasileira de Cooperação, 2020. 1 vídeo. Disponível em: https://youtu.be/MT6OVyXcU-c. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

UM NOVO FLORESCER

Gerusa Bittencourt

As águas vieram/ ninguém esperava/ tamanha tragédia/ jamais aqui viu/ elas

Inundaram todos nossos sonhos/ memórias de vida/ tudo se partiu/ oh Porto Alegre por ti eu chorei/ lágrimas de sangue por ti derramei/ com unhas e dentes também eu lutei/ dentro dos abrigos me reinventei/ lutei pelas vidas que pude acolher! Juntos somos SUS somos GHC!

E agora como recomeçar? Com certeza todos temos pressa/ eu não falo só de economia/ eu reflito sobre a nossa vida! Água/ solo, o ar- natureza! A saúde, a maior riqueza!

Ficam dúvidas sobre o futuro! De nós todos depende, eu juro! Não será um abismo escuro, se a mudança começar agora! Mãos à obra na reconstrução, nossa força vem da união!

É por isso que eu sigo cantando! 100% SUS GHC! Que defendem a vida, a saúde, o futuro na terra, um novo florescer!

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE A MORTALIDADE E SUPERLOTAÇÃO NA UPA MOACYR SCLIAR: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Vinícius da Silva Leonhardt Monteiro
Carolina Zeni
Jesse James Marquezotti Selistre
Renata Alampi Moreira

RESUMO

Introdução: As enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul provocaram superlotação crítica na UPA Moacyr Scliar, com aumento expressivo da mortalidade e dos eventos adversos. **Objetivo:** Avaliar o impacto das enchentes de 2024 sobre a mortalidade, o perfil clínico-epidemiológico, a ocupação de leitos e os indicadores de superlotação na UPA Moacyr Scliar, identificando correlações entre demanda assistencial, superlotação e desfechos clínicos por meio de uma análise temporal estratificada em quatro períodos distintos, com foco na correlação entre eventos adversos e taxa de ocupação. **Metodologia:** Um estudo observacional retrospectivo analisou 176 óbitos e 65.292 atendimentos em 2024, estratificados em quatro períodos: pré-enchente, enchente, pós-enchente recente e tardio. **Resultados:** A taxa média de ocupação anual superou 200%, atingindo picos extremos no pós-enchente recente (314,9%) e em meses críticos como setembro (355,5%). Houve correlação significativa entre ocupação e mortalidade ($r=0,624$; $p<0,01$), entre ocupação e eventos adversos ($r=0,547$; $p<0,05$) e entre mortalidade e eventos adversos ($r=0,607$; $p<0,05$). A mortalidade por 1.000 atendimentos aumentou 59% durante a superlotação crítica, e os eventos adversos triplicaram no pós-enchente. As principais causas de morte foram sepse/choque séptico (47,2%) e insuficiência respiratória (22,2%), com aumento dos casos de sepse no pós-enchente. O percentual de internação foi maior no pós-enchente recente (27,1%), indicando maior gravidade. O impacto mais intenso ocorreu após o evento agudo, sugerindo efeitos indiretos prolongados, como deslocamento populacional e demanda reprimida. **Conclusão:** Conclui-se que a ocupação superior a 300% compromete gravemente a qualidade assistencial, justificando protocolos de contingência quando superior a 250%, monitoramento em tempo real e preparação para sobrecarga sustentada por três a quatro meses pós-desastre.

DESCRITORES: Enchentes; Mortalidade; Superlotação Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência; Desastres Naturais; Sistema Único de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas têm intensificado eventos meteorológicos extremos globalmente, com impactos diretos sobre os sistemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2021). As enchentes no Rio Grande do Sul, ocorridas entre abril e maio de 2024, representaram o maior desastre natural da história do estado, atingindo 478 dos 497 municípios e causando 183 óbitos diretos confirmados (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2024). O pico da cheia do rio Jacuí, na região central de Porto Alegre, ocorreu em 5 de maio de 2024. De acordo com o Departamento de Hidrologia do Serviço Geológico do Brasil, o nível máximo do Guaíba atingiu 5,37 m na estação Cais Mauá, 5,12 m no Portão Principal do SPH-RS (local da marca histórica da enchente de 1941) e 4,59 m na estação fluviométrica da Usina do Gasômetro (Marcuzzo *et al.*, 2024).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, localizada na zona norte de Porto Alegre, manteve seu funcionamento integral durante todo o período crítico, tornando-se referência regional para urgências e emergências (Grupo Hospitalar Conceição, 2024). Com capacidade de 17 leitos (12 de observação, 2 de isolamento e 3 de emergência), a unidade enfrenta regularmente desafios relacionados à superlotação, situação potencialmente agravada durante desastres naturais (Grupo Hospitalar Conceição, 2024).

A literatura documenta que as enchentes impactam os sistemas de saúde por meio de múltiplos mecanismos: aumento da demanda por atendimentos, alterações no perfil epidemiológico, superlotação dos serviços e comprometimento da qualidade assistencial (Ahern *et al.*, 2005). A superlotação em serviços de emergência está associada ao aumento da mortalidade, à maior incidência de eventos adversos e à deterioração da qualidade assistencial (Morley *et al.*, 2018).

A análise integrada de indicadores de mortalidade, ocupação de leitos e eventos adversos durante eventos de desastre fornece informações essenciais para o planejamento de contingência e a melhoria da resposta do sistema de saúde (Asplin *et al.*, 2003). O presente estudo tem como objetivo analisar o impacto das enchentes de 2024 sobre a mortalidade e os indicadores operacionais na UPA Moacyr Scliar, identificando correlações entre superlotação e desfechos clínicos por meio de uma análise temporal estratificada.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional retrospectivo, realizado na UPA Moacyr Scliar durante o ano de 2024, em conformidade com as diretrizes STROBE para estudos observacionais.

Os dados foram obtidos pelo Comitê de Óbitos da unidade por meio de revisão sistemática de declarações de óbito e prontuários eletrônicos. A UPA está situada na zona norte de Porto Alegre, possui capacidade para 17 leitos (12 de observação, 2 de isolamento e 3 de emergência) e, no período estudado, registrou 65.292 atendimentos médicos e 176 óbitos (Grupo Hospitalar Conceição, 2024).

A análise considerou a cronologia das enchentes no Rio Grande do Sul, estratificando os dados em quatro períodos: pré-enchente (janeiro a abril), enchente (maio), pós-enchente recente (junho a agosto) e pós-enchente tardio (setembro a dezembro).

As variáveis incluíram aspectos epidemiológicos (número de óbitos, idade, sexo, causas de morte e tempo entre a admissão e o óbito), operacionais (taxa de ocupação de leitos, eventos adversos identificados, classificação de risco e meio de entrada) e de demanda (total de atendimentos médicos, pacientes em observação e indicador de atendimento médico).

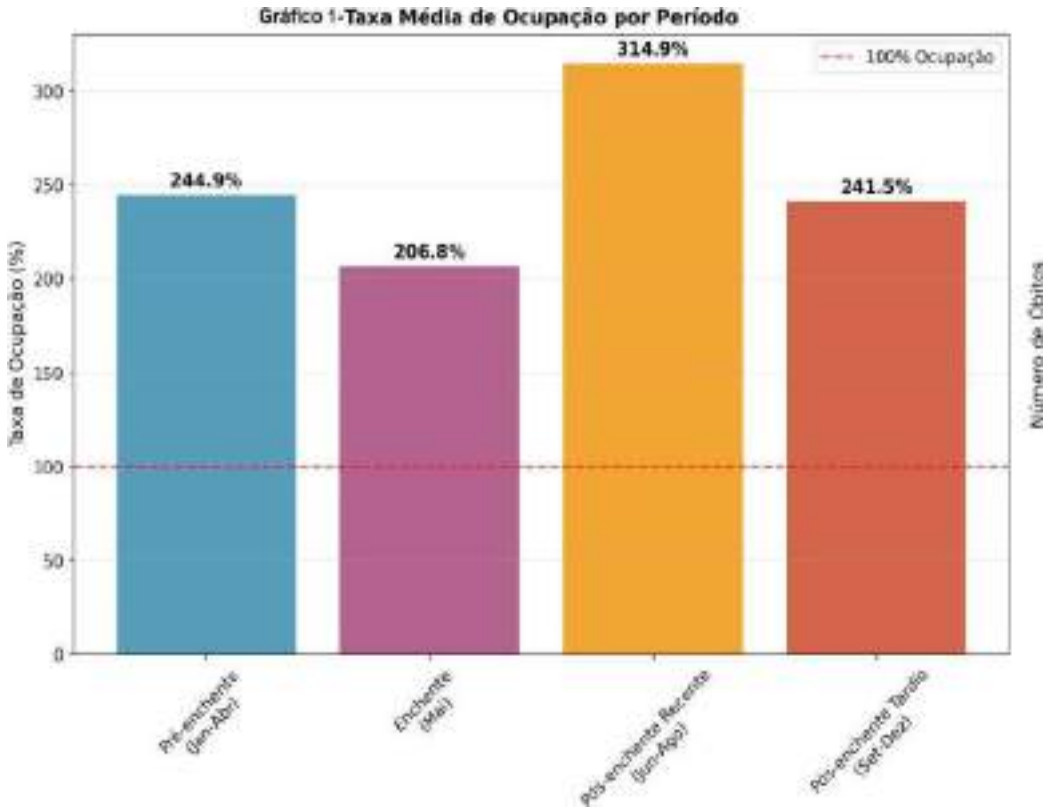
Foram realizadas análises descritivas com frequências, bem como correlação de Pearson entre variáveis numéricas e teste do qui-quadrado para variáveis categóricas, adotando-se significância estatística de $p < 0,05$. O estudo utilizou exclusivamente dados secundários institucionais, garantindo anonimato e confidencialidade, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa em saúde. Este manuscrito utilizou inteligência artificial como apoio na redação e na formatação, sem interferir na análise científica.

RESULTADOS

Em 2024, foram registrados 176 óbitos na UPA Moacyr Scliar, com média etária de 77,7 anos (DP±15,2) e predominância do sexo feminino (59,7%), distribuídos em quatro períodos: pré-enchente (28,4%), enchente (9,7%), pós-enchente recente (39,2%) e pós-enchente tardio (22,7%).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

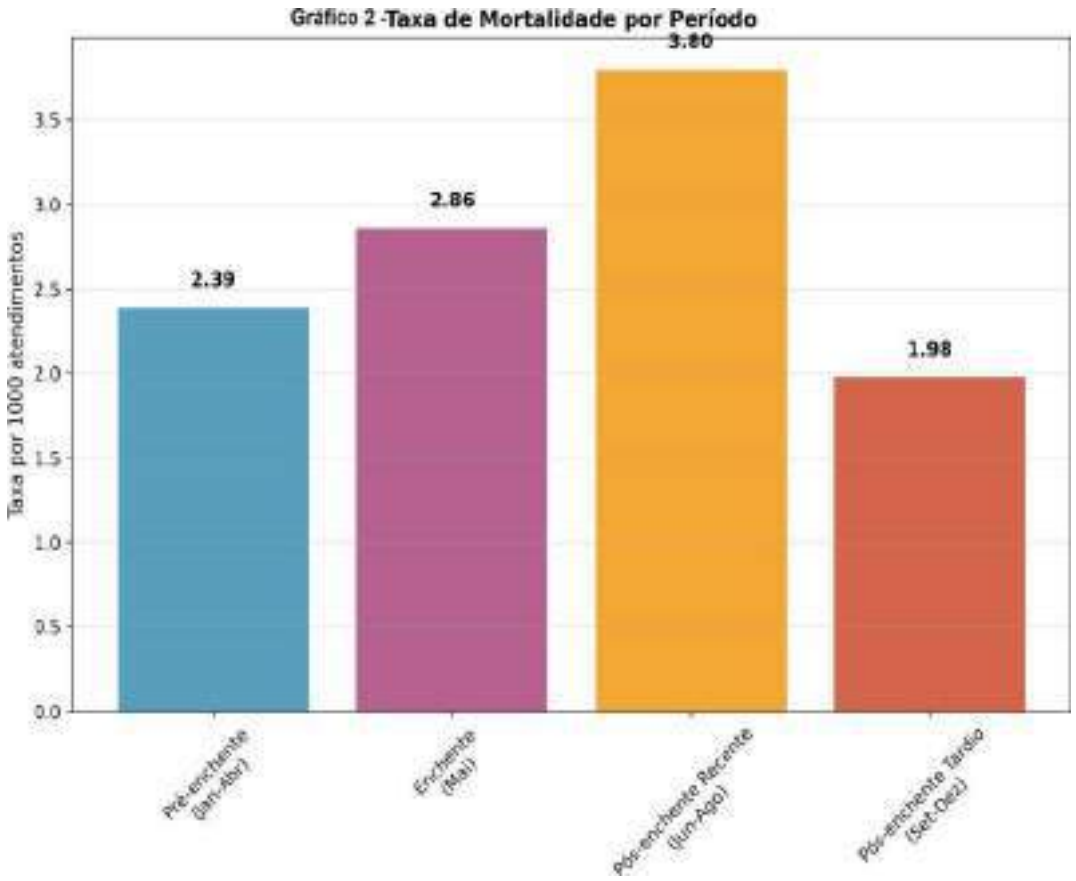
A taxa média de ocupação de leitos (Gráfico 1) evidenciou superlotação sustentada ao longo do ano, atingindo 244,8% no pré-enchente, 206,8% durante a enchente, 314,9% no pós-enchente recente e 241,5% no pós-enchente tardio, com picos críticos em setembro (355,5%), agosto (332,3%) e julho (311,4%).



Foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a taxa de ocupação e os óbitos ($r = 0,624$; $p < 0,01$), a taxa de ocupação e os eventos adversos ($r = 0,547$; $p < 0,05$) e os óbitos e os eventos adversos ($r = 0,607$; $p < 0,05$), demonstrando associação direta entre a superlotação, a mortalidade e o comprometimento da qualidade assistencial (Von Elm *et al.*, 2007).

A taxa de mortalidade (Gráfico 2) por 1.000 atendimentos variou de 2,39 no pré-enchente para 3,80 no pós-enchente recente, representando aumento de 59% em relação ao período basal, enquanto os eventos adversos triplicaram no mesmo intervalo, com 18,8% dos óbitos associados a eventos adversos no pós-enchente recente, contra 6,0% no pré-enchente. Nos meses de superlotação extrema (> 300%), como setembro, agosto, julho e junho, foram registrados simultaneamente maiores taxas de ocupação, elevação do número de óbitos e aumento de eventos adversos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.



O tempo médio entre a chegada e o óbito foi de 43,8 horas (DP ± 69,2), com tendência de maior intervalo no pós-enchente, sugerindo tanto o ingresso tardio de pacientes graves quanto dificuldades de transferência.

Em relação às causas de morte, destacaram-se sepse/choque séptico (47,2%) e insuficiência respiratória (22,2%), com incremento dos casos de sepse após as enchentes. O percentual de internação foi mais elevado no pós-enchente recente (27,1%), indicando aumento da gravidade clínica e maior demanda por cuidados prolongados no período de sobrecarga assistencial.

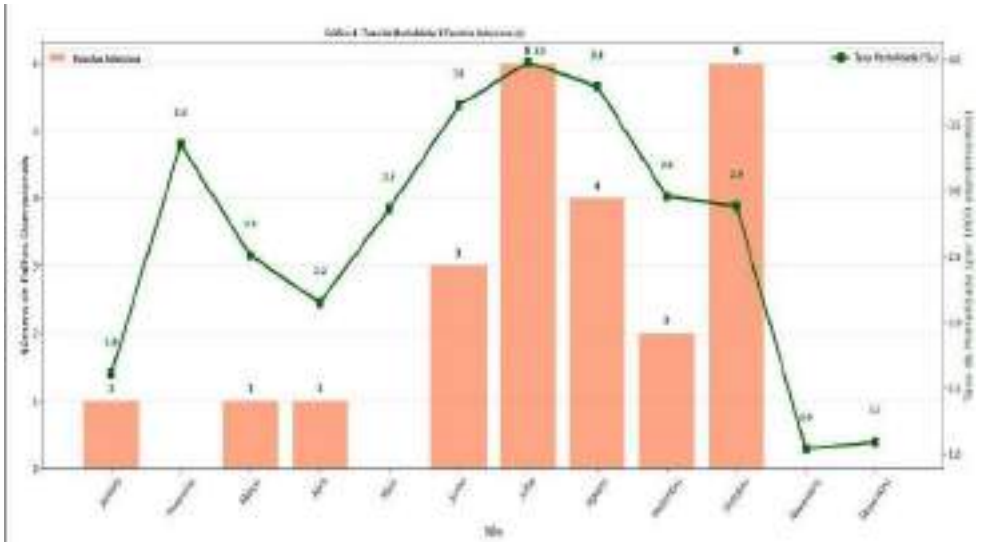
DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram correlação positiva e significativa entre a taxa de ocupação de leitos e a mortalidade (r = 0,624), confirmando que a superlotação está diretamente associada aos desfechos clínicos. O aumento de 59% na taxa de mortalidade (Gráfico 3) observado no período pós-enchente recente, quando a ocupação alcançou 314,9%, reforça as evidências da literatura que associam a superlotação dos serviços de emergência ao incremento da mortalidade (Richardson, 2006).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A capacidade de 17 leitos foi constantemente ultrapassada, chegando a picos superiores a 350% de ocupação, condição que se correlacionou com o aumento do risco de eventos adversos e óbitos. A análise dos óbitos mostrou que 13,6% (n = 24) estiveram relacionados a eventos adversos, sendo que 45,8% destes decorreram de atraso na disponibilidade de leito hospitalar/vaga zero, refletindo a sobrecarga do sistema de referência, agravada pela demanda reprimida durante a enchente e pela redução da capacidade de retaguarda.

No Gráfico 4, é possível observar que os meses de maior ocupação apresentaram as maiores taxas de mortalidade e de eventos adversos (r = 0,547). Esse cenário esteve associado ao aumento de três vezes na proporção desses eventos adversos relacionados aos óbitos no pós-enchente (de 6,0% para 18,8% a 20,0% dos óbitos), evidenciando os prejuízos assistenciais decorrentes da sobrecarga da Rede de Atenção à Saúde.



A análise dos óbitos ocorridos na UPA Moacyr Scliar identificou que 13,6% dos óbitos (n = 24) estiveram associados a eventos adversos, os quais demonstraram correlação significativa com a superlotação dos serviços (r = 0,547). Dos 24 eventos adversos registrados, 11 corresponderam ao atraso na disponibilidade de leito hospitalar ou de vaga zero, representando 45,8% do total de eventos adversos e refletindo a sobrecarga do sistema de referência, principalmente após as enchentes, em razão da maior demanda (demanda represada durante a enchente) e da redução da capacidade instalada nos hospitais de retaguarda. A concentração desses

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

eventos adversos no período pós-enchente recente (junho a agosto), quando a taxa de ocupação superou 300%, configura um cenário de colapso assistencial e afeta de forma mais expressiva pacientes idosos com condições sépticas e críticas.

A estratificação temporal revelou que o maior impacto ocorreu após o pico das enchentes (maio de 2024), sugerindo efeitos indiretos e prolongados, como deslocamento populacional, dificuldades de acesso a outros serviços e sobrecarga sustentada do sistema de saúde, enquanto o período da enchente apresentou taxa de ocupação relativamente menor (206,8%), possivelmente em função de barreiras de acesso.

De forma integrada, as correlações significativas entre ocupação, óbitos e eventos adversos ($r > 0,5$) indicam que tais indicadores devem ser monitorados conjuntamente, permitindo identificar períodos de risco elevado e direcionar recursos para a mitigação de impactos. Por fim, reconhece-se que este estudo possui limitações inerentes ao delineamento retrospectivo e ao uso de dados secundários, sendo a análise de correlação insuficiente para estabelecer causalidade, ainda que os mecanismos observados sejam biologicamente plausíveis e consistentes com a literatura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul provocaram um aumento expressivo da mortalidade e comprometeram de forma grave a operação da UPA Moacyr Scliar. No período pós-enchente recente, a taxa média de ocupação atingiu 314,9%. Em setembro, já no período pós-enchente tardio, foi registrado um pico de 355,5%, equivalente a 3,5 vezes a capacidade instalada. Observou-se forte correlação entre ocupação e mortalidade ($r = 0,624$), indicando associação entre a superlotação e os desfechos clínicos, com incremento de 59% na taxa de mortalidade durante fases de ocupação crítica.

A qualidade assistencial apresentou deterioração significativa, com aumento de três vezes na ocorrência de eventos adversos em relação ao período pré-enchente. Esses eventos adversos também mostraram correlação significativa com a taxa de ocupação ($r = 0,547$), reforçando a associação entre a superlotação e o comprometimento dos processos de cuidado.

O intervalo de junho a setembro concentrou 67,6% dos óbitos anuais, coincidindo com os meses de maior pressão sobre a estrutura e maior incidência de eventos adversos. O impacto mais pronunciado ocorreu no período pós-enchente recente, e não na fase aguda do desastre, sugerindo que os efeitos indiretos, como aumento prolongado da demanda, esgotamento de recursos e reorganização operacional, exerceram influência mais duradoura sobre o sistema de saúde. Esses achados evidenciam a necessidade de estratégias estruturais e de contingência capazes de mitigar os efeitos tardios de desastres sobre a mortalidade e a qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Climate change**. Geneva: WHO, 12 Oct. 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health. Acesso em: 13 ago. 2025.

EMATER/RS-ASCAR. **Impactos das chuvas e cheias extremas no Rio Grande do Sul em maio de 2024**. Porto Alegre: Emater/RS-Ascar, 2024. Disponível em: https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos/202406/relatorio-sisperdas-evento-enchentes-em-maio-2024.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

MARCUZZO, F. F. N. *et al.* **Nota técnica**: aferição direta e avaliação indireta do nível máximo de rios em estações fluviométricas e marcas de inundação no Rio Grande do Sul na grande cheia de maio de 2024. 6. versão rev. e atual. em 7 out. 2024. Porto Alegre: Serviço Geológico do Brasil (SGB-CPRM), 2024. Disponível em: https://rigeo.sgb.gov.br/bitstream/doc/24939.8/7/2024-10-07_notatecnica_levantamentocheia_2024%20V.6.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Relatório interno de atividades da UPA Moacyr Scliar**: 2024. Porto Alegre: GHC, 2024.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AHERN, M. *et al.* Global health impacts of floods: epidemiologic evidence. **Epidemiologic Reviews**, v. 27, n. 1, p. 36-46, jul. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1093/epirev/mxi004. Acesso em: 20 dez. 2025.

MORLEY, C. *et al.* Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. **PLOS ONE**, v. 13, n. 8, e0203316, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316. Acesso em: 20 dez. 2025.

ASPLIN, B. R. *et al.* A conceptual model of emergency department crowding. **Annals of Emergency Medicine**, v. 42, n. 2, p. 173-180, ago. 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1067/mem.2003.302. Acesso em: 20 dez. 2025.

CRONOLOGIA das enchentes no Rio Grande do Sul em 2024. In: **Wikipédia**: a enciclopédia livre. [S. l.]: Wikimedia Foundation, 2024. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Cronologia_das_enchentes_no_Rio_Grande_do_Sul_em_2024. Acesso em: 13 ago. 2025.

VON ELM, E. *et al.* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v. 335, n. 7624, p. 806-808, 20 out. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD. Acesso em: 20 dez. 2025.

RICHARDSON, D. B. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. **Medical Journal of Australia**, v. 184, n. 5, p. 213-216, 6 mar. 2006. Disponível em: https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00204.x. Acesso em: 20 dez. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO ELO FUNDAMENTAL ENTRE COMUNIDADES RIBEIRINHAS E O NAVIO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA MARINHA DO BRASIL

Natália Paloschi Casagrande
Murilo Santos de Carvalho
Amanda Almeida Barcelos Carlos
Liane Nanci Rotta

Introdução: a vulnerabilidade social no Brasil está associada a condições precárias de saúde e educação, que impactam negativamente o desenvolvimento humano e social das comunidades ribeirinhas. No estado do Amazonas, grande parte do acesso aos serviços de saúde é mediada pelo transporte fluvial, o que apresenta diversos desafios. Nesse cenário, o Navio de Assistência Hospitalar (NAsH) Soares de Meirelles, da Marinha do Brasil, conhecido como Navio da Esperança, é um hospital flutuante que leva atendimento em saúde às comunidades ribeirinhas de difícil acesso na Amazônia e no Pantanal desde a década de 1980. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exercem papel estratégico na articulação entre a comunidade e as equipes de saúde, sendo essenciais para a comunicação efetiva com o NAsH, facilitando o contato com as famílias, promovendo orientações culturalmente sensíveis e mediando o acesso aos cuidados em saúde. **Objetivos**: descrever a dinâmica de atuação e a organização dos Agentes Comunitários de Saúde em comunidades ribeirinhas do estado do Amazonas atendidas pelo Navio de Assistência Hospitalar Soares de Meirelles, da Marinha do Brasil. **Metodologia**: trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes de graduação e de pós-graduação de uma universidade do Rio Grande do Sul com os ACS que atuam em comunidades ribeirinhas atendidas pelo NAsH Soares de Meirelles, durante a Operação Amazonas do Projeto Rondon, realizada em julho de 2025. Os dados foram obtidos por meio de conversas orientadas, abordando estratégias de aproximação com as famílias, identificação de casos prioritários, mediação de cuidados e adaptação cultural das orientações de saúde. **Resultados e Discussão**: foram visitadas nove comunidades ribeirinhas e duas aldeias indígenas ao longo dos rios Solimões e Purus, sendo contatados seis ACS. Nas conversas realizadas com os ACS, foi possível conhecer um pouco da rotina diária de trabalho e da assistência à saúde prestada por eles. Os relatos evidenciaram como esses profissionais atuam como elo indispensável entre a equipe de saúde visitante e a comunidade, utilizando seus conhecimentos sobre o território e sobre as dinâmicas sociais para promover acolhimento e estabelecer vínculos de confiança. São eles que fazem o primeiro contato com as famílias da comunidade para compreender as necessidades e, então, organizar o sistema de visitas domiciliares da equipe de saúde do navio. A ampla experiência e o conhecimento dos ACS sobre as comunidades que foram atendidas foram fundamentais para a identificação de casos prioritários, a fim de otimizar o tempo e os recursos durante a Operação, garantindo que usuários com maior necessidade ou urgência de atendimento fossem avaliados prontamente pela equipe do NAsH. A mediação cultural desempenhada por esses profissionais contribuiu para uma maior adesão às orientações fornecidas aos pacientes, facilitando o acesso aos locais, reduzindo barreiras linguísticas e adequando as recomendações à realidade local. Observou-se, ainda, que a presença contínua dos ACS no território favorece a continuidade do cuidado após a partida do NAsH da comunidade, fortalecendo a efetividade das ações em saúde. Eles dão seguimento ao atendimento prestado, verificando o uso correto de medicações, auxiliando na organização da rotina de cuidados e mantendo a comunicação com a rede de saúde mais próxima sempre que necessário, garantindo que as necessidades das famílias sejam atendidas de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

forma contínua e integrada, o que se torna essencial, considerando que a assistência prestada pelo NAsH ocorre em intervalos prolongados entre as visitas. **Considerações Finais**: a atuação dos ACS, como verdadeiros protagonistas do cuidado no Sistema Único de Saúde, mostrou-se essencial para o sucesso das ações realizadas pelo NAsH Soares de Meirelles durante a Operação Amazonas do Projeto Rondon. Por possuírem a capacidade de articular saberes locais e conhecimentos técnicos, identificar demandas prioritárias e facilitar o acesso aos cuidados, seu papel na atenção primária à saúde em áreas de difícil acesso é reforçado. Reconhecer e fortalecer essa atuação é fundamental para ampliar a efetividade das políticas públicas de saúde e facilitar o acesso ao cuidado integral, em especial para as populações ribeirinhas.

REFERÊNCIAS

SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889. Acesso em: 27 jul. 2026.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, e00247820, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820. Acesso em: 27 jul. 2026.

ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 14, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395. Acesso em: 27 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENTRE ENCHENTES E ESTIAGENS: A TESSITURA DE UM NOVO MUNDO NO CUIDADO PSICOSSOCIAL E INTERSETORIAL

Manoela Sassi Fantoni
Pamela Kenne

INTRODUÇÃO

Entre enchentes e estiagens, o Rio Grande do Sul tem vivido um ciclo de emergências que escancara não apenas os limites da infraestrutura pública e do meio ambiente, mas também a potência das redes de solidariedade e cuidado. Este relato de experiência nasce da participação no projeto Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado centrado nas pessoas pelos caminhos das águas, desenvolvido por meio da cooperação entre o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde (MS), e o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (NUSMAD) da Fiocruz Brasília, em parceria com a Coordenação da Política Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, com foco no acolhimento e na capacitação de trabalhadores, gestores e usuários afetados pelas crises climáticas e sociais.

A partir das vivências compartilhadas por cursistas de diferentes municípios (Vale do Sol, Vale Verde, Herveiras, Passo do Sobrado, Mato Leitão e Gramado Xavier), emergem categorias que ajudam a costurar sentidos diante da tragédia: a "colcha que temos" e a "colcha que queremos" simbolizam o tecido social rasgado pelas águas, mas também as possibilidades de reconstrução coletiva. A "tessitura de um novo mundo" não é apenas uma metáfora; é um chamado à ação, à escuta e à articulação entre saberes locais, políticas públicas e práticas de cuidado.

No caminho das águas, deparamo-nos com a seca. É nesse paradoxo que se revela a urgência de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a rede intersetorial, não apenas como resposta emergencial, mas como estratégia permanente de cuidado em territórios vulnerabilizados. Este relato busca compartilhar os aprendizados, desafios e potências vivenciados ao longo da primeira fase do projeto, com destaque para a construção de planos de ação comunitários, a valorização da escuta sensível e o protagonismo dos sujeitos afetados.

A diversidade ecológica e o conceito de bem viver oferecem caminhos potentes para enfrentar os atravessamentos provocados pelos desastres ambientais e as vulnerabilidades sociais deles decorrentes. Ao reconhecer que o sofrimento psíquico está entrelaçado às condições de vida e ao território, essas perspectivas ampliam o cuidado para além da clínica, incorporando ações de vigilância ambiental e sanitária voltadas à prevenção de danos e à reconstrução comunitária. Como apontam Kinoshita *et al.* (2020), práticas como a revitalização de espaços públicos, a contenção de encostas, o saneamento básico e a coleta seletiva de lixo não apenas promovem o bem-estar ambiental, mas também fortalecem vínculos sociais e modos sustentáveis de habitar. Assim, reconstruir é também reimaginar formas de viver que respeitem a diversidade, promovam a justiça socioambiental e sustentem o cuidado em sua dimensão coletiva.

JUSTIFICATIVA

As mudanças climáticas têm intensificado a frequência e a gravidade de eventos extremos, como enchentes, secas e deslizamentos, afetando diretamente a saúde das populações e desafiando os sistemas

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

públicos de cuidado. O SUS, enquanto política estruturante e universal, necessita ampliar sua capacidade de resposta não apenas no âmbito assistencial, mas também no planejamento territorial, na prevenção e na reconstrução sustentável.

Este relato se justifica pela urgência de integrar a saúde mental e a atenção psicossocial às estratégias de enfrentamento das emergências climáticas, reconhecendo que o sofrimento psíquico é parte indissociável dos impactos ambientais. Ao compartilhar experiências vividas por profissionais de saúde e das redes intersetoriais em diferentes municípios gaúchos, buscamos contribuir para a construção de práticas mais sensíveis, integradas, transversais e sustentáveis no âmbito do SUS.

METODOLOGIA

Este trabalho é fruto da experiência de duas psicólogas como facilitadoras das oficinas presenciais realizadas na primeira fase do projeto Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado centrado nas pessoas pelos caminhos das águas, no município de Vale do Sol, Rio Grande do Sul. As atividades tiveram início em agosto de 2025, com previsão de encerramento em setembro do mesmo ano e um cronograma de cinco encontros, totalizando 40 horas de formação. Participaram profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como representantes de setores estratégicos para o enfrentamento das emergências climáticas, como Assistência Social, Defesa Civil, Secretaria do Meio Ambiente, Corpo de Bombeiros e Educação, além de outros segmentos da rede intersetorial e membros da sociedade civil.

As oficinas vêm sendo conduzidas com metodologias ativas, combinando troca de experiências e saberes, dinâmicas de grupo e reflexões coletivas. Esta metodologia busca incentivar o protagonismo dos participantes, valorizando e legitimando os saberes locais como parte fundamental da construção coletiva de estratégias. As práticas propostas priorizam o fortalecimento dos vínculos de pertencimento, a troca de saberes comunitários e a construção de narrativas que reconhecem o território como espaço vivo de cuidado.

Durante os encontros, as facilitadoras dedicam-se a registrar detalhes das trocas por meio de diários de campo, anotações e coleta de materiais produzidos pelos participantes. Esses registros permitem a sistematização das experiências vividas, das reflexões compartilhadas e das estratégias construídas coletivamente.

A análise desses dados será realizada de forma situada, considerando o contexto socioterritorial dos municípios envolvidos e os impactos das emergências climáticas nas redes de cuidado. Essa abordagem possibilitará uma compreensão integrada dos desafios e das potencialidades do território, respeitando as especificidades locais e as múltiplas dimensões do cuidado psicossocial.

A metodologia pensada busca favorecer o desenvolvimento de práticas sensíveis e intersetoriais, alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede intersetorial, da desinstitucionalização e da reconstrução do cuidado comunitário, considerando o agravamento das vulnerabilidades decorrentes das emergências climáticas e sociais, tais como o racismo ambiental, as violências de gênero e outras formas de exclusão. A metodologia visa valorizar a escuta sensível, o reconhecimento da saúde mental do trabalhador e das situações emergentes de saúde mental, bem como as perspectivas de bem viver, ancestralidade, pertencimento, identidades e decolonização da história, além de abrir espaço para pensar a importância dos direitos do meio ambiente como parte indissociável do cuidado psicossocial nos territórios afetados.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percurso das águas, que há anos atravessa o Rio Grande do Sul, começou a atravessar também a vida dos gaúchos. A água, antes fonte de alimento, trabalho e lazer, tomou proporções assustadoras, desencadeando devastações, dores, perdas e medos. Deixou, às margens, lama, lixo, deslizamentos, desabrigados, fome, desamparo e um sentimento recorrente de impotência. A natureza grita, o corpo fala e a comunidade não suporta. O vento, a chuva, o esgoto, o deslizamento e a seca. A urgência aponta para o meio ambiente, as políticas públicas se escondem nos decretos e o povo se une em solidariedade.

Os encontros no município de Vale do Sol, marcados por trocas de vivências, diálogos entre saberes e escuta atenta, abriram brechas nos corpos e nos territórios daqueles que participaram, revelando tanto fragilidades quanto caminhos possíveis para um cuidado coletivo e transformador.

Já nos primeiros encontros, começou a se esboçar um espaço de diálogo entre os diferentes agentes da região, algo que há muito se espera e que, pouco a pouco, pode se tecer no encontro. Um lugar de respiro e construção integrada, que busca romper a lógica setorial, agregar saberes e costurar possibilidades coletivas. Essa aproximação entre profissionais, territórios, saberes e modos de viver distintos, mas que compartilham a mesma região, entre vales, rios, enchentes e estiagens, e se implicam mutuamente, direta ou indiretamente, tem aberto diálogos que transcendem os limites institucionais e fortalecem o agir intersetorial diante das emergências climáticas.

A estiagem foi fortemente mencionada pelos cursistas como uma crise que atravessa os territórios de forma persistente e silenciosa. A seca afeta diretamente a agricultura familiar, comprometendo a produção, gerando endividamento e agravando situações de adoecimento mental. Embora a cultura da soja conte com seguro contra perdas, os demais agricultores não têm essa proteção, o que evidencia desigualdades no acesso a políticas públicas. A escassez de água potável levou à decretação de estado de emergência em diversas localidades, exigindo ações imediatas de distribuição e reorganização dos serviços.

Os relatos apontam para a necessidade de cronogramas de recuperação e projetos de revitalização de nascentes, como os desenvolvidos pela Emater e pelas secretarias municipais, que buscam garantir o acesso à água e preservar os recursos naturais. A seca, assim como a enchente, revela os limites da gestão ambiental e convoca a construção de estratégias sustentáveis que considerem os fluxos dos rios, a preservação das matas e a interdependência entre os modos de vida e os ecossistemas locais.

Nesse cenário, torna-se evidente a importância de uma gestão pública orientada por princípios de intersetorialidade e integralidade, capaz de articular políticas de forma integrada e contínua. Como apontam Weintraub *et al.* (2025), apesar dos avanços institucionais, ainda são frágeis as experiências e os conhecimentos acumulados sobre como atuar de maneira articulada nas diferentes fases dos eventos adversos, especialmente na prevenção, no acolhimento e na construção de respostas que envolvam múltiplos setores. A experiência do projeto reforça que enfrentar emergências climáticas exige pactuação entre áreas diversas, escuta qualificada e valorização das especificidades locais, elementos que só se concretizam por meio de uma rede intersetorial efetiva e comprometida com o cuidado em sua dimensão coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a roda de conversa proposta no curso, os cursistas compartilharam suas vivências em relação às enchentes, revelando uma diversidade de experiências que vão desde os impactos materiais, como perdas de safra, moradias danificadas e dificuldades de deslocamento, até reflexões sobre a gestão pública e os limites

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

da atuação estatal. Os relatos evidenciam sentimentos de impotência, culpa e preocupação com o futuro, mas também apontam para a força coletiva, a solidariedade e a capacidade de organização diante da crise.

A ausência de infraestrutura adequada, a rotatividade nos órgãos da Defesa Civil e a concentração de recursos foram identificadas como entraves para uma resposta efetiva às emergências. Ao mesmo tempo, emergem preocupações com a sustentabilidade ambiental e a necessidade de revisão dos códigos e das práticas que afetam diretamente os territórios, como o uso da terra e a preservação das nascentes.

A experiência da tragédia intensifica o que já estava posto e convoca os participantes a pensar em estratégias de cuidado com o todo. Assim, a construção de um plano de ação e a preparação para futuras crises não são apenas respostas técnicas, mas expressam o desejo coletivo de transformação e a tessitura de um novo mundo possível.

REFERÊNCIAS

KINOSHITA, R. T. *et al.* Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 320-332, out. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E326. Acesso em: 12 ago. 2025.

WEINTRAUB, A. C. A. de M. *et al.* Reconstrução pós-desastres e emergências em saúde pública: contribuições do Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e240082, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.240082. Acesso em: 12 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GESTÃO DE ENFERMAGEM E ORGANIZAÇÃO DE UM ABRIGO PÚBLICO PARA EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS NA ZONA NORTE DE PORTO ALEGRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Georges Peres de Oliveira
Susiane Czenvimski Ferreira

INTRODUÇÃO

As emergências climáticas são eventos cada vez mais frequentes e intensos, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as emergências climáticas podem ter impactos significativos na saúde humana, incluindo o aumento de doenças transmitidas por vetores, o agravamento de condições crônicas e o aumento da mortalidade (WHO, 2020).

No Brasil, as emergências climáticas têm causado impactos significativos na saúde da população, com o aumento de casos de doenças transmitidas por vetores e o agravamento de condições crônicas (Brasil, 2022). Recentemente, a cidade de Porto Alegre enfrentou uma grave emergência climática em maio de 2024, caracterizada por fortes chuvas que atingiram a cidade, causando inundações e deslizamentos de terra em várias regiões.

De acordo com o relatório da Defesa Civil Estadual, os números da tragédia foram alarmantes: 469 municípios afetados, 48.789 pessoas em abrigos, 581.638 pessoas desalojadas, 2.345.400 pessoas afetadas, 806 pessoas feridas, 53 pessoas desaparecidas e 169 óbitos confirmados.

Nesse contexto, a gestão de enfermagem é fundamental na resposta às emergências climáticas, pois envolve a organização dos serviços de saúde, a assistência aos afetados e a coordenação das equipes de resposta (Graan *et al.*, 2022). Os enfermeiros desempenham um papel crucial na gestão de emergências climáticas, pois são responsáveis por avaliar as necessidades de saúde dos afetados, desenvolver planos de cuidado e implementar intervenções para promover a saúde e prevenir doenças (Leonard *et al.*, 2022).

No Brasil, autores como Costa (2020) e Santos (2021) destacam a importância da gestão de enfermagem em emergências climáticas, enfatizando a necessidade de uma abordagem integral e coordenada para garantir a saúde e a segurança dos afetados. Além disso, a atuação dos enfermeiros em abrigos temporários durante emergências climáticas é estratégica para a organização dos serviços e do processo de trabalho.

Neste artigo, será apresentado um relato de experiência sobre a gestão de enfermagem e a organização de um abrigo público para emergências climáticas na zona norte de Porto Alegre, destacando os principais desafios e as estratégias utilizadas para garantir a assistência aos desalojados.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de gestão de enfermagem e organização de um abrigo público para emergências climáticas na zona norte de Porto Alegre, destacando as estratégias utilizadas, os desafios enfrentados e as lições aprendidas, com o propósito de contribuir para a melhoria da resposta às emergências climáticas e do cuidado em saúde em situações de crise.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

METODOLOGIA

Este estudo é um relato de experiência, um tipo de estudo descritivo e retrospectivo que visa descrever uma experiência específica em um contexto particular (Gil, 2008).

A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante, conforme descrito por Yin (2015), na qual o autor esteve diretamente envolvido na experiência relatada. A análise dos dados foi realizada por meio de análise descritiva, na qual os dados foram descritos e sumarizados para fornecer uma visão geral da experiência (Gil, 2008).

A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da pesquisa, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos participantes, conforme estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a constância das chuvas e o aumento das áreas urbanas inundadas, a chegada dos desabrigados aos abrigos foi rápida. À medida que os desabrigados chegavam, voluntários também se apresentavam, especialmente nos abrigos públicos mais centrais. No entanto, nos abrigos localizados em regiões mais periféricas da cidade, a presença de voluntários era menos intensa, tornando necessário contar com os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que já atuavam naqueles locais para dar apoio aos desabrigados, sendo os profissionais da atenção primária à saúde e da saúde mental coletiva os primeiros a atender às emergências climáticas *in loco*.

A falta de voluntários era compensada pelo fornecimento de recursos que vinham tanto dos órgãos públicos quanto de doações. Os insumos de saúde, como compressas, ataduras, esparadrapos, seringas e agulhas, eram fornecidos em sua maioria pelo Grupo Hospitalar Conceição. Já os medicamentos de uso contínuo eram, em sua maioria, recebidos por meio de doações. A primeira tarefa foi organizar as doações, verificando a validade, as condições de uso e criando um checklist de todos os itens disponíveis. Com essa organização, conseguimos ter um conhecimento preciso dos recursos e montar um dispensário com todas as medicações disponíveis para atender os desabrigados.

Quando os desabrigados chegavam, os profissionais de saúde realizavam um acolhimento, perguntando sobre: acompanhamento de saúde prévio; o uso de medicamentos contínuos; as queixas agudas e os tratamentos em andamento.

Essas informações eram registradas em um prontuário improvisado e posteriormente salvas em planilhas digitais para facilitar o acesso e proteger os dados.

No início de cada turno, os profissionais de saúde faziam uma reunião rápida para passagem de plantão, discutindo: o que ocorreu no turno anterior; as intercorrências; os recursos disponíveis e as condutas a serem priorizadas no turno.

Geralmente, a organização consistia nos núcleos de medicina e enfermagem realizando consultas para atender às queixas agudas ou acompanhar doenças crônicas em uma sala de acolhimento improvisada. Os profissionais das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde (eMulti) realizavam o acolhimento dos novos desabrigados e os encaminhavam para a medicina ou a enfermagem para avaliação. Além disso, desenvolviam atividades relacionadas a práticas integrativas e complementares, visando contribuir para a saúde mental desses indivíduos.

Nas proximidades desse abrigo, havia uma unidade de saúde que oferecia apoio de estrutura física em caso de alguma intercorrência ou da necessidade de realizar algum procedimento. Os desabrigados tinham

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

suas necessidades atendidas, assim como qualquer paciente que acessasse uma unidade de saúde, por meio de curativos, consultas e vacinação.

Alguns desabrigados realizavam procedimentos como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia e acompanhamentos em rede terciária, sendo necessário articular com a rede o transporte desses pacientes, bem como garantir assistência aos pacientes em tratamento que perderam todos os seus medicamentos prescritos para condições como tuberculose e HIV.

Quando a organização da assistência estava pronta, iniciava-se a gestão em saúde do local. Nesse âmbito, havia as escalas. O gestor de saúde do abrigo era responsável por organizar a escala assistencial para que não faltassem profissionais para atender aos desabrigados. Nesse processo, havia uma mescla entre profissionais de saúde contratados e voluntários, bem como o fornecimento de almoços para os profissionais e transporte, se necessário. Outras atribuições do gestor de saúde eram realizar as avaliações junto aos gestores administrativos dos abrigos, receber o Ministério Público e, em conjunto, decidir se o abrigo teria condições de receber determinado perfil de desabrigado solicitado, mesmo quando o Ministério Público ignorava alguma advertência sobre riscos aos desabrigados apontada pelo gestor de saúde.

Após estabilizarmos os recursos e a assistência no abrigo, enfrentamos uma intercorrência social. Por ser um abrigo público localizado em uma região vulnerável da periferia de Porto Alegre, alguns moradores locais se sentiram preteridos pelo poder público, acreditando que os desabrigados estavam recebendo mais recursos do que a comunidade. Isso gerou uma situação tensa na região, tornando necessário transferir os desabrigados para outro abrigo público e desativar o local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é o sistema que regula a saúde em todo o território brasileiro e, com o advento das emergências climáticas, conscientizamo-nos da importância desse sistema na atenção à saúde das populações, atuando desde a assistência até a gestão.

Um enfermeiro gestor deve estar preparado para as diferentes tomadas de decisão que ocorrem em um ambiente inóspito e emergencial. Também deve ter as ferramentas necessárias para organizar o setor e encaminhar as ações necessárias para o melhor atendimento à população. Além disso, deve estar qualificado para dialogar com a rede e com outros serviços públicos, visando à melhor organização dos recursos destinados aos trabalhadores e voluntários.

O relato de experiência tem limitações, incluindo a subjetividade da perspectiva do autor, que pode influenciar a descrição da experiência (Yin, 2015). Além disso, a experiência pode ser específica do contexto em que ocorreu, o que pode limitar a generalização dos resultados (Gil, 2008).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emergências climáticas e saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

COSTA, A. M. Gestão de enfermagem em emergências climáticas: uma abordagem integral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 3, e20200134, 2020.

DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório de impacto da catástrofe climática em Porto Alegre*. Porto Alegre: Defesa Civil do Estado do Rio Grande do Sul, 28 maio 2024.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAAN, A. S. *et al.* The impact of effective communication on patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 37, n. 2, p. 123–130, 2022.

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **Climate change 2022**: impacts, adaptation and vulnerability: contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. PÖRTNER, H.-O. *et al.* (ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 2022. 3056 p. Disponível em: https://doi.org/10.1017/9781009325844. Acesso em: 13 ago. 2025.

LEONARD, M. *et al.* Improving communication in healthcare: a review of the literature. *Journal of Healthcare Management*, v. 67, n. 3, p. 183-194, 2022.

SANTOS, I. C. O papel do enfermeiro em emergências climáticas: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 11, e34, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Climate change**. Geneva: WHO, 12 Oct. 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health. Acesso em: 13 ago. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EKOBÉ: VIDA QUE VEM DA TERRA

Luciana Moreira Eufrazio
Maria Fernanda Rosa dos Santos
Monica Messias
Renata Rodrigues Lopes

Apresentação/introdução:

A história do Rio de Janeiro só pode ser compreendida pela perspectiva do respeito aos povos tradicionais. Aqui, a vida social organizada começou muito antes de 1500. O complexo sistema social encontrado pelos invasores em terras cariocas transparece nos relatos das batalhas e resistências indígenas à invasão. Apesar de ser invisibilizada pela narrativa oficial, a presença indígena no estado do Rio de Janeiro tem se tornado cada vez mais visível por meio de movimentos de retomada cultural, territorial e política. Segundo dados do Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2023), o estado possui 27.429 pessoas que se autodeclararam indígenas, distribuídas tanto em territórios demarcados quanto em áreas urbanas. Entre os povos com presença significativa estão os Guarani Mbya, os Puri, os Pataxó e os Tupinambá, com aldeias e retomadas localizadas em municípios como Maricá, Paraty, Angra dos Reis e Niterói, além de comunidades urbanas em bairros periféricos da capital e de outras cidades metropolitanas.

O contexto urbano apresenta desafios específicos para o atendimento à saúde indígena. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela Portaria nº 2.656/2007, organiza a assistência a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), mas estes foram concebidos prioritariamente para áreas rurais e terras demarcadas. No Rio de Janeiro, a maior parte da população indígena vive em espaços urbanos e periurbanos, o que significa que, muitas vezes, seu atendimento recai sobre a rede de saúde, que, por sua vez, nem sempre está capacitada para lidar com especificidades culturais e linguísticas, nem para reconhecer os impactos do racismo institucional na atenção à saúde (Brasil, 2019).

As barreiras institucionais enfrentadas pela população indígena em contexto urbano decorrem, em grande medida, do preconceito e da desinformação de profissionais de saúde. Lima e Barros (2022) apontam que, frequentemente, a identidade indígena é questionada quando o paciente não corresponde ao estereótipo visualmente esperado, o que leva à negação de suas especificidades e à padronização de condutas clínicas culturalmente descontextualizadas. Além disso, a ausência de mediadores culturais e intérpretes agrava as dificuldades de comunicação e compromete a integralidade do cuidado.

Outro elemento crítico é o não preenchimento adequado do quesito raça/cor nos prontuários e sistemas de informação em saúde. Essa omissão, muitas vezes motivada pela negligência ou pelo desconhecimento dos profissionais, impede a produção de dados fidedignos sobre a saúde indígena em contexto urbano (Carneiro, 2023).

A relação da população em meio urbano com a natureza tem muito a aprender com os hábitos indígenas. Em um hospital de alta complexidade, as doenças, muitas vezes, chegam em estágio avançado, necessitando de um acúmulo de tecnologias duras e leves para diagnóstico, tratamento e recuperação. Sensibilizar a população sobre a centralidade do resgate da relação com a natureza e até mesmo sobre a ampliação dessa visão, aprendendo com a cosmovisão dos povos tradicionais a nos percebermos como parte da natureza, é um importante paradigma na busca pelo bem viver e pela saúde. A adoção de pequenas mudanças de hábitos pode impactar tanto na manutenção e na recuperação da saúde quanto na conservação e na preservação do meio ambiente.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Levando em consideração este contexto, como parte da ação Calendário da Diversidade, no mês de abril de 2025, foi realizado o evento "Ekobé: vida que vem da terra". A palavra de origem guarani nos inspirou a abordar as temáticas do "Dia Mundial da Saúde" e do "Dia dos Povos Indígenas" sob uma perspectiva interseccional e ampliada.

Apesar de a unidade hospitalar ter registrado, em 2024, sessenta atendimentos a pessoas que se autodeclararam indígenas e, em 2023, ter ocorrido um significativo atendimento a um indígena aldeado, não há registro de qualquer ação educativa que atingisse amplamente a comunidade hospitalar, como foi o evento Ekobé.

Nos últimos anos, a Coordenação de Apoio à Comunidade e ao Voluntariado (CAC-Vol) vem realizando ações como jogos e contação de histórias sobre a cultura indígena no setor de pediatria, em uma linguagem voltada para o público infantojuvenil. Em 2025, sob a perspectiva do projeto Calendário da Diversidade, a equipe responsável definiu que, no mês de abril, seria abordada a forma como a cultura indígena, em sua relação com a natureza, produz saúde e o quanto temos a aprender com ela.

Sendo assim, a temática fez parte da primeira edição do Jornal Tambor de Ibeji e inspirou o Circuito Ekobé e a Roda de Conversa sobre a saúde indígena.

OBJETIVOS

Sensibilizar para os direitos e as culturas dos povos indígenas, destacando como a cosmovisão indígena produz saúde, promovendo o letramento racial e combatendo o racismo na saúde; reconhecer e valorizar as práticas culturais dos povos indígenas na promoção da cura e do bem-estar, propondo espaços de diálogo e troca de experiências.

METODOLOGIA

Visando trazer a discussão por diversos meios e atingir o público em geral, foram escolhidas três frentes de atuação. A primeira delas foi o Jornal Tambor de Ibeji, informativo mensal que, nesta edição, buscou difundir as informações e os principais debates sobre a questão indígena; a segunda forma foi a proposta de um circuito de atividades interativas, denominado Circuito Ekobé, em que pessoas de todas as idades, entre trabalhadores e usuários, puderam participar de diferentes ações educativas distribuídas em estações de saberes:

- jogos e recreação com contação de histórias da vitória-régia, jogo da memória e caça-palavras indígenas;
- roda de leitura e oficina de plantio, promovendo a troca de experiências e de saberes;
- mural expositivo com informações sobre os povos indígenas do Brasil.

A terceira e última ação foi a roda de conversa que abordou o tema "Promovendo a Saúde da População Indígena", com a participação de profissionais de saúde que atenderam o indígena aldeado em 2023. Na lógica do estudo de caso, estiveram representadas a equipe médica, a equipe de fisioterapia e o serviço social, revivendo os desafios, limites e avanços a partir da experiência.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O evento Ekobé foi um conjunto de ações de educação antirracista em saúde que, pela primeira vez na história daquela unidade hospitalar, trouxe à tona a discussão sobre a cultura indígena e sua relação orgânica com a natureza e a produção de saúde. Nesse contexto, o Jornal Tambor de Ibeji abordou o tema como assunto principal, e foram realizados o Circuito Ekobé e a Roda de Conversa sobre o atendimento ao indígena.

O Jornal trouxe reflexões sobre o racismo, dados demográficos, algumas referências e a questão indígena. O Circuito Ekobé: Vida que vem da Terra foi uma programação composta por atividades culturais e educativas voltadas à promoção da diversidade e ao fortalecimento do cuidado humanizado no Sistema Único de Saúde (SUS). A ação teve como objetivos valorizar os saberes tradicionais, incentivar a interculturalidade e promover a saúde de forma inclusiva, respeitosa e alinhada aos princípios do SUS. As atividades estavam dispostas num amplo espaço semiaberto por onde circulam trabalhadores/as e usuários/as. A população demonstrou interesse e buscou o diálogo sobre os conteúdos trazidos de maneira lúdica. Foi interessante notar que jogos e brincadeiras que inicialmente foram pensados para o público infantojuvenil foram amplamente utilizados por adultos e idosos. O Encontro do Grupo de Apoio ao Laringectomizado Total (GALT) ocorreu no Circuito Ekobé, com a oficina de plantio.

Enquanto as ações aconteciam, o Jornal Tambor de Ibeji estava sendo distribuído próximo ao circuito e em outros setores, como internação e ambulatório.

A roda de conversa "Promovendo a Saúde da População Indígena no HFB" foi conduzida pela chefe da Divisão de Cuidados e contou com profissionais de diferentes áreas do hospital, com o objetivo de refletir sobre os desafios e as estratégias para o atendimento à população indígena em contexto hospitalar, promovendo a escuta qualificada, o respeito à interculturalidade e a formulação de práticas mais sensíveis às especificidades culturais dos povos originários.

Durante a roda de conversa, foi apresentado o caso em que se destacou a importância da escuta qualificada, do respeito às especificidades culturais e da formulação de políticas públicas que garantam aos povos originários o acesso pleno, equitativo e digno aos serviços de saúde. Segundo a médica, "a saúde da população indígena deve ser pensada de forma integrada, valorizando seus modos de vida, crenças e práticas tradicionais de cuidado".

A discussão confluiu para a proposta de construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP), com o objetivo de organizar o fluxo de atendimento à população indígena no hospital, assegurando um cuidado especializado, culturalmente sensível e alinhado aos princípios da medicina tradicional e da atenção integral à saúde.

O evento Ekobé representa um avanço na consolidação de práticas de saúde inclusivas e culturalmente sensíveis, pautadas no diálogo entre saberes científicos e populares. A iniciativa reafirma o compromisso da unidade com o respeito à diversidade, à dignidade humana e à promoção de um cuidado integral no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse cenário, consideramos ter sido de fundamental importância a promoção de ações de cunho educativo, antirracista e ambiental na área da saúde, direcionadas tanto a profissionais quanto à comunidade. Essas ações, ao abordarem a história e os direitos dos povos indígenas, promoveram a valorização dos saberes tradicionais, a desconstrução de estereótipos e a adoção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis (Werneck,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2020). Além disso, campanhas educativas junto à população podem ampliar a compreensão sobre a presença indígena no espaço urbano, combatendo preconceitos e fortalecendo o reconhecimento da diversidade étnica.

Podemos afirmar que a efetivação dessas ações contribuiu para a educação ambiental e para a melhoria da experiência de cuidado em saúde da pessoa indígena em ambiente hospitalar, favorecendo a construção de um cuidado seguro, universal, equitativo e inclusivo para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 25 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022**: indígenas: primeiros resultados do universo: segunda apuração. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/pdf/Censo2022_Indigenas_ebook.pdf. Acesso em: 25 jul. 2026.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/. Acesso em: 25 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PROJETO LIVROS COLORIDOS: A PALAVRA COMO SUPORTE DE VIDA NO REINO DA DOR E DA MORTE

Luciana Eufrasio
Maria Fernanda Rosa dos Santos Patrícia Lopes
Renata Rodrigues Lopes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Projeto Livros Coloridos é uma ação de arrecadação de livros novos ou usados para serem distribuídos a crianças e adolescentes internados/as na pediatria de um hospital de alta complexidade no Rio de Janeiro (RJ). A culminância da entrega tem promovido manifestações culturais em torno da palavra como ferramenta de expressão e vida para a população negra e outras populações politicamente menorizadas. O projeto vem incentivando a circulação de livros e a valorização deles como ferramentas potentes de letramento.

Em 2023, as assistentes sociais da enfermaria e do Centro de Terapia Intensiva (CTI) Pediátrico, bem como a coordenadora da Coordenação de Atenção à Comunidade e ao Voluntariado (CAC-Vol), organizaram uma arrecadação de livros infantojuvenis com temáticas étnico-raciais, de classe, de gênero e de diversidade humana. O projeto surgiu como resposta a uma denúncia anônima de racismo. Para a entrega dos livros, foram realizados eventos de sensibilização da comunidade hospitalar sobre o tema.

No primeiro ano, voluntários fantasiados fizeram a entrega. Entre os personagens estavam a General Okoye, a Princesa Tiana e a Chapeuzinho Vermelho/Preta. Em 2024, foi realizado o Sarau Literário Livros Coloridos, com a presença das autoras de livros infantis com temática étnico-racial Celeste Estrela e Andréa Prestes, e o evento contou com a participação de familiares acompanhantes no concurso de poesias. Em 2025, a terceira edição do projeto visa ampliar o público-alvo para atender a todas as pessoas internadas no dia da distribuição, repetindo o evento artístico-cultural Sarau Livros Coloridos e o concurso de poesia, que farão parte da programação do Novembro Negro da unidade.

OBJETIVOS

Promover o letramento racial, de gênero e de classe, a valorização da diversidade humana e a consciência ambiental entre as crianças e os adolescentes internados(as) em um hospital de alta complexidade no Rio de Janeiro (RJ), bem como entre seus familiares.

METODOLOGIA

A equipe responsável pelo projeto organiza os textos de chamada e divulgação, dialoga com a equipe de comunicação que faz a arte e imprime os cartazes que ficam expostos nos murais da instituição. Também é elaborado o cartaz de identificação dos postos de coleta. O projeto passa a ser amplamente divulgado pelos canais virtuais e por meio do corpo a corpo. Na segunda etapa, os doadores deixam os livros doados nas caixas coloridas ou nos setores responsáveis. Essa etapa também é educativa, tendo em vista que as pessoas perguntam o que é um livro colorido e se movimentam para identificar se têm algum em casa ou para comprá-lo.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A circularidade do livro que poderia estar parado numa casa, restrito a uma família, incentiva o máximo aproveitamento desse poderoso recurso. Entende-se que desapegar é um ato importante na relação de cuidado com o meio ambiente, na qual as coisas devem ser aproveitadas e utilizadas ao máximo antes que realmente se tornem lixo. Essa estratégia faz com que o livro alcance outro porto, podendo continuar sua viagem iluminando novos mundos. Ao recolher as doações, faz-se necessário selecioná-las quanto à adequação do tema, à condição de uso e à organização por faixa etária. A terceira e última etapa consiste na distribuição dos livros arrecadados. Para tanto, é organizado um evento artístico-cultural que possa mobilizar a comunidade hospitalar em torno dos livros, da palavra e da arte como ferramentas de vida. Nas duas edições, alguns livros sobraram e foram utilizados em atividades de contação de histórias nas enfermarias pediátricas e no ambulatório, bem como doados à classe hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As estratégias de arrecadação mobilizam os/as doadores/as, que se empenham em participar do movimento de circularidade que envolve a doação dos livros. Outros se questionam por que não têm livros coloridos em casa. Alguns nos perguntam o que são livros coloridos, confundindo-os com livros de colorir, mas, quando explicamos, promovemos o incentivo ao letramento, já que, a partir dessa interação, buscam adquirir livros coloridos para doar e para seus filhos/as. Nesses dois anos, duzentas crianças e/ou adolescentes foram atendidos/as pelo projeto. Entretanto, compreendemos que o impacto de um livro infantil se estende à família.

Podemos, então, deduzir que duzentas famílias tiveram acesso a livros coloridos a partir de sua internação ou consulta no HFB/GHC. Os eventos de distribuição impactam a comunidade hospitalar, pois chamam a atenção para personagens e conteúdos afrocentrados que historicamente estiveram apartados da realidade institucional. As crianças e os adolescentes demonstraram grande interesse e alegria ao receberem os livros, sempre com encantamento e, muitas vezes, surpresa por se verem ali representados/as. Os familiares também demonstraram boa receptividade aos livros. Uma mãe chorou e, muito emocionada, relatou que a criança dizia não gostar do próprio cabelo e que ela não tinha recursos financeiros para comprar livros que a ajudassem a fortalecer a autoestima da filha. Essa mãe fez questão de tirar uma foto ao lado da General Okoye, em 2024.

A hospitalização é um processo doloroso para qualquer pessoa. Em se tratando de crianças e adolescentes, temos um agravante. Em sua maioria, pretos e em condição de vulnerabilidade social, esses sujeitos vivenciam o adoecimento em um hospital, longe dos irmãos, amigos, escola e território, o que pode ser muito assustador. O livro insere-se no contexto da humanização desse ambiente e do direito à educação e ao brincar durante a internação hospitalar (Lei nº 9.069/90).

A presença de livros nas alas pediátricas dos hospitais não é uma novidade. Entretanto, a literatura afrocentrada e inclusiva, sim. Levando-se em consideração, conforme sinaliza Nilma Lino Gomes (2017), que a presença dos livros afrocentrados no currículo escolar contribui para a implementação da Lei nº 10.639/2003 e que, no ambiente hospitalar, os direitos à educação e à cultura continuam valendo, podemos entender que o Projeto Livros Coloridos caminha em direção à consolidação dessa legislação.

Além disso, a inclusão não se limita à questão racial. A literatura afrocentrada contemporânea dialoga com marcadores interseccionais de gênero, sexualidade, deficiência e território, compondo um quadro mais amplo de justiça social e cultural. Autores como Djamila Ribeiro (2017) ressaltam que o acesso e a participação na produção literária são também reivindicações políticas, pois a representatividade na narrativa contribui para a redistribuição simbólica do poder.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

No contexto brasileiro, escritoras como Conceição Evaristo, com sua escrevivência, e Elisa Lucinda, com sua poética política, exemplificam a potência dessa literatura como ferramenta de denúncia, afirmação e mobilização social. \estaca-se a escrevivência, conceito formulado por Evaristo (2003), que parte da experiência vivida como matéria literária, integrando memória pessoal e coletiva e conectando narrativas individuais às estruturas históricas do racismo e do sexismo. No I Sarau Livros Coloridos (2024), a adesão dos familiares das crianças e dos adolescentes internados ao concurso de poesia ilustrou essa potência. O Projeto Livros Coloridos inova ao trazer as populações politicamente menorizadas para o cenário principal. Identificamos impactos imediatos em depoimentos de familiares e trabalhadores sobre a valorização da autoestima de crianças e adolescentes pretos e sobre as reflexões acerca das questões de gênero na infância e na adolescência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Livros são objetos cheios de significado e afeto. Alguns doadores relataram ter um forte apreço pelos livros, já que, por meio deles, sua família foi despertando para a consciência racial. Entretanto, sentiam-se felizes por saber que o movimento seguiria adiante e que outra criança preta iria se beneficiar com o livro. Por isso, uma das grandes ambições deste projeto é potencializar o protagonismo negro por meio da literatura para crianças, adolescentes e suas famílias, fazendo com que os livros coloridos circulem pelo hospital e viajem junto com as crianças até os seus domicílios e territórios.

Destaca-se a centralidade da escolha consciente de temas, linguagens e formas narrativas que dialoguem com as tradições africanas e afro-brasileiras, incorporando elementos da oralidade, dos rituais e das cosmologias de matriz africana (Martins, 1997; Sodré, 1988), de modo a romper com paradigmas eurocêntricos de representação e legitimação literária e reconhecer a oralidade, a ancestralidade e a memória coletiva como elementos constitutivos da criação literária (Gomes, 2017; Nascimento, 2003). Ao trazer para o palco principal vozes historicamente marginalizadas, o Projeto Livros Coloridos visa atuar como instrumento de formação identitária, de resistência, de promoção da equidade racial e da saúde. O que nasceu como uma ação pontual passou a fazer parte do calendário institucional e, em 2025, a instituição visa ampliar o público a ser atendido, arrecadando e distribuindo livros coloridos para pessoas de todas as faixas etárias internadas na unidade no dia do evento de distribuição. Esta será uma das ações do Novembro Negro 2025.

REFERÊNCIAS

ASANTE, M. K. **Afrocentricidade**: a teoria de mudança social. Tradução de A. Monteiro-Ferreira, A. Mizani e A. Lúcia. Philadelphia, PA: Afrocentricity International, 2014.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 jan. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, nº 9.029, de 13 de abril de 1995, nº 7.347, de 24 de julho de 1985, e nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EVARISTO, C. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita. In: ALEXANDRE, M. A. (org.). **Representações performáticas brasileiras**: teorias, práticas e suas interfaces. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007. p. 16-21.

GOMES, N. L. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

MARTINS, L. M. **Afrografias da memória**: o reinado do Rosário no Jatobá. São Paulo: Perspectiva; Belo Horizonte: Mazza Edições, 1997.

NASCIMENTO, A. **O quilombismo**: documentos de uma militância pan-africanista. 3. ed. São Paulo: Perspectiva; Rio de Janeiro: Ipeafro, 2019.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade**: a forma social negro-brasileira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA HUMANIZADA E FUNCIONAL NO HFB/GHC

Vinícius Nogueira Duarte
Gabryelle Gonçalves dos Santos
Stephanye Vitoria Soares da Silva Correa

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este ensaio descreve a experiência da implantação da Escuta Ativa pela Assessoria de Comunicação no Hospital Federal de Bonsucesso/GHC, relacionada ao sentimento de humanização de quem trabalha na saúde e também ao comprometimento profissional de quem atua nessa área, evidenciando a importância da comunicação integrada entre os setores.

Ao fazermos os exercícios práticos de Escuta Ativa e de Comunicação Pública, inerentes à natureza de uma Assessoria, deparamo-nos com queixas de usuários do hospital, que, ao tentarem fazer contato telefônico com a unidade, não obtiveram êxito. As reclamações chegaram por e-mail, pela Ouvidoria e até mesmo quando mapeamos a opinião pública em seus diversos canais. Essas situações deram início à ideia do nosso projeto.

OBJETIVOS

Reunimos esses relatos e os entregamos às áreas responsáveis para que pudéssemos tentar encontrar as razões do problema. Sabedores dos investimentos que estão em curso em infraestrutura, materiais e melhorias, precisávamos encontrar soluções até que a telefonia pudesse ser adequadamente equipada e aperfeiçoada, de modo que os usuários não ficassem sem atendimento telefônico e sem respostas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado a partir de uma pesquisa mista (qualitativa e quantitativa), desenvolvida entre os meses de abril, maio e junho para a elaboração do relatório de Escuta Ativa do HFB/GHC. Uma ferramenta de comunicação central na mediação é a escuta ativa, considerada "primordial nos diálogos colaborativos" (Almeida, 2014, p. 80).

Como equipe de comunicação, pensamos em usar a tecnologia disponível com um toque de criatividade para solucionar os problemas identificados no estudo. Colocamos, então, o número do PABX do hospital (3977-9500) no aplicativo WhatsApp Business e instalamos o serviço de mensagens web em quatro computadores da comunicação, para que parte da equipe tivesse acesso às principais dúvidas dos usuários e para que conseguíssemos responder, na medida do possível, às perguntas para as quais tínhamos respostas e que não ultrapassassem a competência da comunicação, observando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Três meses depois, coletamos uma diversidade de informações, mapeamos indicadores sobre as maiores dificuldades enfrentadas pelos usuários e sobre quais áreas do HFB acumulam as maiores demandas dos pacientes, além de conseguirmos aliviar o gargalo decorrente das ligações não atendidas pela central telefônica do hospital, contribuindo para a diminuição das queixas sobre o tema e melhorando a opinião dos usuários.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim que instalamos a ferramenta, começamos rapidamente a receber muitas mensagens, o que corroborou nossos dados pesquisados e coletados sobre o alto número de pesquisas feitas na internet em busca do Hospital Federal de Bonsucesso (entre abril e junho, foram 65.718 buscas no Google). Pelo ainda não tão conhecido "WhatsApp Web da Comunicação do HFB", criado por nós, recebemos mais de 500 mensagens entre maio e julho, com uma média de mais de 160 por mês:

1. A maior parte das dúvidas foi sobre a marcação de consultas médicas: algumas pessoas perguntaram se precisavam ir até o hospital para agendá-las, por exemplo. A maioria dos usuários do HFB mora longe da unidade. Portanto, evitar que esse público se deslocasse até o hospital sem necessidade tornou essa informação de grande utilidade aos usuários;
2. Outros pacientes queriam saber o telefone de algum setor, o que fez com que a comunicação, ao procurar por esses números, apurasse que muitos ramais estavam desatualizados. Num esforço em equipe e com pesquisa de campo em todas as áreas, conseguimos atualizar os telefones. Além dos números de ramais, a lista nova foi aprimorada: passou a conter a identificação do prédio e do andar em que estão localizados, facilitando o acesso e a busca das informações. Identificamos também a necessidade de orientar os trabalhadores quanto ao uso adequado do sistema telefônico, já que, com as mudanças na força de trabalho, muitos desconheciam seu número de ramal ou a utilização das teclas de atalho para transferências, chamadas internas e locais;
3. Também houve dúvidas sobre a realização de exames, o que nos permitiu orientar os pacientes sobre o que deveriam fazer ao se consultarem pela primeira vez no hospital. Muitos usuários não têm conhecimento do caminho que precisam percorrer para serem atendidos, e a comunicação pôde fornecer as informações necessárias para que compreendessem o funcionamento do hospital. No caso de uma remarcação de exame, passamos o número da secretaria da especialidade procurada pelo usuário;
4. Outro tema muito demandado refere-se ao horário de visitas, como, por exemplo, se o familiar pode trazer alimentos ou se pode haver visitas com mais de uma pessoa ao mesmo tempo. Os usuários também têm muitas dúvidas sobre o horário das visitas, o que nos fez procurar a área responsável para entender as rotinas e criar um cartaz com os horários corretos para ser distribuído pelo hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento deste trabalho, a Assessoria de Comunicação Social ampliou o estudo de Escuta Ativa para outras áreas, o que permitiu identificar novas demandas do Hospital Federal de Bonsucesso. Esses assuntos também serão observados e abordados, visando indicar caminhos para resoluções futuras.

Essa iniciativa tem se consolidado como uma importante ferramenta de humanização, melhoria da comunicação e fortalecimento do acolhimento no ambiente hospitalar, reconhecendo a importância do diálogo como instrumento de cuidado e de comunicação pública, fortalecendo vínculos entre usuários, acompanhantes e trabalhadores e promovendo uma cultura institucional e uma gestão mais abertas ao diálogo.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

CUNHA, D. R. da; FERREIRA, J. L.; GAGO, P. C. A escuta ativa na mediação judicial *on-line*. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 20, e2428, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdgv/a/FZY9Sbp3rq3fNKvrhqv3TCv/. Acesso em: 25 jul. 2026.

ALMEIDA, T. **Caixa de ferramentas em mediação**: aportes práticos e teóricos. São Paulo: Dash, 2014.

MARTINS, P. A. P. de C. **Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora**. 2014. Relatório de atividades (Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2014.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

MULHERES PRETAS NA GESTÃO: MOVIMENTANDO PROCESSOS PARA A EFETIVAÇÃO DA DIVERSIDADE E DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

RESUMO

O trabalho apresenta a experiência de mulheres negras periféricas na gestão de processos para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em unidades federais de saúde no Rio de Janeiro. Entre 2023 e 2024, o grupo articulou ações formativas, culturais e institucionais, fortalecendo práticas antirracistas e de promoção da equidade no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo institucional; Racismo ambiental; Equidade racial em saúde; Protagonismo da mulher negra; Gestão.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Apesar de representarem 56,1% da população brasileira (PNAD Contínua/IBGE, 2022), as pessoas negras continuam sub-representadas em posições de liderança. A participação de negros e negras em cargos de gestão e decisão no Brasil ainda é marcada por profundas desigualdades.

O Programa LideraGov, iniciativa da Secretaria de Gestão e Inovação do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI), realizou, em 2023, um levantamento sobre a composição das lideranças no Executivo Federal, trazendo recortes de gênero e raça. Os dados revelam uma baixa representatividade de pessoas negras nos cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS) e nas Funções Comissionadas do Poder Executivo (FCPE):

Pessoas negras (pretas e pardas) são 56% da população brasileira (IBGE), mas representam apenas 35% das lideranças no Executivo Federal.

Quando o recorte considera gênero e raça, a desigualdade é ainda maior: mulheres negras ocupam apenas 12% dos cargos de liderança.

Em contrapartida, homens brancos são maioria, respondendo por cerca de 46% das posições de liderança (LIDERAGOV, 2023).

O levantamento indica ainda que, apesar dos avanços nas políticas afirmativas e da adoção de ações voltadas à diversidade no serviço público, há persistência do racismo institucional e da sub-representação negra em espaços estratégicos de decisão.

Esses dados reforçam a necessidade de ampliar programas de formação, mentoria e ocupação de cargos de liderança por pessoas negras, especialmente mulheres negras, no setor público, como estratégia para reduzir desigualdades históricas e garantir a implementação de políticas públicas equitativas.

No campo da saúde, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2020) sobre a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) indica que mulheres negras estão majoritariamente em funções de base do cuidado, como técnicas e auxiliares de enfermagem, mas raramente ocupam cargos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de gestão hospitalar ou nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Segundo a pesquisa, apenas 3% das secretarias municipais de saúde eram dirigidas por mulheres negras no período analisado.

Esses dados evidenciam que, apesar de comporem a maior parte da força de trabalho em saúde e da população atendida pelo SUS, as mulheres negras continuam enfrentando barreiras estruturais de acesso à gestão, reflexo direto do racismo institucional e das desigualdades interseccionais de gênero, raça e classe (Werneck, 2016).

A presença de mulheres negras em espaços de gestão na saúde pública brasileira ainda é marcada por sub-representação, resistências institucionais e desafios estruturais. No entanto, é também permeada por potências transformadoras. Este trabalho relata a experiência de constituição e atuação de um Grupo de Trabalho (GT) de Diversidade e Equidade, articulado e liderado majoritariamente por mulheres pretas, com foco na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e de outras políticas públicas voltadas à promoção da equidade no âmbito do SUS no Rio de Janeiro.

As ações, desenvolvidas entre 2023 e 2024, foram implementadas por um grupo majoritariamente composto por mulheres negras e envolveram diagnóstico de lacunas, articulação interinstitucional, estratégias formativas e iniciativas culturais que deram visibilidade às questões raciais e de gênero no cotidiano hospitalar. O GT atuou em unidades hospitalares federais, ampliando o alcance das pautas antirracistas e de equidade, e fundamentou-se não apenas nos referenciais do serviço social, mas também em epistemologias feministas negras, como as de Angela Davis (2016), Cida Bento (2022) e Lélia Gonzalez (2020), que orientam a análise interseccional das desigualdades estruturais.

OBJETIVOS

Apresentar como o protagonismo de mulheres negras na criação de um grupo de trabalho na gestão da saúde federal no Rio de Janeiro vem sendo fundamental para a unificação de ações voltadas à promoção da equidade racial em saúde, à redução das desigualdades de gênero, raça, classe e meio ambiente, por meio do fortalecimento e da organização das ações antirracistas e anti-homofóbicas, em defesa de uma saúde sem racismo nem preconceitos.

METODOLOGIA

O GT de Diversidade e Equidade foi constituído a partir da mobilização de mulheres negras que atuavam em um Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro. A experiência dialoga com um movimento anterior, iniciado em 2017 em um Hospital Federal localizado na zona norte da cidade, quando ações voltadas à implementação da PNSIPN começaram a ganhar força, sob a liderança de trabalhadoras negras que promoveram debates, eventos culturais e formações sobre racismo institucional e saúde da população negra. Com o tempo, essas iniciativas se expandiram para alguns dos hospitais federais e, em 2023, culminaram na formalização do GT no DGH, envolvendo inicialmente seis unidades.

A articulação teve como eixo metodológico os princípios africanos da circularidade, do ubuntu, da ancestralidade e da oralidade, valorizando os diferentes tipos de saberes e a construção coletiva. O GT identificou que, apesar da existência da PNSIPN (Brasil, 2009), sua implementação era fragmentada e pouco monitorada, carecendo de uma articulação que integrasse as diferentes unidades federais.

A partir de julho de 2024, o GT de Diversidade e Equidade passou a contar também com a participação de representantes dos institutos nacionais e de outras instâncias do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, incluindo a Comissão de Ética, a Divisão de Apoio à Corregedoria, o Centro Cultural do MS e a Superintendência Estadual do MS, além de representantes de movimentos sociais, como a UNEGRO, totalizando uma média de 30 participantes.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como Iabás que reúnem a comunidade no quintal, as lideranças femininas negras do GT promoveram encontros interinstitucionais que resultaram em:

- oficinas e rodas de conversa sobre racismo institucional e políticas de equidade em saúde;
- ações educativas e culturais, como a Exposição Sorriso Negro, que se tornou símbolo do Novembro Negro integrado;
- capacitações para servidores e servidoras, visando à implementação da PNSIPN e ao letramento racial;
- criação e fortalecimento de núcleos e comissões de Diversidade, Equidade e Inclusão nos hospitais e institutos participantes;
- articulação com gestores institucionais, sensibilizando-os a partir de vivências, dados e normativas, como a Portaria GM/MS nº 992/2009.

O GT desenvolveu, ainda, um papel de assessoria estratégica, orientando a gestão quanto à incorporação das políticas de equidade nos planos institucionais e no planejamento orçamentário.

Os resultados alcançados entre 2023 e 2024 incluem:

- aumento da visibilidade das questões raciais nas práticas institucionais;
- engajamento de servidores em processos formativos antirracistas;
- criação de espaços permanentes de discussão sobre racismo institucional e equidade em unidades nas quais esses espaços não existiam ou as ações ainda eram tímidas;
- integração de ações do Novembro Negro entre as unidades federais;
- ampliação da participação social, com o envolvimento de movimentos negros e lideranças comunitárias;
- fortalecimento da articulação interinstitucional em torno da pauta racial e de gênero.

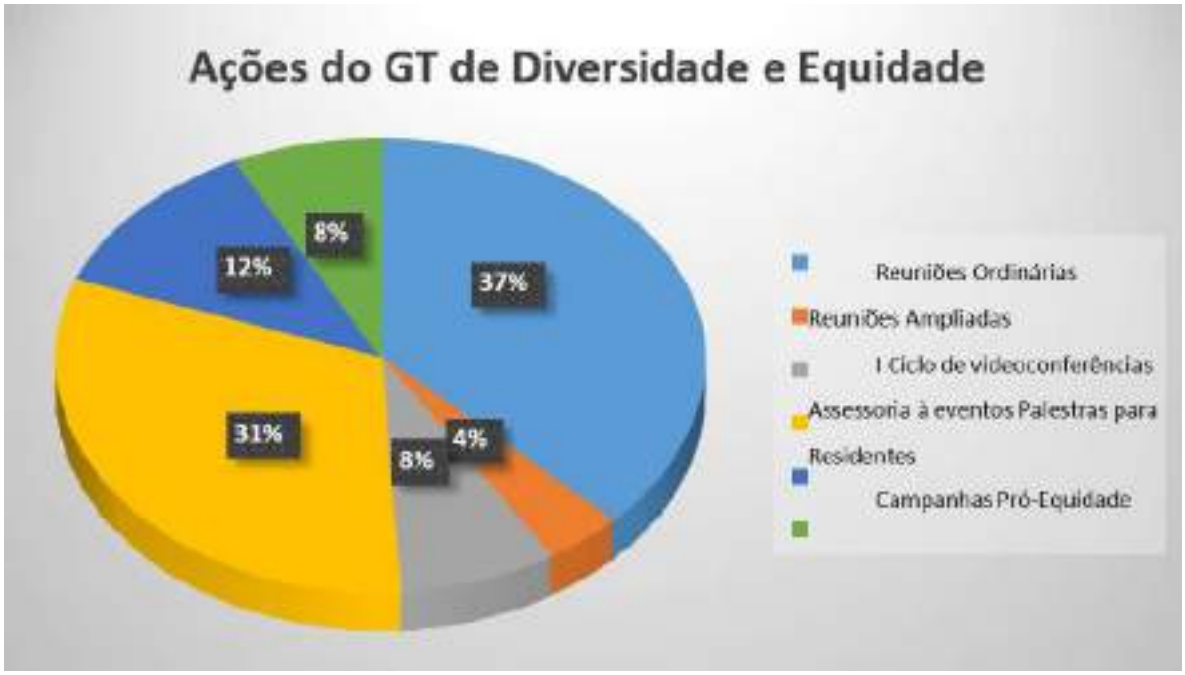
A Tabela 1 apresenta as principais ações realizadas entre agosto de 2023 e julho de 2025:

Tabela 1. Ações realizadas pelo GT

Ações	Quantitativo	Descrição
Reuniões ordinárias	19	Reuniões deliberativas, de planejamento e avaliação
Reuniões ampliadas	2	Reuniões temáticas/ letramento racial e de gênero para profissionais das unidades hospitalares
I Ciclo de videoconferências	4	Conferências temáticas
Assessoria à eventos	16	Apoio técnico às equipes para realização de eventos nas unidades hospitalares
Palestras para residentes	6	Abordagem das políticas de equidade para alunos das residências médica e multidisciplinar das unidades hospitalares
Campanhas Pró-Equidade	4	Campanha Novembro Negro, Saúde Indígena, Saúde da População LGBTQIAPN+ e Campanha de Enfrentamento ao Racismo Religioso.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Figura 1. Percentual de reuniões ordinárias do GT



Fonte:

Podemos identificar, analisando a tabela e o gráfico acima, que houve predominância das ações de reuniões ordinárias, o que evidencia regularidade e constância neste trabalho, que busca dar voz e vez aos/às trabalhadores/as e gestores/as das unidades. Essa característica vem ao encontro dos conceitos de circularidade e oralidade, estratégias ancestrais para garantir a continuidade da história e da cultura africana e afrodiaspórica. A adesão das direções ao trabalho demonstra o fortalecimento e a legitimidade das ações, já que muitas delas ocorriam informalmente.

Outro dado relevante é o número de ações de assessoria e apoio às atividades das unidades. O GT promoveu a integração entre as ações que antes eram isoladas e pontuais. Estratégias como a produção de folders e cartazes com a programação integrada favoreceram o estabelecimento da ação conjunta de combate ao racismo na saúde no Rio de Janeiro, em âmbito federal. O simples diálogo entre as instituições auxilia a evitar a realização de muitos eventos na mesma data e favorece a interação entre elas, o que promove seu fortalecimento. Em 2024, em uma das unidades, os cartazes do Novembro Negro foram vandalizados. O crime foi enfaticamente e energicamente repudiado pelo nível central e pelas demais unidades, sendo de fundamental importância a participação das lideranças negras daquela unidade no GT.

Do ponto de vista metodológico, a incorporação de referenciais da filosofia africana, em especial a circularidade, a ancestralidade e a interconexão, propõe novas formas de pensar e praticar a gestão em saúde (Noguera, 2012; Sodré, 2017). A circularidade, enquanto princípio epistemológico, rompe com a linearidade eurocêntrica e privilegia práticas coletivas de diálogo, como as rodas de conversa, que são estratégias eficazes na construção de políticas de saúde voltadas às comunidades negras. Esse paradigma metodológico, enraizado em cosmovisões africanas, potencializa a gestão liderada por mulheres negras, pois valoriza tanto a produção técnica quanto o saber ancestral e comunitário, fundamentais para enfrentar os efeitos do racismo ambiental. Quando mulheres negras predominam na organização das ações, valores como ubuntu são colocados em prática. Herdeiras de rainhas e guerreiras, a afrodiáspora traz, no livro que é o corpo negro feminino, o saber da liderança democrática e afetiva.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de mulheres pretas na gestão da saúde pública é fundamental para garantir políticas mais inclusivas, interseccionais e eficazes no enfrentamento das desigualdades. Sueli Carneiro afirma que "a ausência de mulheres negras nos espaços de poder é expressão do racismo e do sexismo estruturais que organizam a sociedade brasileira" (Carneiro, 2011, p. 97). Essa ausência se reflete na formulação e na implementação de políticas públicas que, muitas vezes, não contemplam as necessidades específicas da população negra.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2023), apenas 2,8% dos cargos de direção na administração pública federal são ocupados por mulheres negras, embora elas representem cerca de 28% da população brasileira. Tal sub-representação contribui para a manutenção de indicadores desiguais, como a maior mortalidade materna entre mulheres negras, que, segundo o Ministério da Saúde (2022), é quase três vezes maior que a das mulheres brancas.

A intersecção entre raça, gênero, condição social e território é central para compreender a relevância dessa representatividade. Lélia Gonzalez já apontava que "a opressão da mulher negra se dá de forma interseccional, pois vivemos o racismo, o sexismo e a opressão de classe de forma simultânea" (Gonzalez, 1988, p. 14). Essa vivência impacta diretamente o acesso à saúde: mulheres negras em periferias e áreas rurais enfrentam dificuldades de transporte, menor oferta de serviços especializados e barreiras no atendimento devido ao racismo institucional e ambiental. Gestoras negras, por conhecerem e reconhecerem essas realidades, tendem a propor soluções mais adequadas, como o fortalecimento das lideranças negras locais, capacitações antirracistas para profissionais e a ampliação de políticas voltadas para doenças crônicas prevalentes na população negra.

Além da dimensão técnica, a presença de mulheres pretas na gestão representa um avanço simbólico e político no combate às desigualdades estruturais. Para Djamila Ribeiro, "não basta estar representado, é preciso ter poder de decisão e influência nas estruturas" (Ribeiro, 2019, p. 42). A ampliação dessa presença favorece a criação de políticas que considerem os determinantes sociais da saúde, como renda, habitação, meio ambiente e segurança alimentar, e que combatam os efeitos combinados do racismo e do sexismo. Assim, garantir que mulheres negras ocupem cargos estratégicos na saúde pública não é apenas uma medida de justiça social, mas também uma ação de eficácia comprovada para construir um Sistema Único de Saúde mais equitativo e universal.

O fortalecimento das políticas de diversidade, equidade e inclusão em saúde tem se consolidado como marca do atual governo federal, e o GT de Diversidade e Equidade do Rio de Janeiro é expressão concreta dessa agenda. Ao articular ações interinstitucionais, promover formação antirracista e sustentar a pauta racial, ambiental e de gênero nos espaços de gestão, o GT contribui para a efetivação da PNSIPN e para a construção de ambientes hospitalares mais inclusivos.

A experiência evidencia que a inserção qualificada de mulheres negras na gestão do SUS contribui para o avanço da equidade racial em saúde, conforme defendem Gonzalez (2020) e Bento (2022), o que impacta diretamente o enfrentamento do racismo ambiental, haja vista que os/as usuários/as e trabalhadores/as negros/as estão sendo beneficiados/as pelo acesso à atenção à saúde em nível especializado, como protagonistas e alvos de um cuidado livre do racismo. No entanto, cabe ressaltar que, apesar dos avanços supracitados, a experiência da liderança negra feminina ainda enfrenta desafios, como resistência institucional, sobrecarga de trabalho e sub-representação em espaços decisórios.

Recomenda-se ampliar mecanismos de formação e monitoramento da PNSIPN, bem como garantir a permanência de mulheres negras na gestão, fortalecendo a participação delas nos processos decisórios e assegurando condições para o exercício de sua liderança.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H. (org.). **Conflitos ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fundação Heinrich Böll, 2004.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 25 jul. 2026.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de H. R. Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988. Disponível em: https://institutoodara.org.br/public/gonzalez-lelia-a-categoria-politico-cultural-de-amefricanidade-tempo-brasileiro-rio-de-janeiro-v-92-n-93-p-69-82-jan-jun-1988b-p-69-82/. Acesso em: 25 jul. 2026.

GONZALEZ, L. **Lélia Gonzalez**: primavera para as rosas negras. São Paulo: UCPA Editora, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília, DF: Ipea, [s. d.]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/. Acesso em: 25 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. v. 1. (Boletim Epidemiológico, número especial). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/view. Acesso em: 25 jul. 2026.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento; Justificando, 2017.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SODRÉ, M. **Pensar nagô**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VER-SUS E FORMAÇÃO EM COMUNICAÇÃO: ENTRE TERRITÓRIOS, SONS E IMAGENS

Márcia Fernanda de Méllo Mendes
Kethlyn Martinez Gomes
Jorge Marcos Mazarem Izaguirre
Lívia Starmac Costa

INTRODUÇÃO

A participação no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS) configura-se como uma experiência formativa que vai além da observação técnica da saúde pública. Trata-se de uma imersão prática e reflexiva que articula ensino, serviço e comunidade, permitindo aos estudantes compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema vivo, complexo e profundamente conectado às dinâmicas sociais, culturais e políticas do país. Este artigo tem como objetivo relatar a vivência de estudantes de Produção Multimídia durante o Ver-SUS e as Vivências no SUS, em 2025, destacando como a comunicação e a linguagem audiovisual atuam como ferramentas fundamentais para documentar, traduzir e potencializar práticas de saúde pública, bem como refletir sobre o impacto direto dessa experiência na formação profissional e cidadã de futuros comunicadores.

Ao longo de sete dias de atividades intensas, entre oficinas, visitas técnicas, rodas de conversa e práticas integrativas, foi possível compreender o papel da interdisciplinaridade e da educação popular como estratégias concretas para o fortalecimento do SUS e da cidadania. A vivência revelou que a comunicação, mais do que uma ferramenta de registro, é um dispositivo de cuidado, escuta e transformação social. Para quem se forma em comunicação, essa virada de chave é determinante. Ela muda a forma de olhar, de produzir conteúdo e de se posicionar diante do que se registra. O processo não é apenas técnico. É político, ético e humano.

O artigo busca refletir sobre a potência de integrar linguagens visuais, arte e cultura às práticas de saúde coletiva. Quando aplicada a partir do território e da escuta, a comunicação deixa de ser apenas uma forma de transmissão de informação e passa a ser uma forma de construção de sentido. Isso tem peso formativo para qualquer estudante, mas ganha ainda mais relevância no caso de quem atua com imagem, som e narrativa. Comunicar, nesse contexto, é também assumir uma posição diante da realidade. Fundamentado nas diretrizes do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, o relato propõe-se a contribuir para a discussão sobre a formação crítica e humanizada de profissionais, inclusive em áreas não tradicionais da saúde, como o audiovisual. O Ver-SUS, sob essa perspectiva, demonstrou ser um campo fértil para ressignificar o papel da comunicação pública, reafirmando sua importância na construção de um sistema acessível, inclusivo e socialmente comprometido.

O Projeto Ver-SUS: fundamentos e contribuições para a formação em saúde

O Ver-SUS é uma iniciativa educativa vinculada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Seu objetivo é aproximar estudantes de diferentes áreas do conhecimento da realidade cotidiana do SUS, promovendo uma formação crítica e conectada às condições concretas de vida da população. A proposta, desenvolvida desde 2003, foi construída a partir da articulação entre o Ministério da Saúde, instituições de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ensino superior e movimentos sociais. De acordo com a Rede Unida (2025a), o Ver-SUS é um dispositivo que promove o encontro entre sujeitos, saberes e territórios, provocando deslocamentos e reflexões que integram a formação profissional à realidade social brasileira.

Trata-se de uma proposta pedagógica coletiva estruturada em vivências intensivas, nas quais os estudantes participam de visitas a unidades de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais, além de oficinas temáticas, rodas de conversa, caminhadas de reconhecimento do território e espaços de integração. O foco está nos diversos níveis de atenção à saúde e nos determinantes sociais que influenciam o cuidado. Os participantes são organizados em grupos de vivência acompanhados por facilitadores. Cada grupo desenvolve um percurso próprio, planejado de acordo com os arranjos locais, o que permite uma experiência territorializada e conectada às especificidades de cada região.

Durante as atividades, os estudantes são estimulados a observar, registrar e refletir sobre o funcionamento do SUS em suas múltiplas dimensões: atenção, gestão, participação social e articulação intersetorial. A troca com profissionais de saúde, usuários e lideranças comunitárias é parte essencial do processo formativo, permitindo o contato direto com os desafios enfrentados na ponta do sistema e com estratégias locais de cuidado.

A proposta pedagógica do Ver-SUS rompe com a lógica fragmentada do ensino tradicional. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), o projeto representa um espaço de invenção pedagógica, ao propor uma formação que integra o sujeito em sua totalidade. O aprendizado é construído de forma horizontal e dialógica, valorizando tanto o conhecimento técnico-científico quanto os saberes populares. O Ver-SUS é uma experiência que amplia o entendimento sobre o cuidado, a saúde e o papel social do profissional em formação, promovendo a construção coletiva do conhecimento sobre saúde pública e reforçando o SUS como política de Estado comprometida com os direitos sociais, a equidade e a justiça social.

Em dezembro de 2024, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde (Vivências no SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 6.098, de 16 de dezembro de 2024. A iniciativa ampliou e formalizou o modelo das vivências em saúde, anteriormente implementado em programas como o Ver-SUS, e passou a contemplar quatro modalidades de participação: estudantes e residentes, docentes, trabalhadores e gestores e movimentos sociais. A proposta reafirma a articulação entre ensino, serviço e comunidade como eixo estruturante das ações formativas no SUS (Brasil, 2024a).

O foco está na compreensão do SUS a partir de suas práticas concretas, com ênfase na atenção à saúde, na gestão participativa, na vigilância e nos determinantes sociais que afetam o cuidado (Brasil, 2024a). Entre os objetivos do programa estão: dar visibilidade às agendas prioritárias do SUS, fomentar espaços educativos democráticos e dialógicos, estimular práticas intersetoriais de reflexão crítica, fortalecer a vigilância com foco na promoção da saúde e qualificar o trabalho em saúde em diferentes níveis do sistema (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

A comunicação como ferramenta estratégica na saúde e nas políticas públicas

A comunicação desempenha um papel central nas políticas públicas de saúde, não apenas como instrumento de divulgação, mas como tecnologia social que media relações, constrói sentidos e fortalece vínculos entre serviços, profissionais e a população. No contexto do SUS, sua função extrapola a transmissão de informações técnicas, atuando também como dispositivo de escuta, de mobilização coletiva e de valorização da participação social.

Assim, ao registrar imagens, captar vídeos e narrar experiências, estudantes da área de comunicação e produção multimídia não apenas documentam o cotidiano do SUS; eles também o interpretam e o tornam visível. Nos relatos analisados, os equipamentos funcionam como ferramentas de aproximação entre os sujeitos, traduzindo realidades muitas vezes invisibilizadas nos discursos institucionais.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A comunicação, nesse sentido, também é cuidado. Ao registrar a rotina de profissionais em unidades básicas afetadas por enchentes, como descrito por Jorge Izaguirre, o ato de comunicar vai além do jornalismo. Trata-se de reconhecer a precariedade, mas também a resistência, e de gerar memória e reconhecimento para ações que, sem esses registros, seriam esquecidas. Da mesma forma, ao documentar oficinas de pintura no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o olhar comunicacional revela a potência da arte como expressão terapêutica, humanizando a saúde mental e ampliando o conceito de cuidado.

Além da produção de conteúdo, a comunicação atua no fortalecimento das redes de participação e controle social. Em ambientes como os conselhos de saúde, campanhas educativas e espaços de educação popular, ela viabiliza o acesso a informações, amplia a autonomia dos usuários e possibilita a construção coletiva de políticas públicas mais democráticas.

De acordo com Mattos (2009), a comunicação em saúde deve ser compreendida como uma dimensão essencial da gestão participativa e do cuidado integral. Não se trata apenas de tornar serviços mais "visíveis" ou "populares", mas de criar linguagens acessíveis, gerar diálogo e construir sentidos compartilhados sobre o que é saúde, doença, cuidado e direito. Nesse cenário, o papel dos profissionais da comunicação é estratégico, pois são eles que constroem pontes entre sujeitos, territórios e políticas.

O impacto do Ver-SUS na formação de estudantes da comunicação

Participar do Ver-SUS como estudante de comunicação muda o ponto de vista. A vivência tira a comunicação do papel de suporte técnico e a coloca no centro da prática social. Registrar não é só capturar imagens ou escrever relatos; é enxergar o que muitas vezes não aparece. É transformar câmera, microfone ou bloco de anotações em ferramentas políticas.

Os estudantes da área relataram um choque inicial ao entrar nos territórios, pois perceberam que a linguagem técnica precisava ceder lugar à escuta e à sensibilidade. O foco deixou de ser o produto final e passou a ser o processo: a troca com quem vive o SUS, a escuta ativa nas rodas de conversa e os silêncios nas oficinas.

O contato com realidades diversas, como unidades de saúde em regiões vulneráveis, CAPS com oficinas artísticas, assentamentos de agricultura familiar e hospitais com foco em cuidado paliativo, forçou uma revisão do próprio entendimento sobre o que é saúde. A saúde deixou de ser vista apenas como ausência de doença e passou a ser entendida como dignidade, direito e relação com o território.

Essa mudança de percepção influenciou diretamente a forma como os estudantes passaram a pensar a comunicação. Ao lado de estudantes de outras áreas, como medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, a presença de comunicadores abriu espaço para reflexões diferentes. Foi possível perceber como a linguagem, a imagem e a narrativa podem atuar em conjunto com o cuidado, fortalecendo vínculos e promovendo visibilidade. A interdisciplinaridade deixou de ser discurso e virou prática.

O Ver-SUS, nesse contexto, desorganiza certezas. Para quem veio da comunicação, o impacto não foi só conhecer o SUS, mas também se enxergar nele. Descobrir que comunicar também é cuidar. Que dar visibilidade também é lutar. E que registrar uma realidade é, de alguma forma, comprometer-se com ela.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.098, de 16 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Vivências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 243, p. 480, 18 dez. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6098_18_12_2024.html. Acesso em: 30 jan. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Vivências no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/vivencias-no-sus. Acesso em: 30 jan. 2025.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/. Acesso em: 30 jan. 2025.

PULGA, V. L.; DANTAS, V. L. de A.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. (org.). **Educação popular, equidade e saúde**: dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. **VER-SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, [s. d.]. Disponível em: https://www.redeunida.org.br/pt-br/versus/. Acesso em: 30 jan. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REDE DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: ESTAMOS ORGANIZADOS PARA ATUAR EM DESASTRES?

Glaucia Fragoso Hohenberger

Trata-se de um relato de experiência da atuação como voluntária da equipe de saúde no Hospital de Muçum, na enchente do Vale do Rio Taquari, ocorrida em setembro de 2023, e da atuação em um abrigo de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS), na enchente de maio de 2024.

Aturdidos pelas notícias da enchente no Vale do Rio Taquari, das quais tomamos conhecimento em 6 de setembro, organizamos, no final do dia, uma equipe de profissionais assistenciais de um hospital filantrópico de Porto Alegre para partir na manhã seguinte em auxílio ao Hospital de Muçum. Fomos a primeira equipe de saúde externa a chegar. Sentimos o caos e a desolação no rosto de todos, inclusive dos profissionais de saúde, os quais ainda não haviam saído de seus postos de trabalho para verificar a situação de suas famílias. Helicópteros pousavam com frequência, trazendo corpos que se acumulavam. Não havia luz ou internet na cidade. A chegada de doações, voluntários e curiosos avolumava-se.

Recebemos o plantão da enfermeira que atendia o Pronto Atendimento e o residencial geriátrico no andar superior do hospital. Ela não conseguiu falar sobre os pacientes; precisava externalizar o caos vivido, as mortes e o número de idosos resgatados ou deixados pelas suas famílias, que quadruplicara nas últimas horas sem qualquer controle. Assumindo o posto, listamos as frentes de trabalho necessárias para aquele primeiro momento e foram atribuídas tarefas: identificação dos pacientes, alimentação, necessidades de saúde, medicação e higiene. No fim daquele dia, essas primeiras frentes de trabalho estavam contempladas.

Chegavam os profissionais da Força Nacional do SUS, doações de medicamentos, água potável e alimentos. O volume de pessoas e insumos precisava ser organizado e gerenciado.

Oito meses após essa catástrofe, a situação se repetiu, acometendo todo o estado do RS. Fiquei ilhada em uma cidade do interior e me coloquei à disposição para atuar nos abrigos. Apesar das diferentes particularidades, vivenciei os mesmos sentimentos e identifiquei as mesmas necessidades da enchente de setembro.

Nesse período entre os eventos climáticos, não houve qualificação ou plano de contingência para o trabalho da rede de saúde e de assistência social em nosso estado, tampouco uma rede de tomada de decisões e coordenação de serviços foi reforçada ou publicizada, o que é imprescindível em desastres. A enchente de maio tomou proporções históricas no estado. Houve precedentes e tempo para preparar a rede para o que estava por vir, mas somente durante o desdobramento dos fatos o sistema foi mobilizado e "organizado".

Entre erros e acertos, foram direcionadas informações e publicações que estão sendo trabalhadas com os profissionais e a rede nesse momento, no período pós-desastre, que também podemos chamar de período de alerta.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO À DENGUE

Ana Celina de Souza

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O relato de experiência a seguir pretende compartilhar o cotidiano de uma equipe de Atenção Primária durante as semanas epidemiológicas 14 e 23, período de maior incidência da dengue em nosso território de abrangência, localizado na zona norte de Porto Alegre. Nessas semanas, vivenciamos mudanças no processo de trabalho da unidade, e é isso que nos interessa compartilhar. Alguns dados aqui apresentados serão relativos ao total de casos de dengue notificados e confirmados, tal como estão expostos nas salas de situação da Vigilância em Saúde (Porto Alegre, 2025).

Nosso objetivo é compartilhar a experiência numa perspectiva crítica, com a intenção de produzir mudanças para um trabalho em rede efetivo, oportuno e resolutivo, bem como refletir sobre nossas ações de educação em saúde e participação social.

METODOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de atenção primária atua na zona norte de Porto Alegre, conta com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, duas equipes de saúde bucal, uma equipe multiprofissional (eMulti) e um território com cerca de 12.000 pessoas sob sua responsabilidade. A equipe tem inserção no território há mais de 30 anos, possuindo uma relação estreita com a Associação de Moradores e um Conselho Local de Saúde ativo. A equipe também é campo de ensino em serviço, com a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), estágios de graduação e o Programa Jovem Aprendiz.

Com o aumento dos casos de dengue no território, em março de 2025, enfrentamos o desafio de reconfigurar nosso acesso e acolhimento, e aqui descreveremos como isso repercutiu no processo de trabalho de toda a equipe. É importante destacar a carga tripla de doenças (Vilaça, 2008) que recai sobre a APS, num momento de aumento da expectativa de vida e da qualidade de vida em convivência com as condições crônicas. Também destacamos a magnitude das questões de saúde mental no cenário pós-pandêmico e, finalmente, a emergência das doenças virais, incluindo as arboviroses, as respiratórias e o recrudescimento de doenças anteriormente erradicadas.

Com a experiência da pandemia de covid-19, aprendemos que toda demanda represada retorna agudizada. Então, optamos por manter um acolhimento para as questões usuais da APS e outro acolhimento para as pessoas que chegavam com sintomas de dengue.

É importante evidenciar que a gerência construiu um plano de contingência para a atuação das equipes, após Porto Alegre decretar emergência em saúde pública, e, nesse plano, foi organizado um serviço de apoio logístico e de retaguarda, com tenda de hidratação e coleta de exames laboratoriais (NS1 e IgM). O NS1 é um exame para o diagnóstico da dengue, feito a partir da coleta de sangue, com indicação de coleta até o quinto dia de sintomas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O IgM é utilizado para detectar anticorpos, sendo coletado a partir do quinto dia de sintomas. Ambas as coletas eram enviadas para o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (Lacen). Com o aumento do número de casos, nossa equipe foi incitada a construir seu próprio plano de contingência.

No acolhimento específico para a dengue, dois profissionais (um da equipe de enfermagem e outro profissional da eMulti) acolhiam os sintomáticos e conduziam as ações de cuidado e vigilância: anamnese, verificação de sinais vitais, classificação de risco e notificação no sistema Sentinela. Nesta oportunidade, também fazíamos o cálculo de hidratação baseado no peso corporal e informávamos as pessoas de que a hidratação e o alívio dos sintomas eram o tratamento principal para a suspeita de dengue, bem como sobre as consequências de um agravamento do quadro, caso a hidratação fosse falha. Caso o acolhimento indicasse que o usuário necessitava de avaliação de urgência, o médico ou a enfermeira do turno era acionado para avaliar e medicar conforme a necessidade e o risco.

Uma particularidade é que a equipe da eMulti precisou ceder salas de atendimento para as pessoas com suspeita de dengue. Os casos de saúde mental, de acompanhamento nutricional e de vulnerabilidade social, acompanhados pelos núcleos de psicologia, nutrição e serviço social, tiveram restrições de atendimento, tanto pelo uso da estrutura física quanto pela necessidade da presença destes profissionais nas frentes de trabalho recriadas, como o segundo acolhimento em dupla e a qualificação da nossa presença na sala de espera.

A equipe criou um roteiro para auxiliar na condução do diálogo com os usuários na sala de espera, no início de cada turno. Neste canal de comunicação, informávamos à população sobre nosso atual cenário, justificando a diminuição das consultas de rotina na APS para atendermos as pessoas que chegavam com suspeita de dengue. Também realizávamos ações de educação em saúde para a redução dos focos domiciliares do mosquito transmissor da dengue, informando o fluxo via 156 para a limpeza de casas abandonadas e terrenos baldios.

Após o acolhimento, os usuários eram conduzidos para consulta médica ou de enfermagem, nas quais continuávamos a investigação clínica, a solicitação de exames e as orientações aos usuários, inclusive sobre quando seria necessário o retorno para reavaliação. Um número expressivo de usuários era encaminhado para a enfermagem para hidratação. Precisamos estabelecer um número máximo de hidratações a serem realizadas com segurança na sala de enfermagem e outro limite para a sala de procedimentos. Em alguns dias, a sala da odontologia também foi utilizada como sala de hidratação. A maior parte das hidratações acontecia com os usuários sentados. Porém, houve dias em que consultórios com macas precisaram ser fechados para a observação de pacientes mais graves.

A equipe de enfermagem precisou monitorar os pacientes em diferentes salas de atendimento, a fim de garantir uma presença vigilante, pois muitos necessitavam de leito ou aquecimento. Para os usuários que relatavam sangramento de mucosas ou outro sinal de gravidade, conforme a avaliação de risco, era necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou mesmo o transporte do GHC, para garantir a continuidade da assistência nas emergências.

Sobre o monitoramento dos casos, com base em nossa experiência, evidenciamos que o modo mais eficaz era solicitar o retorno, tanto previamente combinado com os usuários, indicando o dia e o turno para retornar à Unidade de Saúde (US), quanto de forma espontânea, a depender da gravidade dos sintomas nos domicílios. A dengue é uma doença de agravamento rápido, portanto, avaliar presencialmente os usuários e os resultados dos exames de hemograma e plaquetas foi a forma encontrada para produzir bons resultados clínicos.

Dada a ausência de linha telefônica na unidade de saúde e a lentidão na obtenção dos resultados do exame diagnóstico (o Lacen demorava a fornecer os resultados laboratoriais confirmatórios), restou-nos monitorar os casos por meio do retorno presencial. O canal institucional de WhatsApp também serviu para realizar algum monitoramento, pois, por meio dele, os usuários relatavam seus sintomas e enviavam os exames

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

laboratoriais e, a depender da avaliação, eram chamados presencialmente para realizar a hidratação, após avaliação médica ou da enfermeira.

Durante este período, também tivemos a experiência da coleta de hematimetria (exame que avalia o hematócrito e as plaquetas) na unidade de saúde. A equipe mobilizou-se para coletar amostras para os exames NS1 e IgM, uma vez que já estávamos com uma estrutura mínima e improvisada de coleta de sangue. Isso evitou grandes deslocamentos de pessoas convalescentes para a realização de hemograma em laboratórios conveniados. Durante a vigência de um número elevado de casos suspeitos de dengue, tivemos que realizar o controle de estoque diário para não deixar faltar insumos de hidratação.

Durante as semanas de maior número de casos, tivemos um episódio de falta de água na região da zona norte e, nesse momento, pudemos contar com a atuação solidária do Conselho Local de Saúde, que organizou doações de água e solicitou um caminhão-pipa para o abastecimento.

CONCLUSÕES

Usuários que acessam o serviço de modo rotineiro por meio do acolhimento evidentemente tiveram prejuízos, pois nossa força de trabalho estava mais orientada para o atendimento aos casos de dengue, com repercussões tanto nas questões clínicas do corpo físico quanto nas questões de saúde mental. Com frequência, ouvimos pessoas com questões importantes de saúde mental que tiveram dengue relatarem piora de seus sintomas emocionais após o episódio da doença.

Cabe ressaltar algumas condições do território ampliado ao redor da unidade de saúde. Ao lado norte, em 2024, tivemos a grande enchente, com aumento da água parada e do lixo, trazendo vários vetores que causam problemas de saúde, como o aumento de criadouros do Aedes aegypti. Ao lado leste, tivemos uma luta social em defesa da manutenção de uma área de Mata Atlântica, pois um empreendimento comercial estava previsto e, infelizmente, devastou uma quantidade significativa de mata. A outra parte da mata ainda está em tramitação na Justiça. Movimentos sociais em prol do meio ambiente estão ativos nesta vigilância. Nesta parte leste da cidade, existe uma retomada de território indígena ancestral Guarani, colaborando para a manutenção desta mata.

Até o presente momento (agosto de 2025), notificamos 490 casos e 414 foram confirmados (Porto Alegre, 2025).

A equipe de saúde avalia positivamente todo o nosso movimento de mudança nos fluxos para o pico de dengue que enfrentamos. Naquele momento, foi importante colocarmos a maior força de trabalho a serviço do atendimento aos sintomáticos de dengue, pois eles chegavam, muitas vezes, apresentando as consequências da desidratação já em desenvolvimento no corpo, afetando sua integridade. Foram períodos de acúmulo de experiência em práticas de urgência na APS. Por outro lado, a APS é nosso chão e nos preocupamos com o acompanhamento das demais condições prevalentes no território, principalmente as questões crônicas e de saúde mental. Um dos serviços que precisamos encaminhar para outras unidades foi o de avaliação de lesões de pele (úlceras crônicas e pés diabéticos).

Contamos com a ajuda solidária de outras unidades de saúde, mas também compreendemos os limites destas, pois a dengue teve crescimento em vários territórios. Muitos usuários não acessaram cuidados profissionais, em razão da superlotação da APS, acarretando a perda do trabalho até então realizado, como ocorreu, por exemplo, com os casos de saúde mental e outras questões crônicas agudizadas. Preocupa-nos o fato de que enfrentaremos esse pico de dengue anualmente e, diante de cada nova situação, será necessário represar os atendimentos multiprofissionais aos pacientes crônicos. Cabe aos gestores locais pensar em planos de contingência que não acarretem a diminuição dos demais serviços, com infraestrutura flexível para tendas provisórias e recursos humanos qualificados.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIA

BARCELLOS, C.; MATOS, V.; LANA, R. M.; LOWE, R. Climate change, thermal anomalies, and the recent progression of dengue in Brazil. **Scientific Reports**, London, v. 14, 5948, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38467690/. Acesso em: 18 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Atenção Primária à Saúde. **Plano de contingência para enfrentamento à dengue**. Porto Alegre: GHC, 2025.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, supl. 4, p. S3-S11, dez. 2008. Disponível em: https://rmmg.org/artigo/detalhes/1262. Acesso em: 18 ago. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **BI de Arboviroses**. Porto Alegre: SMS, 2025. Painel interativo. Disponível em: https://app.powerbi.com/w?r=eyJrIjoiYTg2YTVhZTUtMGRhNy00MjEwLWJmZTgtOTQ0MGM5ZTM0YmFmIiwidCI6IjA0NmFkMWJjLWE5NTYtNDA0OC05ODAzLTc4MTIyN2FhMDAzOSIsImMiOjh9. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ARTICULAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS: O PERCURSO DO "CAMINHO DAS ÁGUAS", PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DE CRISES

Victoria Mello Fernandes
Morgana Schena Wickert
Marisete de Azevedo
Milena Leal Pacheco

INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul foi atingido por um desastre socioambiental sem precedentes. Foram 473 municípios afetados, milhares de pessoas desalojadas, centenas de abrigos temporários criados, além da morte de 184 pessoas e do desaparecimento de outras 25.

Ainda não é possível estimar a totalidade das perdas materiais, imateriais e simbólicas. O impacto foi também subjetivo e coletivo, atravessando dimensões psicossociais e exigindo respostas rápidas e sustentáveis.

As equipes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com trabalhadores da assistência social, da Defesa Civil e da educação, e com o apoio de milhares de voluntários, desempenharam papel fundamental no acolhimento inicial às comunidades.

Contudo, uma dimensão particular emergiu: esses mesmos trabalhadores também foram diretamente afetados e precisavam cuidar de si, de suas famílias e das comunidades simultaneamente.

Nesse cenário, tornou-se urgente criar estratégias de cuidado, escuta e fortalecimento das redes de saúde mental, em diálogo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do SUS.

OBJETIVOS

O trabalho tem como objetivo apresentar a experiência do Curso de Atualização "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas", **realizado** em 48 grupos descentralizados, com a participação de 138 municípios, com destaque para as oficinas presenciais realizadas em **Estrela (RS)**, com representantes do próprio município e de Bom Retiro do Sul. Busca-se compreender como a formação, a escuta e o protagonismo comunitário podem contribuir para a reconstrução das redes de cuidado integral em saúde mental em contextos de emergência climática e vulnerabilidade psicossocial.

METODOLOGIA

O curso foi concebido por um Comitê Gestor formado pelo Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília (Nusmad/Fiocruz Brasília), pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (DESMAD/SAE/MS), pela Coordenação Estadual de Saúde Mental (SES-RS) e pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Adotou-se uma metodologia ativa, centrada na escuta qualificada, na troca de experiências e no protagonismo de trabalhadores(as), usuários e lideranças comunitárias. O processo foi mediado pela arte, pela cultura e pela valorização das memórias, sob o lema "da colcha que temos para a colcha que queremos".

Para a implementação das oficinas presenciais, foram capacitadas mais de 120 pessoas, entre profissionais e usuários das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), para atuarem como facilitadoras do percurso formativo.

As oficinas em Estrela (RS) foram realizadas no formato de roda de conversa, articulando momentos de escuta das experiências locais, mapeamento dos impactos psicossociais e construção coletiva de planos de ação, envolvendo trabalhadores da saúde, da educação, da assistência social, da defesa civil e lideranças comunitárias.

As oficinas foram organizadas em blocos temáticos interdependentes, articulando exposições dialogadas, rodas de conversa, análise de situações-problema, exercícios práticos e atividades lúdico-expressivas (como dramatizações, imagens, frases simbólicas e vídeos curtos).

A mediação foi feita por facilitadoras e facilitadores com experiência em saúde mental, emergências e desastres, sempre atentos às dinâmicas do grupo, ao acolhimento das emoções emergentes e à valorização dos saberes locais.

Nesse sentido, as oficinas vêm sendo compreendidas como um dispositivo de cuidado em si: lugar de reconhecimento mútuo, elaboração do sofrimento e construção de possibilidades frente à devastação.

A metodologia possibilitou a escuta das dores e das potências vivenciadas no desastre, bem como a identificação dos desafios atuais para a formulação coletiva de respostas, como fluxos de cuidado, planos de ação intersetoriais e pactos por um bem-viver.

Assim, a prática educativa se conectou com o cuidado, formando redes que resistem à fragmentação institucional e à naturalização da desigualdade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência desenvolvida em conjunto com os municípios de Estrela e Bom Retiro do Sul evidenciou a potência da educação permanente em saúde mental como estratégia de reconstrução comunitária em territórios afetados por desastres socioambientais.

Nos encontros, os(as) trabalhadores(as) compartilharam vivências atravessadas pelo luto coletivo, pelo esgotamento físico e emocional e pela dificuldade de exercer o cuidado estando simultaneamente imersos(as) na mesma catástrofe. Os(as) usuários(as) dos serviços relataram perdas significativas, deslocamentos forçados, insegurança alimentar e medo recorrente de novos eventos climáticos extremos.

As oficinas constituíram-se, portanto, como um lugar de reconhecimento mútuo e de produção de redes de solidariedade entre trabalhadores(as) e usuários(as). A elaboração de planos de ação locais, orientados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reafirmou a importância de práticas que transcendam o caráter emergencial e apontem para a continuidade do cuidado nos territórios.

A metodologia da "colcha de retalhos", inspirada em abordagens participativas e dialógicas (Freire, 1996; Minayo, 2008), mostrou-se particularmente eficaz ao estimular processos de reflexão coletiva, mapeamento de recursos comunitários e projeção de futuros possíveis e compartilhados. Ao valorizar a arte e o direito à memória, o percurso formativo permitiu a ressignificação de experiências dolorosas e o rompimento do silenciamento, transformando o sofrimento em narrativa compartilhada e, assim, em possibilidade de projetos coletivos.

A prática revelou que, em contextos de emergência climática, o cuidado psicossocial não pode restringir-se à resposta imediata, mas deve incorporar, de forma longitudinal e com participação social, dimensões de justiça ambiental, participação comunitária e reconstrução de vínculos sociais, elementos centrais para a efetividade do SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas evidenciam que a atenção psicossocial em desastres climáticos exige um cuidado integral, integrado e artesanal, que reconheça a complexidade dos territórios e a diversidade dos sujeitos envolvidos. Cuidar, nesse contexto, significa tanto ofertar acolhimento e suporte às pessoas diretamente atingidas pelos eventos extremos quanto sustentar o bem-estar dos trabalhadores e trabalhadoras das redes de atenção, muitas vezes também impactados pelas mesmas crises que enfrentam profissionalmente. A experiência formativa revelou o potencial das metodologias participativas, como rodas de conversa, dramatizações, colchas de retalhos e exercícios de planejamento coletivo, para criar espaços de escuta sensível, construção de vínculos e elaboração do sofrimento. Nessas práticas, emergem saberes não hegemônicos, afetos mobilizadores e narrativas que desafiam a invisibilidade institucional da dor vivida.

Ressalta-se que a justiça climática e a justiça social são indissociáveis e que o SUS precisa ser permanentemente fortalecido como um projeto de país. Para isso, a educação permanente em saúde mental, especialmente em contextos de emergência, é um caminho potente para produzir transformação, autonomia e cuidado de forma horizontal e com ampla participação.

Frente ao agravamento da crise climática e à intensificação das vulnerabilidades sociais, torna-se urgente formular e implementar políticas públicas capazes de garantir a continuidade do cuidado, a proteção da vida e a reparação territorial. O curso reforça que é possível reconstruir futuros mesmo após a destruição, desde que esse esforço seja coletivo, afetuoso e orientado por um horizonte de bem-viver solidário, no qual nenhuma vida seja considerada descartável e todo sofrimento seja digno de atenção.

Por fim, informa-se que as pessoas participantes das oficinas presenciais seguirão o percurso formativo em uma comunidade de práticas (online), com atividades síncronas e assíncronas, aprofundando temáticas, realizando atividades de multiplicação nos territórios de atuação e ampliando a participação de outros atores e instituições.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O CURSO DE ATUALIZAÇÃO "ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES SOCIOAMBIENTAIS: O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS" COM SEDE EM GUAÍBA (RS)

Manuella Melo Cezar Vilar
Marcos Silveira da Costa Santos
Maria de Fátima Bueno Fischer
Marlon Bastos Farias

RESUMO

Introdução: os eventos climáticos extremos vêm ocasionando impactos socioambientais e psicossociais que precisam ser melhor investigados, a fim de promover intervenções adequadas à realidade da população atingida. O relato de experiência surge a partir da atuação de três facilitadores e um membro da organização de uma oficina que acontece em Guaíba (RS), pertencente ao projeto "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas", criado após o episódio da enchente histórica ocorrida no estado do Rio Grande do Sul, em 2024. **Objetivo**: desenvolver um programa que contemple ações de formação, promoção, prevenção e cuidado em saúde mental voltadas aos trabalhadores, gestores e usuários afetados pelas enchentes de 2024. **Metodologia**: o projeto utiliza a metodologia ativa e a valorização do saber local para a construção coletiva de estratégias. **Resultados e discussão**: destacam-se como resultados parciais encontrados ao longo dos primeiros encontros, além da troca de conhecimentos, a partilha das vivências, emoções, desafios, dificuldades e experiências de superação, bem como a criação de um plano de ação local com base no contexto e nas especificidades dos participantes. **Conclusões**: a experiência tem permitido ouvir e conhecer as peculiaridades do grupo, oportunizando a elaboração do plano de ação de forma significativa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Psicossocial. Desastres Socioambientais. Cuidados integrados.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, os eventos climáticos tornaram-se uma temática de alta relevância para a civilização mundial. Crescentes episódios de desastres climáticos têm prejudicado a vida de milhares de pessoas e comunidades. Nesse sentido, os cuidados integrados, as redes de atenção à saúde e a participação social têm intensificado suas ações, principalmente diante desse cenário preocupante, intervindo nas emergências climáticas.

No Brasil, as inundações repentinas têm se tornado o tipo de desastre natural mais recorrente. Entre os episódios recentes de enchentes e chuvas extremas, merece destaque a tragédia que ocorreu no estado do Rio Grande do Sul, em maio de 2024, devido à sua magnitude, com chuvas que acumularam o equivalente a três meses em apenas duas semanas (cerca de 420 mm), impactando 2,3 milhões de pessoas e deixando 640 mil sem suas casas (Clarke *et al.*, 2024), o que resultou no maior desastre natural da história do território gaúcho.

Com um olhar sensível e de cuidado integrado, nasce um projeto encantador por meio de uma instância deliberativa, pois não ajudamos a edificar casas ou bairros; ajudamos a remendar objetivos de vida e a construir desejos para a estruturação de sonhos (Noal, 2024).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O projeto "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas" é resultado da cooperação entre o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD), da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde (MS), e o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (NUSMAD) da Fiocruz Brasília, em parceria com a Coordenação da Política Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Sua finalidade é acolher e capacitar trabalhadores, gestores e usuários das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e das redes intersetoriais atingidos pelos desastres socioambientais de 2024. Tem como meta 1 acolher e escutar 1.600 pessoas e comunidades atingidas pelo desastre socioambiental no Rio Grande do Sul e, como meta 2, formar e capacitar 1.600 pessoas e comunidades em atenção psicossocial em situações de emergência em saúde pública.

O curso ocorre em duas etapas, sendo a primeira realizada por meio de oficinas presenciais, com duração de 40 horas, e a segunda, por meio de uma comunidade virtual, com duração de 80 horas. As oficinas são descentralizadas e ocorrem paralelamente, de junho a setembro, em 48 cidades, atingindo 136 municípios, com um total de 150 facilitadores, os quais receberam capacitação semipresencial entre maio e junho para atuarem no projeto. Entre eles, há 100 profissionais e 50 usuários dos serviços de saúde, sendo ofertadas 30 vagas em cada sede.

OBJETIVO

O objetivo geral do projeto é desenvolver um programa que contemple ações de formação, promoção, prevenção e cuidado em saúde mental voltadas a trabalhadores, gestores e usuários afetados pelas enchentes de 2024. Tem como objetivos específicos proporcionar cuidado aos trabalhadores, gestores e usuários atingidos pelo desastre socioambiental; formar multiplicadores em atenção psicossocial em desastres socioambientais; desenvolver novas tecnologias de cuidado no contexto das mudanças climáticas e da justiça ambiental; e oferecer uma comunidade de práticas.

MÉTODO

A organização didática da primeira fase do curso ocorre por meio de estratégias de metodologia ativa e de incentivo ao protagonismo e à validação dos atores locais.

O foco da formação é o desenvolvimento de estratégias pedagógicas que visam promover o saber comunitário como forma de estruturação do conhecimento, promoção do protagonismo e da autonomia dos cursistas.

Os temas propostos para a formação são desenvolvidos em forma de debate, buscando engajamento, interação e cooperação entre os participantes, além da consolidação de um raciocínio crítico e comunitário, assim como do protagonismo na resolução de problemas.

As estratégias de metodologia ativa utilizadas são: a construção de narrativas sobre os temas propostos; a problematização de situações para identificar, analisar e resolver questões reais; rodas de conversa e discussão, nas quais as pessoas trazem seus conhecimentos prévios e uma nova construção do tema é proposta a partir de uma abordagem grupal; dinâmicas de grupo, uso de expressões artísticas diversas, pintura, música, escrita, teatro e simulações que permitem a expressão das realidades vivenciadas; e estudos de caso.

Calendário, local e população participante

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Os encontros da oficina presencial com sede no município de Guaíba foram divididos em cinco sessões, que acontecem desde julho, com previsão de término em setembro de 2025, conforme calendário divulgado durante o período das inscrições. O espaço utilizado para a realização da formação é o miniauditório da Escola de Gestão, situado na Prefeitura Municipal de Guaíba, localizada na Avenida Nestor de Moura Jardim, 111, Centro, Guaíba (RS).

O grupo de participantes é composto por 28 pessoas inscritas, todas maiores de idade, sendo oito homens e 20 mulheres, que atuam como psicólogos, enfermeiros, fiscais ambientais, auxiliares administrativos, assistentes sociais, pedagogos, administradores, orientadores educacionais e agricultores. Os municípios convidados contemplados pelas vagas destinadas a esses profissionais são: Arambaré, Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul, Guaíba e Tapes, todos afetados pela enchente que atingiu o estado gaúcho em 2024.

As etapas desenvolvidas com o grupo

1º Encontro

No dia 28/7, foi realizado o primeiro encontro da oficina em Guaíba. Inicialmente, o grupo foi recebido e acolhido pelos facilitadores e pela equipe técnica responsável pelo espaço da Escola de Gestão. Em seguida, a secretária municipal de Saúde de Guaíba fez uso da palavra, deu as boas-vindas, mencionou a realidade da tragédia ocorrida no ano anterior, apontando os desafios encontrados pelo município e a volta por cima após o desastre, diante dos prejuízos enfrentados pela comunidade local. Após, um dos facilitadores fez uma apresentação musical com um repertório selecionado de músicas gaúchas tradicionais para receber o público.

Na sequência, os facilitadores fizeram uma breve apresentação pessoal e profissional ao grande grupo. Foram retomados com o grupo o calendário dos encontros, os horários e a frequência exigida no curso. Em seguida, foi apresentada, em PowerPoint, a proposta completa do projeto. Após, foi trabalhada a dinâmica coletiva de costura da colcha de retalhos, a partir do tema norteador "Nossa história: o desastre em foco", enquanto os participantes respondiam: "Quem sou eu? Qual é o meu território? Qual é a minha história nas enchentes? O que busco aqui? O que trago comigo?". Assim, foram finalizadas as atividades no turno da manhã.

No turno vespertino, os representantes se reuniram por município para discutir a realidade que cada cidade enfrentou no desastre da enchente de 2024, a partir da análise de risco e do diagnóstico, considerando os riscos ambientais, sociais, culturais e psicológicos, bem como as populações vulneráveis, os grupos específicos, as faixas etárias e a relação da população com o meio ambiente. Após, os grupos apresentaram suas considerações. Por fim, o primeiro encontro encerrou-se com o início da elaboração do plano de ação, a partir do conteúdo abordado.

2º Encontro

No dia 11/8, o segundo encontro foi iniciado com a participação de uma educadora inscrita no curso, que compartilhou a sua história na enchente, quando teve sua morada completamente alagada no período da cheia dos rios. Após retratar suas dores, sentimentos e vivência no cenário do desastre, ela leu um trecho do livro "Versos no caos", obra da qual foi uma das autoras. Após, o grupo realizou uma sequência de alongamentos corporais, guiados por um facilitador, para que, diante do frio, todos pudessem aquecer o corpo e o coração com a presença iluminada do sol, que ajudou a esquentar ainda mais o encontro.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Em seguida, foram trabalhadas as temáticas "Saúde mental" e "Luta antimanicomial". Para introduzir o assunto, um dos facilitadores apresentou ao grande grupo sua longa trajetória como usuário dos serviços de saúde, citou alguns grupos dos quais faz parte, como, por exemplo, o "Nau da Liberdade", que é um grupo autônomo situado em Porto Alegre, bem como sua participação em eventos como o "Mental Tchê", que teve a sua 20ª edição realizada em maio de 2025, na cidade de São Lourenço do Sul.

Após a partilha, os participantes foram convidados a debater em um grande círculo sobre as seguintes questões norteadoras: "O que é saúde mental? O que é saúde mental individual e coletiva? O que é saúde mental em desastres socioambientais? Quais são as vulnerabilidades da saúde mental em desastres socioambientais?". Em seguida, também foi discutida, na roda de conversa, a luta antimanicomial a partir da perspectiva dos desastres socioambientais.

Na sequência, os participantes foram divididos em cinco grupos mistos para discussão e abordagem dos seguintes princípios basilares da Reforma Psiquiátrica: 1) desinstitucionalização; 2) defesa dos direitos humanos; 3) reabilitação psicossocial; 4) rede de atenção psicossocial substitutiva aos hospitais psiquiátricos; e 5) Rede de Atenção Psicossocial. Após o debate, cada grupo apresentou suas considerações e, assim, o encontro da manhã foi finalizado.

À tarde, cada município se reuniu para responder a um exercício de planejamento no contexto das emergências e dos desastres, a partir de estratégias criativas de mapeamento e análise situacional sobre os territórios de atuação, com o objetivo de criar cuidado no caminho das águas, conforme proposto pela psicóloga e doutora em saúde coletiva Károl Veiga Cabral. Após, os grupos apresentaram suas considerações. Por fim, as principais ideias foram inseridas no plano de ação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados parciais identificados ao longo dos primeiros encontros incluem, além da troca de conhecimentos e da partilha de vivências, emoções, desafios, dificuldades e experiências de superação, a criação de um plano de ação local com base no contexto e nas especificidades do grupo, bem como a produção de memórias, vídeos e construções coletivas, mediadas pela arte e pela cultura. A experiência tem permitido ouvir e conhecer as peculiaridades do grupo, oportunizando a elaboração do plano de ação de forma significativa. Os dados na íntegra serão discutidos à luz da literatura atual sobre o tema, que vem apontando para a importância de se realizar análise de risco, diagnóstico, preparação, fortalecimento da rede, resposta, priorização e recuperação em contextos de desastres naturais, considerando seus impactos psicossociais.

REFERÊNCIAS

CLARKE, B. *et al.* **Climate change, El Niño and infrastructure failures behind massive floods in southern Brazil**. London: Centre for Environmental Policy, 2024. Disponível em: https://noticias.paginas.ufsc.br/files/2024/06/Scientific-report-Brazil-RS-floods.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial em desastres**. Apresentação de D. Noal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 1 vídeo. (Emergências em Foco, episódio 1). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/coes/chuvas-intensas-e-inundacoes-no-sul/orientacoes. Acesso em: 17 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GARANTIA DO CUIDADO EM TEMPOS DE CRISE CLIMÁTICA: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Cristina Nunes Viana
Ilva Inês Rigo
Mauro Binz Kalil
Renata Müller Guarani Husch

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas intensificam a ocorrência de desastres naturais, com impactos diretos sobre a saúde, sobretudo em pessoas com doenças crônicas respiratórias. Em 2024, o Rio Grande do Sul enfrentou a maior catástrofe climática de sua história, com enchentes que afetaram hospitais, unidades de saúde e milhares de residências. Nesse contexto, garantir a continuidade do cuidado em domicílio tornou-se um desafio crítico. O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre demonstrou-se essencial ao assegurar assistência a usuários dependentes de oxigenoterapia, evitando descompensações clínicas e internações desnecessárias.

OBJETIVO

Relatar os desafios enfrentados e as estratégias adotadas pelo Programa de Oxigenoterapia Domiciliar durante a crise climática de 2024, ressaltando a relevância da gestão em enfermagem e da articulação intersetorial para a manutenção da assistência.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, configurado como relato de experiência institucional. Foram utilizados registros administrativos do POD e entrevistas com a equipe multiprofissional. A análise contemplou três eixos: perfil dos usuários e equipamentos em uso; estratégias emergenciais de reorganização; e resultados obtidos na continuidade da assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da enchente, o POD possuía 894 usuários ativos, em uso de diferentes equipamentos: concentradores de oxigênio, dispositivos de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ventiladores binível e ventiladores mecânicos de suporte à vida. As enchentes provocaram danos severos à infraestrutura urbana, inviabilizando o acesso a residências, suspendendo o fornecimento de energia elétrica e obrigando a evacuação da sede física do programa.

Para enfrentar esses desafios, a equipe implementou medidas emergenciais: atualização cadastral

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e georreferenciamento dos usuários; reorganização de rotas de entrega e manutenção de equipamentos; articulação com a Defesa Civil, fornecedores e a rede intersetorial; além da adoção do trabalho remoto, com uso intensivo de telefone, e-mail e aplicativos de mensagens. A empresa responsável pela distribuição dos equipamentos também atuou como canal de comunicação com os usuários, garantindo suporte contínuo, inclusive em áreas alagadas.

Situações de maior complexidade exigiram resgates em parceria com a Defesa Civil, como no caso de um paciente de 96 anos, usuário de oxigenoterapia, que precisou ser removido por helicóptero após a perda de acesso terrestre. Usuários dependentes de ventilação mecânica foram monitorados pelo Programa Melhor em Casa, por meio de visitas domiciliares e telemonitoramento, o que evitou hospitalizações e reduziu a sobrecarga sobre os serviços de urgência.

Os resultados evidenciaram a eficácia das estratégias adotadas: a continuidade da oxigenoterapia foi assegurada para 100% dos usuários, mesmo em condições adversas. A experiência demonstrou a resiliência da equipe técnica, a importância da comunicação efetiva e o papel central da enfermagem na gestão de crises. Contudo, foram identificadas fragilidades, como a ausência de treinamentos específicos em desastres e a fragmentação entre os níveis de atenção, que dificultaram a coordenação plena das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do POD durante a catástrofe climática em Porto Alegre evidencia a importância da preparação e da gestão qualificada na atenção domiciliar. A capacidade de adaptação rápida, aliada ao trabalho articulado com diferentes setores, garantiu a continuidade do cuidado e contribuiu para preservar vidas. A experiência reforça a necessidade de planos de contingência estruturados, maior integração intersetorial e investimento em capacitação contínua das equipes de saúde e de enfermagem.

Assim, o POD consolidou-se não apenas como um serviço assistencial, mas como um dispositivo estratégico na resposta a emergências climáticas, reafirmando o compromisso do SUS com a proteção da vida, a equidade e a sustentabilidade em saúde.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Oxigenoterapia domiciliar**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://sites.google.com/view/bvsapspoa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar/oxigenoterapia-domiciliar. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-56, 6 nov. 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 18 ago. 2025.

CASTELLANO, M. V. C. de O. *et al.* Brazilian Thoracic Association recommendations for long-term home oxygen therapy. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 48, n. 5, e20220179, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fwRszYw8csHHp5xsqHqJPvP/. Acesso em: 18 ago. 2025.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **The future of nursing 2020–2030: charting a path to achieve health equity**. Washington, DC: The National Academies Press, 2021. Disponível em: https://www.nationalacademies.org/read/25982. Acesso em: 18 ago. 2025.

SAMI, R. *et al.* Effect of long-term oxygen therapy on reducing rehospitalization of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. **Pulmonary Therapy**, v. 9, n. 2, p. 255-270, 2023. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s41030-023-00221-3. Acesso em: 18 ago. 2025.

TAS, F.; CAKIR, M. Nurses' knowledge levels and preparedness for disasters: a systematic review. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, v. 80, 103230, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212420922004496. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS: REFLEXÕES SOBRE OS TERRITÓRIOS ATINGIDOS PELA ENCHENTE DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL

Raquel Moreira Wazlawosky
Jaqueline Tavares de Assis
Luiz Alberto dos Santos Ferreira
Nilson Lira Lopes

INTRODUÇÃO

As enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul configuraram-se como uma das maiores catástrofes socioambientais da história recente do Brasil, deixando marcas profundas na vida, nos territórios e na saúde mental da população atingida. Este trabalho discute a relação entre território, saúde mental e justiça ambiental a partir da experiência do curso "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas", desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz e atores locais. A iniciativa tem como propósito fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) diante das emergências climáticas, valorizando os territórios e as vozes das comunidades. Para tanto, analisa-se a centralidade do território na produção de saúde, os impactos psicossociais das enchentes e os desafios para a construção de políticas públicas que enfrentem as desigualdades estruturais evidenciadas pela crise climática.

OBJETIVOS

O presente estudo busca:

1. Analisar a experiência do curso "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas" como proposta de formação e cuidado em saúde mental voltada a gestores, trabalhadores e comunidades;
2. Evidenciar os impactos psicossociais das inundações a partir da perspectiva dos territórios atingidos;
3. Discutir a interface entre saúde mental, território e justiça ambiental no enfrentamento de desastres socioambientais.

METODOLOGIA

O curso foi implementado em 136 municípios atingidos, agrupados em 48 polos regionais, utilizando metodologias ativas e o protagonismo de atores locais. A proposta se estrutura em duas etapas: a primeira, presencial, com oficinas de 40 horas; e a segunda, virtual, com 80 horas desenvolvidas em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A metodologia busca integrar teoria e prática, promovendo espaços de escuta, acolhimento e construção coletiva de estratégias de cuidado.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território, na perspectiva da saúde coletiva, é entendido não apenas como espaço geográfico, mas como lugar de pertencimento, de construção de vínculos, memórias e identidades (Santos, 2006). Quando esse território é devastado por desastres socioambientais, como os ocorridos durante as enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul, a experiência de perda extrapola o material, atingindo dimensões simbólicas, afetivas e coletivas. Tal contexto impõe a necessidade de repensar o cuidado em saúde, especialmente no campo da saúde mental, que se vê desafiado a lidar com traumas coletivos, deslocamentos forçados e rupturas comunitárias (Minayo, 2021).

As emergências climáticas não podem ser compreendidas apenas como fenômenos naturais, mas como expressão de um modelo de desenvolvimento baseado na exploração predatória dos recursos ambientais e na desigualdade social (Acselrad, 2010). No caso das enchentes gaúchas, observa-se como populações mais vulneráveis, como moradores de periferias urbanas, comunidades indígenas e quilombolas, foram desproporcionalmente afetadas, evidenciando práticas de racismo ambiental (Bullard, 2005). Diante disso, discutir saúde mental no contexto da crise climática implica também abordar a justiça ambiental, compreendida como a distribuição equitativa de riscos e benefícios ambientais entre diferentes grupos sociais.

As enchentes de 2024 atingiram fortemente regiões banhadas por corpos hídricos estratégicos, como o Guaíba, os rios Taquari, Jacuí, Sinos e Caí, além da Lagoa dos Patos, afetando a agricultura, o abastecimento e a identidade cultural. As águas, antes símbolo de vida, tornaram-se veículo de destruição, deixando milhares de desabrigados e desalojados. Nessas circunstâncias, observa-se que os impactos não são homogêneos: populações em áreas de várzea, ocupações precárias e comunidades tradicionais sofreram de forma mais intensa, muitas vezes sem assistência imediata do Estado.

Esse padrão confirma a literatura que aponta que os desastres naturais, em sociedades desiguais, acentuam vulnerabilidades já existentes (Porto; Pacheco, 2017). A categoria de racismo ambiental torna-se central para compreender como determinados grupos, como indígenas, quilombolas e moradores periféricos, são desproporcionalmente expostos a riscos ambientais e têm menor acesso a recursos de recuperação (Bullard, 2005; Acselrad, 2010).

A resposta às enchentes envolveu múltiplos atores, como a Defesa Civil, os serviços públicos de saúde, a assistência social e a sociedade civil, mas também evidenciou lacunas no cuidado, especialmente no suporte psicossocial. O curso "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas" demonstrou potencial para articular redes locais, fortalecer vínculos comunitários e promover espaços de escuta, reconhecendo que os trabalhadores da saúde também foram atingidos e necessitam de cuidado (Minayo, 2021).

Além disso, a experiência reforça que a saúde mental e o cuidado psicossocial não podem ser vistos como dimensões secundárias em emergências, mas como componentes centrais de políticas de enfrentamento da crise climática. Isso se alinha à perspectiva da Organização Mundial da Saúde, que recomenda integrar a saúde mental nas respostas a desastres (WHO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise climática exige repensar modos de vida, produção e relação com a natureza. No contexto brasileiro, é fundamental que as políticas públicas incorporem a saúde mental como eixo estratégico no enfrentamento de emergências ambientais, considerando os territórios e suas particularidades culturais.

A experiência do curso "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas" mostra que processos de reconstrução não devem se limitar às estruturas físicas, mas também abarcar

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

a dignidade, os vínculos e a esperança coletiva. Escutar e incluir as comunidades nos processos decisórios é condição indispensável para a justiça ambiental e para a efetividade das ações de saúde.

Assim, cuidar no caminho das águas é também um exercício de resistência, solidariedade e reinvenção da vida em meio às ruínas deixadas pelas enchentes, reafirmando a centralidade do território na produção da saúde e da cidadania.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H. Justiça ambiental e construção social do risco. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, n. 5, p. 49-60, jan./jun. 2002. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/made/article/view/22116. Acesso em: 17 ago. 2025.

BULLARD, R. D. (ed.). **The quest for environmental justice**: human rights and the politics of pollution. San Francisco: Sierra Club Books, 2005. 393 p. Disponível em: https://books.google.com/books/about/The_Quest_for_Environmental_Justice.html?id=Gc7tAAAAMAAJ. Acesso em: 17 ago. 2025.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PORTO, M. F.; PACHECO, T. Conflitos e injustiça ambiental em saúde no Brasil. **Tempus: Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 26-37, 2009. Disponível em: https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/742. Acesso em: 17 ago. 2025.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006. 384 p. (Coleção Milton Santos, 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health in emergencies**: mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: https://iris.who.int/items/30b550af-01c2-4dca-9496-1664c41037f7. Acesso em: 17 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AS REPERCUSSÕES DA CRISE CLIMÁTICA NA SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E CAMINHOS PARA UM SUS RESILIENTE

Geraldo de Freitas de Souza Junior
Bruna Rodrigues Bosse
Ariel Siqueira Lemo
Antoni Henrique Silva Koboldt

Introdução: nas últimas décadas, observou-se um expressivo movimento em prol do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável. Contudo, os impactos da degradação ambiental já começaram a afetar a qualidade de vida no planeta. As mudanças climáticas têm desencadeado eventos extremos com uma frequência e magnitude crescentes, afetando diretamente a saúde da população, sobretudo das camadas socioeconômicas mais vulneráveis. A rápida transformação ambiental tem aprofundado as iniquidades em saúde. Fenômenos ambientais extremos, como as enchentes ocorridas no estado do Rio Grande do Sul, não apenas geram impactos imediatos na saúde física e mental da população atingida, mas também ocasionam máculas persistentes, que se desdobram a médio e longo prazo. Comunidades já atravessadas por determinantes sociais da saúde encontram-se cada vez mais expostas às incertezas ambientais e a um conjunto de desfechos adversos: interrupção das atividades produtivas e precarização das condições laborais, migrações forçadas, insegurança alimentar devido ao colapso de cadeias produtivas e de abastecimento, aumento dos preços dos alimentos e maior incidência de doenças infectocontagiosas, favorecidas pela destruição de ecossistemas, pela contaminação das águas e pelo aumento do contato de seres humanos com vetores. Trata-se de um ciclo que, de maneira gradual, consolida cenários mais desiguais e amplia a vulnerabilidade de grupos populacionais que, consequentemente, se tornam mais expostos a desfechos negativos em saúde. No cenário internacional, as discussões sobre a chamada "ebulição global" têm ganhado relevância diante das crises ambientais e de seus efeitos sobre a saúde e a economia. A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992 (ECO-92), foi um marco ao consolidar o entendimento de que as ações humanas sobre o meio ambiente não produzem apenas efeitos locais, mas também repercussões globais, afetando a qualidade de vida de todas as populações. Nesse sentido, o extrativismo desenfreado, aliado ao modelo capitalista de consumo, passou a ser reconhecido como uma ameaça à vida no planeta. Desde então, intensificaram-se os esforços internacionais em prol do desenvolvimento sustentável, com a mobilização de governos, organizações não governamentais e sociedade civil para propor e firmar acordos destinados a frear a exploração predatória e orientar o crescimento econômico a partir da preservação dos ecossistemas. Apesar da crescente preocupação com o tema, a sociedade civil internacional ainda tem dificuldade de enfrentar o problema de forma sistemática. Muitos dos acordos firmados durante convenções climáticas enfrentam uma série de importantes barreiras para sua implementação, tornando o caráter de suas metas, muitas vezes, meramente simbólico. Os interesses econômicos e os *lobbies* corporativos desempenham papel decisivo nesse processo, retardando avanços ambientais em prol do lucro e do poder político. O consumo de combustíveis fósseis, principal agente do aquecimento global, ilustra essa realidade: estudos indicam que a indústria do petróleo atua, desde a década de 1960, para atrasar a transição energética, comprometendo a mitigação dos efeitos climáticos. **Materiais e métodos**: ensaio teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura científica nacional e internacional. A argumentação articula dados de relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), artigos sobre saúde planetária, políticas do SUS e análises críticas do evento climático no

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Rio Grande do Sul. A abordagem consiste na análise crítica e na proposição de recomendações a partir da intersecção dos eixos: emergências climáticas, resiliência de sistemas de saúde e sustentabilidade na saúde. **Resultados**: desastres e emergências de grande escala estão deixando de ser pontuais e passando a ser rotineiros no cenário global e nacional. Suas naturezas são diversificadas, incluindo grandes pandemias, conflitos armados e eventos climáticos extremos e interconectados. Esse cenário impõe aos sistemas de saúde um fardo sem precedentes, sendo imprescindível a mobilização da sociedade em torno da construção de caminhos para a prevenção e a mitigação desses eventos. A catástrofe socioambiental vivenciada no Rio Grande do Sul em maio de 2024 é um exemplo dessa nova realidade no contexto brasileiro, atuando como um evento-sentinela para o SUS. Este desastre expôs, de maneira brutal, como as transformações ambientais advindas da ação humana afetam múltiplos setores da sociedade e, ao mesmo tempo, a saúde da população. Os danos foram além dos efeitos diretos, como trauma e morte por afogamento, pois potencializaram as desigualdades sociais históricas. Grupos vulnerabilizados, como idosos, gestantes, crianças, populações de baixa renda e povos indígenas, situados com frequência em áreas de maior risco e menos adaptadas, foram desproporcionalmente afetados, ilustrando o conceito de injustiça climática. Além do impacto sobre os indivíduos, o próprio sistema de saúde sofreu danos em sua capacidade estrutural. Estima-se que aproximadamente 3.000 estabelecimentos de saúde, entre unidades básicas de saúde, hospitais e farmácias, foram danificados pelas inundações, desarticulando as redes de cuidado e interrompendo o acompanhamento de doentes crônicos. Essa desestruturação da rede assistencial traz uma consequência invisível, mas relevante: uma possível subnotificação significativa de agravos. Desfechos como transtornos de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e depressão, bem como a descompensação de doenças preexistentes, podem estar sendo subdimensionados, encobrindo a magnitude real da crise sanitária e da crise de saúde mental subsequente. Por mais que muitos dos desastres emergenciais em saúde pública possam ser evitados, estes continuam suscetíveis de acontecer em qualquer lugar e a qualquer momento. Todavia, os impactos causados podem ser mitigados com a utilização de medidas apropriadas nas quatro etapas de manejo de desastres, que são a mitigação, a prevenção, a resposta e a recuperação. Para isso, há uma clara necessidade de colaboração e coordenação não apenas entre vários agentes de diferentes estados e nações, mas também entre diferentes setores da comunidade para a obtenção de respostas equitativas e eficientes, integrando o cuidado em saúde e as questões econômicas e socioculturais. Desse modo, faz-se necessária uma governança adaptativa e um aprendizado organizacional com vistas a superar a falácia de implementação, a qual se baseia na presunção de que apenas a existência de planos de contingência, e não de capacidade e habilidade testadas, é sinônimo de adaptação do sistema para responder a disrupções críticas. Ao contrário, a resiliência efetiva evidencia-se na capacidade e na habilidade de apresentar respostas testadas e avaliadas por meio de simulações, treinamentos e exercícios práticos. **Considerações finais**: a emergência climática deixou de ser uma projeção futura e se tornou uma realidade já consumada, que estabelece desafios imediatos e estruturais para o SUS. Não cabe mais pensar em "se" haverá novos desastres, mas em "quando" estes acontecerão e como as entidades governamentais estão se preparando para enfrentá-los. O cenário catastrófico vivenciado pelo Rio Grande do Sul configurou apenas um retrato dos fenômenos extremos e cada vez mais frequentes que vêm acontecendo em escala global, desestruturando a capacidade dos sistemas de saúde, a organização social e a segurança coletiva. Nesse contexto, mais importante do que elaborar planos de contingência bem escritos é vencer a falácia da implementação e construir resiliência na prática. Para isso, requer-se governança adaptativa, preparo constante, integração entre setores, participação social ativa e um SUS fortalecido e adaptado às novas demandas impostas pela crise climática. Mais do que uma crise ambiental, a emergência climática é uma crise de saúde pública e de justiça social. Trata-se de um chamado para repensar os modos de viver, produzir e consumir, reconhecendo que a inércia só aprofundará as desigualdades existentes. A urgência climática convoca à ação concreta para a construção de respostas coletivas, intersetoriais e efetivas, capazes de proteger vidas, reduzir vulnerabilidades e assegurar a equidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DO ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS E EXAMES AMBULATORIAIS: UMA ANÁLISE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SANTA MARIA (RS)

Introdução: o termo "absenteísmo" é amplamente utilizado na gestão de pessoas para designar a ausência do trabalhador em seu local de atuação (Oliveira *et al.*, 2023). No campo da saúde, o conceito abrange o não comparecimento do usuário a consultas ou exames previamente agendados (Martins *et al.*, 2023; Vaz, 2018), caracterizando um dos principais desafios para a eficiência e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (Beltrame *et al.*, 2019). Trata-se de um fenômeno complexo, que gera desperdício de recursos públicos, compromete a organização dos serviços e reduz a qualidade da atenção à saúde. Fatores relacionados ao processo de trabalho das unidades, como o longo tempo de espera entre o agendamento e a consulta e as falhas na comunicação com o usuário sobre a data do atendimento, são apontados como causas diretas do absenteísmo, exigindo um acompanhamento mais próximo do paciente para mitigar o problema (Costa; Duarte; Vaghetti, 2018). No município de Santa Maria, região central do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, essa problemática se manifesta de forma contundente, impactando a capacidade de atendimento da rede ambulatorial e hospitalar (Martins *et al.*, 2023; Vaz, 2018). Cada ausência representa uma vaga ociosa que quebra a continuidade assistencial e impede o acesso de outro usuário, retroalimentando as filas de espera e gerando um ciclo de ineficiência sistêmica. Além disso, fatores externos como eventos climáticos, como as enchentes ocorridas no RS em 2024, podem agravar o absenteísmo em consultas e exames, visto que comprometem o transporte, a infraestrutura das unidades e a organização dos serviços de saúde (Fiocruz, 2024). Assim, compreender a dimensão desse problema constitui o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias de gestão mais eficazes e para a promoção do uso consciente e responsável dos serviços de saúde. **Objetivos**: o presente estudo tem como objetivo principal analisar os impactos econômicos e sociais decorrentes do absenteísmo de pacientes em consultas e exames na rede de atenção ambulatorial do SUS no município de Santa Maria (RS). Especificamente, busca-se: sistematizar o prejuízo financeiro direto causado pelas ausências em serviços de saúde locais, com base em dados de estudos já realizados; e descrever as principais consequências sociais do absenteísmo, com foco no seu efeito sobre as filas de espera, a continuidade do cuidado e o acesso da população aos serviços de saúde. **Metodologia**: trata-se de um estudo de revisão e análise documental, de caráter descritivo e exploratório (Gil, 2002). A metodologia baseou-se no levantamento de dados secundários provenientes de artigos científicos publicados em periódicos nacionais, dissertações e relatórios de gestão disponíveis em bases de dados acadêmicas. Foram selecionadas publicações que abordam especificamente o cenário de Santa Maria (RS), incluindo uma análise financeira do absenteísmo em consultas médicas especializadas entre 2016 e 2021 e um estudo de caso sobre o custo econômico do absenteísmo em um ambulatório de atenção psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A análise do impacto social foi realizada de forma qualitativa, correlacionando os dados quantitativos de ausências com os efeitos sobre a gestão da rede de saúde documentados na literatura. **Resultados**: a análise econômica revelou um prejuízo financeiro substancial e documentado. Um estudo (Martins, 2023) apontou uma perda de receita de R$ 146.590,00 em um período de seis anos, apenas nas consultas especializadas do município, com taxa média anual de ausência de 9,4%. Em determinadas especialidades, como a dermatologia, essa taxa alcançou alarmantes 20,7%. Outra pesquisa (Vaz, 2018), realizada no HUSM, estimou o custo do absenteísmo em

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

um único ambulatório em aproximadamente R$ 396.000,00 por ano, elevando o custo médio por paciente atendido de R$ 202,92 para R$ 252,95. No âmbito social, os resultados indicam que o absenteísmo é um fator direto no prolongamento das filas de espera, pois cada falta representa uma vaga ociosa que não pode ser remanejada em tempo hábil, acarretando, assim, atrasos nos diagnósticos e tratamentos, com potencial de agravamento de quadros clínicos. Observa-se, também, a fragmentação do cuidado, principalmente para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que perdem consultas de acompanhamento, e a desorganização dos fluxos de trabalho das equipes de saúde, resultando em ineficiência e desmotivação profissional. **Conclusão**: o absenteísmo no SUS transcende a mera ausência do paciente, configurando-se como um grave problema de gestão e saúde pública com profundas implicações socioeconômicas. O desperdício de recursos financeiros e o prejuízo social do aumento das filas ferem os princípios de equidade e integralidade do SUS. Conclui-se que a redução deste problema é urgente e requer estratégias diversificadas. Estas devem incluir a otimização dos sistemas de agendamento por meio de tecnologias da informação e comunicação, seguindo o exemplo de municípios da região, como Agudo (RS), que disponibiliza canais por meio do site oficial e do WhatsApp para facilitar a confirmação e o cancelamento de procedimentos (Prefeitura Municipal de Agudo, 2024). Tais iniciativas, aliadas ao desenvolvimento de campanhas de conscientização e, fundamentalmente, ao fortalecimento do vínculo entre as equipes de saúde e a comunidade, são essenciais para garantir um sistema de saúde mais justo, resiliente e eficiente para todos.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, S. M.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS, M. A. B. dos; SANTOS NETO, E. T. dos. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, out./dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/. Acesso em: 5 ago. 2025.

OLIVEIRA, D. F. de *et al.* As causas do absenteísmo na atividade laboral: revisão sistemática. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 8, p. 9048–9066, 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1194. Acesso em: 5 ago. 2025.

JACOBI, E. R. T. *et al.* Valores financeiros que deixaram de ser repassados ao município de Santa Maria (RS) em razão do absenteísmo de pacientes em consultas médicas especializadas de 2016 a 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 5, e74064, 2024. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/74064. Acesso em: 5 ago. 2025.

OLIVEIRA, F. V. de. **Análise do custo econômico do absenteísmo de consultas no Ambulatório de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário de Santa Maria**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações Públicas) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019.

COSTA, C. F. S. da; DUARTE, P. M.; VAGHETTI, H. H. Absenteísmo em consultas especializadas referenciadas por unidade básica saúde da família: estudo de caso. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 44, n. 1, p. 1-10, jan./abr. 2018. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20922. Acesso em: 5 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Observatório de Clima e Saúde. **As inundações no Rio Grande do Sul**: impactos imediatos e suas possíveis consequências sobre a saúde da população. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024. (Nota técnica, 1). Disponível em: https://climaesaude.icict.fiocruz.br/sites/climaesaude.icict.fiocruz.br/files/Inundacoes_no_Rio_Grande_do_Sul_e_a_saude.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri, SP: Atlas, 2022.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DOS MUNICÍPIOS DE CHARQUEADAS E MINAS DO LEÃO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL

Mikael Leote de Oliveira
Pedro Henrique do Amaral Janoski
Fábio Caldana
Rosangela Dornelles

Apresentação/Introdução: trata-se de um estudo descritivo, fundamentado em uma exploração dos dados constantes nos sites oficiais dos municípios de Charqueadas e Minas do Leão, na Região Carbonífera do Rio Grande do Sul. Este estudo foi desenvolvido pelos alunos de graduação da Faculdade Ulbra Medicina São Jerônimo, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade I, para composição do argumento avaliativo. O presente trabalho concentrou-se na verificação da transparência das informações, de sua facilidade de acesso e da disponibilidade de conteúdos relacionados à saúde pública municipal de Charqueadas e Minas do Leão, por meio do acesso direto aos sites pelos pesquisadores. **Objetivos:** avaliar a presença ou a ausência de informações direcionadas à população nos sites oficiais dos municípios avaliados. Avaliar a qualidade das informações prestadas pelos municípios à população em sites e/ou redes sociais municipais. **Metodologia**: a coleta de dados foi realizada por meio do acesso aos sites das prefeituras municipais. O instrumento de pesquisa foi composto por 18 indicadores de caráter dicotômico (presença ou ausência), com o objetivo de avaliar a presença, a qualidade e a atualização das informações, assim como os demais critérios relacionados à área da saúde. Os indicadores foram os seguintes: o site está atualizado; o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está visível; há o símbolo do SUS; está especificada a função da política de privacidade; há comunicação com as unidades; há informações sobre saúde na página principal (SUS); o site tem janela específica para a saúde; há clareza nas informações sobre a Secretaria de Saúde (endereço, telefone, e-mail, horário de atendimento e cargos com nomes dos responsáveis); existe uma janela no site para o Conselho Municipal de Saúde (individual ou específica); há janela para notícias diárias sobre a saúde do município; existe um espaço específico para a legislação própria da saúde do município; existe um espaço específico para outras legislações da saúde; há informação sobre estruturas de saúde; há espaço específico para divulgação de programas municipais; há redes sociais específicas para divulgações da área da saúde; as informações das redes sociais estão atualizadas; existe serviço online disponível para a área da saúde; e existe um canal de comunicação direta com o cidadão especificamente para a saúde. As variáveis foram avaliadas em formato quantitativo binário (presente/ausente) ou qualitativo, conforme a aplicabilidade das informações propostas. Foram considerados apenas os sites oficiais de instituições propriamente vinculadas à administração pública municipal vigente nos municípios de Charqueadas e Minas do Leão. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica para análise. Foi verificada a presença ou a ausência dos indicadores em cada município. Foram discutidas as lacunas de informação, as boas práticas de comunicação e a divulgação digital na área da saúde. O estudo utilizou, exclusivamente, dados disponibilizados em sites oficiais, não envolvendo sujeitos humanos ou informações pessoais sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, dessa forma, dispensando a necessidade de aprovação por um Comitê

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão**: foram evidenciados dez indicadores presentes nos sites do município de Charqueadas, enquanto oito indicadores estavam presentes no município de Minas do Leão (as informações estavam disponíveis apenas nas redes sociais Facebook e Instagram das Secretarias Municipais de Saúde). **Considerações finais**: os dados demonstram que os municípios precisam avançar na divulgação de suas informações à população. Também se nota a necessidade de aprimorar a qualidade das informações fornecidas pelos órgãos gestores municipais de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A TECITURA DOS AFLUENTES QUE DESAGUAM EM NÓS, OCEANOS DA RESILIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Elisa Helena Grumann
Gerônimo Paludo
Milena Leal Pacheco

Este resumo refere-se a três das cinco oficinas presenciais que estão sendo realizadas entre agosto e setembro em uma das regiões (Região 21) contempladas pelo Curso de Atualização "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado centrado nas pessoas pelos caminhos das águas". A Região 21 inclui as cidades de Arroio do Tigre, Ibarama, Passa Sete, Segredo e Sobradinho. O projeto é resultado da cooperação entre o Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, e o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Fiocruz Brasília, em parceria com a Coordenação da Política Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul e o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

O projeto visa escutar e acolher, bem como formar e capacitar, aproximadamente 1.600 participantes em 136 municípios gaúchos afetados por desastres socioambientais e tem como objetivos principais: acolher usuários, trabalhadores e gestores afetados pelo desastre socioambiental, validar experiências e apoiar na reconstrução do cuidado e de laços comunitários; fortalecer redes de cooperação entre os municípios por meio da troca de experiências e saberes; reforçar princípios e conceitos básicos da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica; desenvolver estratégias de atenção psicossocial e apoiar o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado em saúde mental em desastres socioambientais.

O curso terá duas etapas. A primeira tem carga horária de 40 horas, divididas em cinco dias de oficinas, construídas com o uso de metodologias ativas. Adota-se essa metodologia para valorizar os saberes e viveres dos participantes, construindo o conhecimento a partir da realidade geográfica e, muito além dela, da realidade vivencial dos desastres ambientais ocorridos, principalmente, em maio de 2024, promovendo, dessa forma, o saber comunitário como base para a estruturação do conhecimento coletivo e reconhecendo o protagonismo de quem viveu e vive essa realidade, no caso, os cursistas. O resultado desta etapa de oficinas presenciais será um plano de ação em atenção psicossocial em desastre socioambiental.

Na primeira oficina, o objetivo foi oferecer uma escuta qualificada e acolhimento dentro de uma perspectiva dialética da construção dos saberes por meio da práxis vivenciada e da experiência única de cada um dos participantes. Ou seja, uma construção ativa por uma metodologia igualmente propositiva e viva.

A proposta não foi construída apenas para ouvir os relatos de devastação, mas também para identificar e observar o impacto dos desastres socioambientais na saúde mental das pessoas, buscando compreender o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

Os relatos dos cursistas ilustraram a angústia e o impacto causados pelas enchentes, revelando que as perdas mais profundas não foram materiais, mas emocionais e afetivas, como a morte de entes queridos e a destruição de referências comunitárias, a exemplo da ponte de ferro em Passa Sete.

A enchente também trouxe à tona a experiência de reviver traumas de eventos passados, como o relato de uma cursista que reviveu a perda total de seus bens em uma enchente anterior. A repetição de eventos climáticos extremos leva ao aumento de quadros de ansiedade e ao desespero coletivo, com o medo de novas catástrofes. A rede de apoio informal se sobrepôs à burocracia, demonstrando que a solidariedade e o senso de comunidade são os primeiros mecanismos de enfrentamento.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A oficina ressaltou a importância das estratégias coletivas de promoção da saúde e a possibilidade de troca de experiências, como a criação do grupo "Reconstrução" em uma unidade de saúde de Sobradinho, que oferece um espaço de escuta segura para famílias atingidas. A redescoberta do lúdico pelas crianças, a humanidade do filho que se oferece para morar com um amigo durante o abrigamento e o retorno para casa de cães levados pela enxurrada são exemplos de como a esperança e o afeto ajudam a superar a tragédia.

A discussão sobre a Luta Antimanicomial, tema do segundo encontro, mostrou o grande desafio da atenção psicossocial em comunidades sem uma RAPS formalmente estabelecida. No entanto, o desastre nos revelou uma "RAPS possível": uma rede informal, mas potente, construída a partir da resiliência e da solidariedade dos trabalhadores da saúde, da educação, da assistência social e da Defesa Civil, em conjunto com os moradores. A ausência de estruturas oficiais não impediu a ação, e o apoio da comunidade se tornou a base para garantir o cuidado e os direitos humanos.

Em um cenário de desastre ambiental sem uma rede estruturada em saúde mental, a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade dependem da iniciativa dos profissionais por meio da rede quente e da participação social. O debate da oficina foi provocado com a construção coletiva de um mapa mental utilizando a metáfora do "Rio do Cuidado". Com desenhos e colagens, os participantes desenharam a nascente do cuidado em liberdade e acrescentaram, como afluentes, todos os atores que se somam à rede de cuidado e os obstáculos que dificultam o fluxo desejado. Na apresentação do mapa mental, destacaram-se dificuldades como a falta de estrutura e os entraves burocráticos, mas também a capacidade de articulação entre os profissionais e o apoio da comunidade, que se mobiliza para garantir os direitos humanos básicos de cuidado. A resiliência e a solidariedade, pontos fortes nas comunidades interioranas, demonstraram que podem ser a base sobre a qual uma "RAPS possível" pode ser construída, partindo das ações na atenção primária à saúde e fortalecendo os laços comunitários.

Na sequência, os participantes puderam descrever aquilo que mapearam no Rio do Cuidado: as oportunidades e ameaças, as forças e fraquezas, com o apoio da matriz FOFA. O encontro foi finalizado com a distribuição de sacolas de papel pardo, simbolizando a caixa de ferramentas de cada um, nas quais os participantes escreveram e falaram sobre a palavra que melhor os definia no contexto de desastre socioambiental. O tema "caixa de ferramentas (sacola)" será abordado nas próximas oficinas.

A terceira oficina do projeto Caminho das Águas concentra-se no cuidado e em como se preparar para cuidar de si e do outro, conforme o texto da ementa.

Saúde mental do trabalhador. Saberes comunitários. Aspectos da cultura do território. Arte, símbolos e marcadores. Rede de apoio. Troca de experiências e saberes. Comunicação e informação em saúde. Interface entre comunicação, cultura e saúde.

A escuta sensível do cuidado acolhe os símbolos que oferecem sentido aos moradores de cada localidade, desde a ponte de pedra que sucumbiu à força da enxurrada até a bodega acolhedora que virou ponto de encontro para o tecimento dos salvamentos de vidas e subjetividades, pois acolheu a todos sem distinção.

Neste dia, será enfatizada a busca por transformar e simbolizar a rede de apoio informal que emerge em situações de desastres ambientais, lançando um olhar para que seja viável transformá-la em uma articulação mais consistente, robusta e com um sentido construído coletivamente. As ferramentas que iremos utilizar apontam para uma resposta a ser construída com mais humanidade e eficácia, mas, principalmente, de forma afetiva e resiliente.

A diretriz é sutil, suave e estruturante, pois, para que possamos cuidar dos municípios, precisamos, primeiro, aprender a cuidar de quem está cuidando e de nós mesmos, olhando, essencialmente, ao nosso lado, à nossa frente, às nossas retaguardas e nos espelhos, para que possamos, cada um, nos ver, transver. A proposta é que as oficinas presenciais atuem como dispositivos para um processo de reconstrução das redes de cooperação nos territórios atingidos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE TRIUNFO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL

Francieli dos Santos de Godoy
Lavínia da Silva Castro
Fábio Caldana
Rosangela Dornelles

Apresentação/Introdução: trata-se de um estudo descritivo, fundamentado em uma exploração dos dados constantes nos sites oficiais do município de Triunfo, na Região Carbonífera do Rio Grande do Sul. Este estudo foi desenvolvido pelos alunos de graduação da Faculdade Ulbra Medicina São Jerônimo, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade I, para composição do argumento avaliativo. O presente trabalho concentrou-se na verificação da transparência das informações, de sua facilidade de acesso e da disponibilidade de conteúdos relacionados à saúde pública municipal de Triunfo, por meio do acesso direto aos sites pelos pesquisadores. **Objetivos**: avaliar a presença ou a ausência de informações direcionadas à população nos sites oficiais do município avaliado. Avaliar a qualidade das informações prestadas pelo município à população em sites e/ou redes sociais municipais. **Metodologia**: a coleta de dados foi realizada por meio do acesso ao site da prefeitura municipal. O instrumento de pesquisa foi composto por 18 indicadores de caráter dicotômico (presença ou ausência), com o objetivo de avaliar a presença, a qualidade e a atualização das informações, assim como os demais critérios relacionados à área da saúde. Os indicadores foram os seguintes: o site está atualizado; o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está visível; há o símbolo do SUS; está especificada a função da política de privacidade; há comunicação com as unidades; há informações sobre saúde na página principal (SUS); o site tem janela específica para a saúde; há clareza nas informações sobre a Secretaria de Saúde (endereço, telefone, e-mail, horário de atendimento e cargos com nomes dos responsáveis); existe uma janela no site para o Conselho Municipal de Saúde (individual ou específica); há janela para notícias diárias sobre a saúde do município; existe um espaço específico para a legislação própria da saúde do município; existe um espaço específico para outras legislações da saúde; há informação sobre estruturas de saúde; há espaço específico para divulgação de programas municipais; há redes sociais específicas para divulgações da área da saúde; as informações das redes sociais estão atualizadas; existe serviço *online* disponível para a área da saúde; e existe um canal de comunicação direta com o cidadão especificamente para a saúde. As variáveis foram avaliadas em formato quantitativo binário (presente/ausente) ou qualitativo, conforme a aplicabilidade das informações propostas. Foram considerados apenas os sites oficiais de instituições propriamente vinculadas à administração pública municipal vigente do município de Triunfo. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica para análise. Foi verificada a presença ou a ausência dos indicadores para o município. Foram discutidas as lacunas de informação, as boas práticas de comunicação e a divulgação digital na área da saúde. O estudo utilizou, exclusivamente, dados disponibilizados em sites oficiais, não envolvendo sujeitos humanos ou informações pessoais sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, dessa forma, dispensando a necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão**: foram evidenciados 12 indicadores presentes (cerca de 67%) e seis (33%) indicadores ausentes nos sites oficiais do município (nas redes sociais Facebook e Instagram e no site da Secretaria Municipal de Saúde). **Considerações finais**: os dados demonstram que o município precisa avançar na divulgação de suas informações à população. Também se nota a necessidade de aprimorar a qualidade das informações fornecidas pelo órgão gestor municipal de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE AS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA NO SUS: ANÁLISE ECOLÓGICA (2022-2024)

Ana Cecília Marques
Larissa Coimbra Pereira
Júlia Lorenzetti Tomasetto
Ludymila da Silva Zuchetto

Introdução: doenças transmitidas pela água, como a leptospirose e as gastroenterites, representam uma importante carga para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em contextos de vulnerabilidade socioambiental. Eventos climáticos extremos, como enchentes e chuvas intensas, favorecem a dispersão de patógenos no ambiente e comprometem os sistemas de abastecimento e saneamento. O Rio Grande do Sul (RS), por sua localização e padrão de ocupação urbana, tem registrado aumento na frequência e na intensidade desses eventos nos últimos anos, principalmente em razão da ocorrência de inundações e enchentes, com impactos diretos sobre a saúde pública. Compreender a relação entre precipitação extrema e internações por doenças de veiculação hídrica é essencial para orientar ações preventivas e mitigar danos à população. **Metodologia**: estudo ecológico de série temporal, com base em dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) no período de 2022 a 2024. Foram incluídas internações por leptospirose icterohemorrágica, leptospirose não especificada, outras formas de leptospirose, diarreia e gastroenterite, estratificadas por município e ano. Os dados sobre as áreas afetadas pelas enchentes de 2024 foram obtidos junto à Defesa Civil do RS e utilizados para definir quais cidades seriam avaliadas. **Objetivos**: o objetivo deste estudo é analisar a evolução das internações por doenças de veiculação hídrica no SUS antes e após as enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul. A pesquisa busca identificar a relação entre esses eventos climáticos extremos e o aumento dos casos de doenças como leptospirose e gastroenterites. **Resultados e discussão**: os achados evidenciam os impactos que os desastres naturais hídricos, como as enchentes do primeiro semestre de 2024, provocam no Sistema Único de Saúde. Os municípios selecionados para análise foram Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Esteio, Gravataí, Nonoai, Rosário do Sul, Santa Maria, São Gabriel e São Leopoldo. Em relação às doenças selecionadas, Bento Gonçalves apresentou uma progressão de oito internações em 2022, cinco em 2023 e 13 em 2024; Caxias do Sul apresentou 25 internações em 2022, 30 em 2023 e 62 em 2024; Esteio apresentou 19 internações em 2022, 14 em 2023 e 26 em 2024; Gravataí apresentou sete internações em 2022, 12 em 2023 e 18 em 2024; Nonoai apresentou duas internações em 2022, duas em 2023 e 30 em 2024; Rosário do Sul apresentou 41 internações em 2022, 63 em 2023 e 88 em 2024; Santa Maria apresentou 15 internações em 2022, 25 em 2023 e 41 em 2024; São Gabriel apresentou 23 internações em 2022, 35 em 2023 e 66 em 2024; São Leopoldo apresentou 18 internações em 2022, 19 em 2023 e 30 em 2024. Assim, observa-se que todos os municípios apresentaram aumento no número de internações no ano de 2024 por doenças cuja transmissão é facilitada pelo excesso de água em áreas urbanas. É relevante notar que o aumento foi observado tanto em municípios de médio porte (como Esteio e Gravataí) quanto em centros urbanos maiores (como Caxias do Sul e Santa Maria), o que demonstra que os impactos não estão restritos a áreas rurais ou menos assistidas. Isso sugere que, mesmo em regiões com melhor infraestrutura, os sistemas de saúde e saneamento não foram capazes de conter os efeitos imediatos das enchentes sobre a saúde da população. **Considerações finais**: diante dos resultados encontrados, conclui-se que o número de internações por doenças transmitidas pela água teve um evidente aumento após as enchentes

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

de 2024 em municípios do Rio Grande do Sul. A elevação desses casos demonstra a fragilidade dos sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário frente a eventos extremos, bem como a necessidade de maior integração entre as políticas de saúde, meio ambiente e Defesa Civil. Os resultados reforçam a importância do monitoramento contínuo das internações por doenças relacionadas à água, especialmente em períodos pós-enchente, e da implementação de medidas preventivas, como educação em saúde e controle de vetores.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RELAÇÃO ENTRE VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E ACESSO A UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM BAIRROS DE PORTO ALEGRE

Júlia Lorenzetti Tomasetto
Larissa Coimbra Pereira
Ludymila da Silva Zuchetto
Ana Cecília Marques

Introdução: as mudanças climáticas vêm se intensificando em todo o mundo, e seus impactos não são distribuídos de forma homogênea. Eventos extremos, como inundações e enchentes, tendem a se concentrar em áreas previamente marcadas por vulnerabilidades sociais, aprofundando desigualdades históricas. Nessas regiões, a escassez de infraestrutura adequada e a precariedade no acesso a serviços essenciais tornam comunidades inteiras mais suscetíveis a riscos à saúde. Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, o cenário não é diferente: diversos bairros localizados em áreas de risco hidrológico apresentam também indicadores socioeconômicos críticos e desigualdade no acesso à atenção primária à saúde (APS). Tal sobreposição evidencia como o território pode ser um determinante social da saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas que reconheçam e enfrentem as vulnerabilidades socioambientais de maneira integrada. Avaliar a relação entre risco climático e acesso à saúde não se limita a um exercício técnico, mas representa um passo essencial para a efetivação dos princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) frente aos desafios impostos pela crise climática. **Objetivo**: analisar a relação entre vulnerabilidade climática e acesso aos serviços de atenção básica à saúde no município de Porto Alegre, identificando as áreas prioritárias para intervenção do SUS. **Metodologia**: trata-se de um estudo ecológico de análise espacial. As unidades de análise foram os bairros de Porto Alegre: Lomba do Pinheiro, Arquipélago, Farrapos, Mário Quintana, Rubem Berta, Santa Rosa de Lima, Passo das Pedras, Sarandi, Bom Jesus, Cristal e Cavalhada. O índice de risco hidrológico foi obtido por meio do Relatório de Setorização de Áreas de Risco Geológico de 2022, produzido pelo Serviço Geológico do Brasil (SGB). Para a análise, foram selecionados os bairros que apresentaram índice de risco hidrológico (inundação e/ou enchente) "Muito Alto". O perfil socioeconômico de cada bairro foi construído por meio de indicadores de população e renda do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. O acesso aos serviços de saúde foi medido pela análise quantitativa de Unidades Básicas de Saúde (UBS) compreendidas na área territorial de cada bairro, por meio do Mapa GEOSAUDE do Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA); utilizaram-se os filtros "Territórios de Atenção Primária", "Unidades de Saúde" e "Bairros". A análise quantitativa de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuantes por UBS foi obtida por meio do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A análise final foi realizada por meio da estimativa do número de habitantes residentes atendidos pelo total de equipes da ESF atuantes no território de cada bairro. O parâmetro utilizado para comparação, fornecido pelo Ministério da Saúde, estabelece que, em municípios com mais de 100.000 habitantes, a média de habitantes atendidos por equipe da ESF é de 3.000 pessoas. **Resultados e discussão**: a análise dos dados evidenciou que seis dos onze bairros analisados, cerca de 54,5% das unidades de análise, não atendem ao parâmetro ideal de atendimento por suas respectivas equipes da Estratégia Saúde da Família, ou seja, excedem o limite de 3.000 pessoas vinculadas a cada equipe da ESF. Esses bairros são: Lomba do Pinheiro, Rubem Berta, Passo das Pedras, Sarandi, Cristal e Cavalhada, sendo o bairro Cristal o mais distante do recomendado, com uma média aproximada de 6.212 pessoas atendidas por equipe da ESF. O rendimento médio dos responsáveis por domicílio nesses seis bairros está entre 1,96 e 5,26 salários-

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

mínimos, conforme os dados utilizados. Os outros cinco bairros analisados, Arquipélago, Farrapos, Mário Quintana, Santa Rosa de Lima e Bom Jesus, também estão localizados em zonas de risco hidrológico "Muito Alto", porém apresentam um número inferior a 3.000 pessoas por equipe da ESF presente em seus respectivos territórios, satisfazendo o parâmetro considerado como ideal. **Considerações finais**: este estudo revelou que a sobreposição entre vulnerabilidade ambiental e déficit no acesso à APS configura-se como um eixo central de injustiça social e de iniquidade em saúde em Porto Alegre. Bairros expostos a risco hidrológico "Muito Alto" e que já apresentam serviços de saúde sobrecarregados encontram-se em condição de maior fragilidade para enfrentar eventos climáticos extremos, o que amplia desigualdades preexistentes. Os resultados demonstram que a crise climática, além de ser um fenômeno ambiental, deve ser compreendida como uma questão de saúde pública, pois pressiona diretamente a capacidade de resposta do SUS em territórios vulneráveis. A partir disso, evidencia-se a necessidade de ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família em regiões prioritárias, não apenas como medida de gestão em saúde, mas como uma estratégia de justiça ambiental e social. Investir em políticas territoriais integradas, que articulem mitigação de riscos climáticos e garantia de acesso equitativo à saúde, é fundamental para preparar a capital gaúcha para os desafios futuros e para consolidar o SUS como instrumento de redução das desigualdades.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE GENERAL CÂMARA DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL

Ângela Pascotini Penning
Daniela Konflanz Bubolz
Fábio Caldana
Rosangela Dornelles

Apresentação/Introdução: trata-se de um estudo descritivo, fundamentado em uma exploração dos dados constantes nos sites oficiais do município de General Câmara, na Região Carbonífera do Rio Grande do Sul. Este estudo foi desenvolvido pelos alunos de graduação da Faculdade Ulbra Medicina São Jerônimo, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade I, para composição do argumento avaliativo. O presente trabalho concentrou-se na verificação da transparência das informações, de sua facilidade de acesso e da disponibilidade de conteúdos relacionados à saúde pública municipal de General Câmara, por meio do acesso direto aos sites pelos pesquisadores. **Objetivos**: avaliar a presença ou a ausência de informações direcionadas à população nos sites oficiais do município avaliado. Avaliar a qualidade das informações prestadas pelo município à população em sites e/ou redes sociais municipais. **Metodologia**: a coleta de dados foi realizada por meio do acesso aos sites da prefeitura municipal. O instrumento de pesquisa foi composto por 18 indicadores de caráter dicotômico (presença ou ausência), com o objetivo de avaliar a presença, a qualidade e a atualização das informações, assim como os demais critérios relacionados à área da saúde. Os indicadores foram os seguintes: o site está atualizado; o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está visível; há o símbolo do SUS; está especificada a função da política de privacidade; há comunicação com as unidades; há informações sobre saúde na página principal (SUS); o site tem janela específica para a saúde; há clareza nas informações sobre a Secretaria de Saúde (endereço, telefone, e-mail, horário de atendimento e cargos com nomes dos responsáveis); existe uma janela no site para o Conselho Municipal de Saúde (individual ou específica); há janela para notícias diárias sobre a saúde do município; existe um espaço específico para a legislação própria da saúde do município; existe um espaço específico para outras legislações da saúde; há informação sobre estruturas de saúde; há espaço específico para divulgação de programas municipais; há redes sociais específicas para divulgações da área da saúde; as informações das redes sociais estão atualizadas; existe serviço *online* disponível para a área da saúde; e existe um canal de comunicação direta com o cidadão especificamente para a saúde. As variáveis foram avaliadas em formato quantitativo binário (presente/ausente) ou qualitativo, conforme a aplicabilidade das informações propostas. Foram considerados apenas os sites oficiais de instituições propriamente vinculadas à administração pública municipal vigente do município de General Câmara. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica para análise. Foi verificada a presença ou a ausência dos indicadores para o município. Foram discutidas as lacunas de informação, as boas práticas de comunicação e a divulgação digital na área da saúde. O estudo utilizou, exclusivamente, dados disponibilizados em sites oficiais, não envolvendo sujeitos humanos ou informações pessoais sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, dessa forma, dispensando a necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão**: foram evidenciados dez indicadores presentes (cerca de 56%) e oito (44%) indicadores ausentes nos canais oficiais do município (redes sociais Facebook e Instagram). **Considerações finais**: os dados demonstram que o município precisa avançar na divulgação de suas informações à população. Também se nota a necessidade de aprimorar a qualidade das informações fornecidas pelo órgão gestor municipal de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PAPO RESPONSA NA AMAZÔNIA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA AGENTES DA TRANSFORMAÇÃO

Heitor Goveia de Souza
Yasmin Lyandra Bronstrup
Antônio Luis Dellamea
Claudia Bica

Introdução: a educação é uma poderosa ferramenta de transformação social, capaz de mudar a realidade de indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade. Nesse contexto, a escola e, principalmente, o professor desempenham um papel fundamental. O educador atua como um agente de transformação, não só transmitindo conhecimento teórico, mas também promovendo saúde e cidadania. Para isso, é essencial que seu repertório inclua temas sensíveis, como higiene íntima, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez não planejada, sexualidade e violência sexual. Esses assuntos devem ser abordados de maneira atrativa e interessante para os alunos, garantindo que a informação seja acessível e eficaz. **Objetivos**: este relato de experiência tem como objetivo apresentar e descrever um momento de capacitação sobre saúde sexual e promoção da saúde para professores de uma escola de ensino fundamental no interior do Amazonas. A atividade foi realizada em julho de 2025, durante a Operação Amazonas do Projeto Rondon. **Metodologia**: o trabalho descreve a experiência de estudantes de graduação de uma universidade do Rio Grande do Sul, que conduziram uma oficina de educação em saúde para professores de uma escola em uma comunidade ribeirinha do Rio Solimões. O objetivo da oficina foi capacitar os educadores para abordar temas como anatomia, higiene íntima, sexualidade, prevenção de IST e violência sexual, a fim de preparar os alunos para fazer escolhas conscientes sobre seu futuro. A metodologia ativa utilizada incluiu a adaptação da linguagem para o público jovem, o uso de modelos anatômicos e de itens como preservativos externos e internos e gel lubrificante. A atividade ocorreu em um ambiente reservado da escola, proporcionando um espaço seguro para o diálogo e a construção coletiva de estratégias pedagógicas. **Resultados e discussão**: a oficina contou com a participação de 15 professores do ensino fundamental da escola municipal localizada na comunidade de Cuiuanã, no estado do Amazonas. Foi realizado um contato prévio com a direção da escola, seguido do convite aos professores, alcançando 100% de adesão. Durante a capacitação, foi relatada pelos professores a dificuldade em introduzir o tema da saúde sexual com os alunos, principalmente devido às limitações de linguagem, à falta de conhecimento técnico e ao receio da reação dos responsáveis. A abordagem pedagógica apresentada facilitou o diálogo entre os rondonistas e os professores, permitindo a construção conjunta de estratégias educacionais. Ao final da atividade, os professores destacaram a necessidade de mais capacitações sobre o assunto, avaliando a oficina como satisfatória e importante. A experiência reforça o papel da escola como um espaço fundamental para a promoção da saúde e a formação cidadã e destaca a relevância de fortalecer os educadores como agentes de mudança em comunidades vulneráveis.
Considerações finais: a capacitação de professores sobre saúde sexual e promoção da saúde demonstrou ser uma estratégia eficaz para a formação de multiplicadores do conhecimento, ampliando o alcance das ações educativas em comunidades ribeirinhas. Ao fortalecer a segurança e o conhecimento dos educadores para abordar temas sensíveis, cria-se um efeito multiplicador que leva informações essenciais a crianças e adolescentes de forma contínua e adequada. Essa abordagem contribui para a prevenção de problemas de saúde e para a formação de indivíduos mais conscientes, preparados para fazer escolhas seguras.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, N. de P.; BÉRIA, J. U.; SCHERMANN, L. B. Sexualidade na adolescência: um estudo com escolares da cidade de Manaus (AM). **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p. 129-146, jan./ago. 2014. Disponível em: https://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3308. Acesso em: 5 ago. 2025.

SILVA, L. C. M. da; LOPES, J. L. da S. Gênero e sexualidade na educação: percepções de acadêmicas(os) do PARFOR em um município paraense. **Revista Exitus**, Santarém, v. 13, n. 1, e023033, 2023. Disponível em: https://portaldeperiodicos.ufopa.edu.br/index.php/revistaexitus/article/view/1696. Acesso em: 5 ago. 2025.

ARAÚJO, M. C. de. **Violência sexual contra crianças e adolescentes em comunidades rurais do Amazonas**: a escola como rede de proteção. 2023. 138 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2023.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AURICULOTERAPIA COMO CUIDADO INTEGRATIVO NO PÓS-DESASTRE DE 2024: EXPERIÊNCIA EM BENTO GONÇALVES (RS)

Núbia Beche Lopes
Karen Cristiane Pereira de Morais
Ângela Kemel Zanella
Rosangela Marion da Silva

Introdução: no ano de 2024, o estado do Rio Grande do Sul (RS) enfrentou um desastre climático de proporções catastróficas, caracterizado por intensas enchentes e deslizamentos de terra que afetaram diversas regiões. Este evento foi considerado a maior tragédia climática da história do RS, superando em escala o desastre de 1941, com um impacto direto em 473 municípios. Entre 30 de abril e 6 de maio de 2024, foram registrados 15.087 deslizamentos em 130 municípios, com aproximadamente 35% do volume de sedimentos (cerca de 10 milhões de toneladas) atingindo rios, especialmente nas proximidades de nascentes e cânions da Serra Gaúcha (Foster, 2025). O termo "desastre" abrange eventos de diversas origens que resultam em sofrimento, destruição de bens materiais, interrupção de serviços e perda de vidas humanas. Os impactos desses eventos podem ser diretos, atingindo aqueles que vivenciaram a ocorrência, ou indiretos, atingindo aqueles que acompanharam, mas não foram diretamente afetados. É crucial analisar os efeitos a curto, médio e longo prazo, pois tais fenômenos podem impactar a população de maneiras diversas e duradouras (Ribeiro; Freitas, 2020). As respostas emocionais da população diante de desastres são complexas e imprevisíveis, tornando difícil estimar o tempo necessário para a recuperação individual. Diversos fatores podem influenciar esse processo, reforçando a importância do suporte psicológico e emocional, especialmente na mitigação do estresse agudo, quando a prevenção não é possível (Amorim-Ribeiro *et al.*, 2021). Eventos como desastres, catástrofes e emergências, pela sua natureza inesperada e pela ameaça direta à vida, têm o potencial de intensificar ou desencadear quadros de estresse na população afetada (Dário; Malagutti, 2019). Nesse contexto, surgem abordagens complementares às intervenções convencionais para auxiliar as vítimas de desastres, como a auriculoterapia. A auriculoterapia é uma técnica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) que visa ao equilíbrio mente-corpo por meio do estímulo de pontos energéticos/reativos localizados na orelha. A orelha, por ser uma área altamente inervada, possui pontos específicos que podem ser estimulados com massagens, agulhas, sementes de mostarda ou esferas de cristal, prata ou ouro. Essa estimulação provoca reações no sistema neurovegetativo, afetando órgãos ou regiões corporais específicas. A auriculoterapia tem se destacado por seus resultados, por sua simplicidade e por ser um método não invasivo, o que a torna bem aceita pelos pacientes (Reis, 2021). Diante da magnitude do desastre climático no Rio Grande do Sul em 2024, a necessidade de expandir o olhar para os impactos emocionais e sociais, além dos físicos e materiais, torna-se evidente. Práticas integrativas como a auriculoterapia emergem como alternativas promissoras devido à sua acessibilidade, eficácia e capacidade de acolher o sofrimento subjetivo. A valorização dessas estratégias complementares pode contribuir significativamente para a reconstrução da saúde integral dos indivíduos afetados, reforçando a importância de políticas públicas que incluam o cuidado emocional como componente fundamental da gestão de desastres. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma enfermeira na condução de sessões de auriculoterapia no período pós-desastre em Bento Gonçalves (RS). Metodologia: este estudo caracteriza-se como um relato de experiência acerca da aplicação da auriculoterapia como intervenção integrativa no contexto pós-desastre climático que acometeu o estado do Rio Grande do Sul (RS) em 2024. A abordagem metodológica focou na descrição detalhada de uma intervenção voluntária e de seus desfechos iniciais em uma população afetada. A

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

intervenção foi realizada em Bento Gonçalves (RS), uma das áreas severamente atingidas pelo desastre climático de 2024, que resultou em inundações e deslizamentos de terra, impactando 473 municípios do estado. Os atendimentos de auriculoterapia ocorreram entre o 6º e o 15º dia subsequente ao desastre, um período crítico para a mitigação do estresse agudo e o suporte emocional da população. Os locais selecionados para a oferta dos serviços foram um instituto federal de ensino, que simultaneamente servia como ponto de distribuição de doações, o Centro de Coletas de Bento Gonçalves e o Salão Comunitário de Faria Lemos. A escolha desses locais visou maximizar a acessibilidade dos indivíduos afetados e dos voluntários envolvidos na resposta ao desastre. Um total de 61 indivíduos participou voluntariamente das sessões de auriculoterapia. Desse contingente, 37 eram voluntários que atuavam no auxílio às vítimas e 24 eram desabrigados diretamente afetados pelo evento climático. A participação foi precedida de uma apresentação da técnica da auriculoterapia e de seus potenciais benefícios, garantindo o consentimento informado dos presentes. As sessões de auriculoterapia foram conduzidas por uma enfermeira capacitada, com o apoio de estagiários de enfermagem voluntários. O protocolo de aplicação da técnica seguiu os princípios da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), buscando o equilíbrio mente-corpo por meio do estímulo de pontos na orelha. Cada atendimento incluiu as seguintes etapas: inspeção auricular, com avaliação inicial do pavilhão auricular para identificar pontos reativos e necessidades específicas do paciente; anamnese breve, na qual, antes de iniciar a técnica, as queixas e necessidades individuais de cada paciente eram ouvidas, permitindo uma abordagem terapêutica personalizada; higienização, durante a qual o pavilhão auricular era higienizado com álcool a 70% para assegurar a assepsia; e estimulação de pontos, em que, com base na avaliação e nas queixas do indivíduo, eram aplicados materiais específicos nos pontos auriculares, como sementes de vaccaria, esferas de cristal, prata ou ouro, selecionadas conforme a necessidade terapêutica. A estimulação desses pontos visa provocar reações no sistema neurovegetativo, afetando órgãos ou regiões corporais específicas. No total, foram utilizados 44 pontos auriculares diferentes, adaptados às necessidades individuais de cada participante. Os pontos mais frequentemente estimulados incluíram: Shenmen, Ansiedade, Relaxamento Muscular, Coluna Lombar, Tronco Cerebral, Insônia, Cerebral, Coluna Torácica, Intestino Grosso, Subcórtex, Imunidade, Simpático, Yang do Fígado, Ombro, San Jian, Alegria, Pulmão, Rim, Pés, Anti-inflamatório e Pernas. Resultados e discussão: a aplicação da auriculoterapia no cenário pós-desastre em Bento Gonçalves (RS) demonstrou resultados positivos imediatos no alívio de sintomas físicos e emocionais. Das 61 pessoas atendidas, 31 relataram algum tipo de dor, com uma média de intensidade inicial de 7,6 na Escala Visual Analógica (EVA). Após uma única sessão de auriculoterapia, a média de intensidade da dor diminuiu para 3,0, evidenciando uma redução significativa da dor percebida. A técnica foi personalizada para cada indivíduo, com média de oito pontos por sessão e a utilização de 44 pontos auriculares diferentes, reforçando a adaptabilidade da auriculoterapia às diversas manifestações de sofrimento pós-desastre. O impacto na saúde pública foi significativo, com relatos de redução da dor e melhoria do bem-estar geral dos participantes. Além disso, a auriculoterapia se destaca como uma prática de baixo custo, com notável potencial para aplicação em larga escala e em diversos contextos de crise. Esses achados são corroborados por estudos que demonstram a eficácia da auriculoterapia na redução da percepção de dor crônica, dos sintomas de estresse e ansiedade e na consequente melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Um estudo realizado com o intuito de analisar a auriculoterapia na dor crônica constatou que a técnica diminui significativamente a percepção de dor e os sintomas de estresse e ansiedade, associando-se à melhora da qualidade de vida (Puhle *et al.*, 2025). Relacionando as atividades ao campo das políticas públicas, a experiência obtida aponta para a necessidade premente de incorporar a auriculoterapia nas diretrizes de atendimento pós-desastre. É fundamental que haja capacitação de profissionais de saúde na técnica, fomento a pesquisas sobre sua eficácia em situações de crise e desenvolvimento de protocolos para sua aplicação em larga escala em contextos semelhantes. Tais medidas contribuiriam para uma resposta mais abrangente e humanizada às necessidades da população em eventos futuros. Considerações finais: a experiência de aplicação da

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

auriculoterapia no pós-desastre de 2024 em Bento Gonçalves (RS) demonstrou a eficácia comprovada da técnica na redução da dor, avaliada por meio da Escala Visual Analógica (EVA), e na melhoria do bem-estar geral dos participantes. Estes resultados reafirmam o grande potencial da auriculoterapia para ser integrada aos protocolos de atendimento em situações de desastres, oferecendo um cuidado complementar valioso. Apesar dos resultados promissores, a intervenção enfrentou alguns desafios que merecem atenção em futuras ações, como o curto período de intervenção, que limitou o acompanhamento em longo prazo dos participantes, e a coleta de dados restrita, que pode comprometer a precisão das avaliações e a generalização dos resultados. Para superar essas limitações e otimizar a aplicação da auriculoterapia em contextos de crise, sugerem-se a implementação de protocolos de seguimento para monitorar os efeitos a médio e longo prazo, a adoção de sistemas mais robustos de coleta de dados que permitam uma avaliação mais precisa e abrangente e um maior investimento em educação e comunicação sobre a prática, visando desmistificar a técnica e aumentar a aceitação pública. A auriculoterapia, como uma prática integrativa de baixo custo e alta aceitação, possui um papel estratégico na saúde integral da população afetada por desastres, contribuindo não apenas para o alívio de sintomas físicos, mas também para o manejo do sofrimento emocional.

REFERÊNCIAS

AMORIM-RIBEIRO, E. M. B. de; SVACINA, M. A.; MELO, C. S. B. de; TOSTES, J. G. de A.; REIS, L. P. C.; MOURA, Y. G.; RONZANI, T. M.; LOPES, R. T. Protocolo Calma Nessa Hora: acolhimento interdisciplinar em saúde mental para situações de crises e emergências. **Psico**, Porto Alegre, v. 52, n. 3, e41253, 2021. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/41253. Acesso em: 18 ago. 2025.

DÁRIO, P. P.; MALAGUTTI, W. Desastres naturais: contribuições para atuação do psicólogo nos desastres hidrológicos. **Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 10, e4, p. 1-18, 2019. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.503. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/503. Acesso em: 18 ago. 2025.

FOSTER, G. Deslizamentos de terra na enchente de 2024 no RS foram "maior evento de movimentos de massa" da história do Brasil, aponta estudo. **G1**, Rio Grande do Sul, 26 jun. 2025. Disponível em: https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2025/06/26/deslizamentos-de-terra-na-enchente-de-2024-no-rs-foram-maior-evento-de-movimentos-de-massa-da-historia-no-brasil-aponta-estudo.ghtml. Acesso em: 18 ago. 2025.

PUHLE, J. G.; SANTOS, I. C. dos; ANSOLIN, V.; NEVES, A. F.; SILVA, D. T. de R. e. A auriculoterapia melhora a qualidade de vida e reduz dores, ansiedade e estresse em pacientes da APS. **Revista Interação Interdisciplinar**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 187-201, 2025. Disponível em: https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao/article/view/4348. Acesso em: 18 ago. 2025.

RIBEIRO, M. P.; FREITAS, J. de L. Atuação do psicólogo na gestão integral de riscos e desastres: uma revisão sistemática da literatura. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 1-20, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202020000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 18 ago. 2025.

REIS, M. A. F.; BIZON, E.; BENELLI, D. A. de A.; FAVRETTO, N. M.; SANTOS, P. Percepção dos efeitos da auriculoterapia como alternativa de tratamento na dor ocupacional. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 92-100, 2021. Disponível em: https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2691. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE INDÍGENA NO AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UTI PEDIÁTRICA COM PACIENTE MBYÁ-GUARANI

Roselaine Murlik
Gabriel Tesche Roman
Flávia Ohlweiler Pinheiro
Juliane Carminati

Resumo: este relato apresenta a experiência vivida em junho de 2025 com uma paciente indígena Mbyá-Guarani internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital da Criança Conceição (HCC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A situação envolveu barreiras linguísticas e diferenças culturais significativas, culminando na solicitação familiar para a realização de um ritual tradicional de cura com a presença de uma médica tradicional, uma Cuña-Karaí, dentro do ambiente hospitalar. Com mediação institucional e acompanhamento especializado, o ritual foi realizado, respeitando protocolos clínicos e aspectos culturais. A experiência evidenciou a necessidade da implementação de serviços estruturados de atenção especializada à saúde indígena nos níveis secundário e terciário.

Palavras-chave: Medicina Tradicional Indígena das Américas, antropologia médica, saúde indígena.

Introdução: a saúde indígena no Brasil é assegurada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), instituído pela Lei nº 9.836/1999, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante atendimento diferenciado, respeitando as particularidades culturais e os modos de vida dos povos indígenas. No âmbito hospitalar, a Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017, estabelece critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), visando melhorar o acesso a serviços de média e alta complexidade e promover ações como: presença de intérpretes, adequação alimentar, adaptação da ambiência hospitalar, fluxos de referência via Casas de Saúde Indígena (CASAI) e capacitação intercultural das equipes. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) também orienta que a atenção à saúde indígena considere a diversidade das medicinas tradicionais, articulando estratégias do sistema oficial de saúde com práticas culturais e espirituais dos povos originários. Apesar desses marcos legais e institucionais, a implementação de fluxos e protocolos para a atenção indígena em hospitais ainda é incipiente, especialmente em contextos urbanos como Porto Alegre. O presente relato ilustra, na prática, a importância dessa integração. **Relato da experiência**: em junho de 2025, LTG, de 7 anos, indígena Mbyá-Guarani, foi internada na UTI do HCC, transferida do Hospital de Pronto Socorro (HPS), com diagnóstico de plaquetopenia refratária grave. Durante a internação, a equipe enfrentou dificuldades de comunicação, pois a língua materna da paciente e de sua família era o guarani. Além disso, havia diferenças de cosmovisão e desconhecimento dos rituais tradicionais, o que limitava a compreensão clínica do caso e das necessidades e expectativas da família.

Percebendo a gravidade do quadro e a piora clínica da paciente, a família informou à equipe médica que levaria a criança para a aldeia, independentemente do risco de retirá-la da UTI. A chefia da UTI, reconhecendo a complexidade cultural e clínica, acionou a Gerência de Participação Social e Diversidade do GHC, que, por sua vez, convidou uma médica especialista em saúde indígena, com experiência no atendimento à população guarani. Foi realizada uma discussão do caso clínico entre a equipe da UTI e a médica especialista em saúde

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

indígena, bem como uma conversa entre a especialista e a família indígena, na qual foi evidenciado que a família sentia a necessidade da realização de um ritual indígena com a presença de uma médica tradicional, uma Cuña-Karaí. Para a família, essa intervenção era fundamental não apenas para a saúde física, mas também para o equilíbrio espiritual da criança. Segundo Ferreira (2001), o Karaí (homem religioso) ou a Cuña-Karaí (mulher religiosa) é uma liderança espiritual e um médico tradicional, aquele(a) que tem contato com Deus. Tem como atribuições a prevenção, o diagnóstico e a cura das doenças, assim como a relação espiritual com Ñhanderu (Deus) e com os espíritos que habitam o cosmos Mbyá-Guarani. Após esses diálogos, concluiu-se que seria possível viabilizar o ritual no espaço hospitalar, garantindo segurança clínica e respeito cultural. Com autorização das gerências do HCC e de Participação Social e Diversidade, foi organizada a logística: escolha de local espiritualmente adequado na praça interna, montagem de uma barraca sob uma árvore, transporte da criança com acompanhamento de médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem e monitoramento dos sinais vitais antes e após a cerimônia. A profissional especialista acompanhou o avô da criança até a aldeia para buscar uma Cunhã-Karaí (médica tradicional indígena), que conduziu o ritual com o uso do pytenguá (cachimbo que exala fumaça), cânticos e orações, por cerca de 20 minutos. Ao término, a criança retornou à UTI. A criança foi a óbito no dia seguinte, após ter sido acolhida de forma respeitosa e culturalmente adequada. A família expressou profunda gratidão pelo respeito à sua cultura, reforçando a importância de ter sido ouvida e acolhida pela instituição. As lideranças indígenas e os profissionais indígenas de saúde, após a intervenção, manifestaram a importância da abertura institucional para a população indígena. Discussão: o caso ilustra a importância de um serviço de atenção especializada à saúde indígena, com a implementação de protocolos hospitalares que contemplem a interculturalidade na atenção à saúde indígena. A ausência inicial de intérpretes e de compreensão sobre práticas tradicionais dificultou o manejo clínico e gerou tensão na relação entre a equipe e a família. A experiência mostrou que, ao articular saberes biomédicos e medicinas tradicionais, conforme orienta a SESAI, é possível promover um cuidado integral, fortalecendo vínculos e garantindo direitos culturais e espirituais previstos na Constituição Federal e nas legislações específicas. A Portaria nº 2.663/2017 prevê recursos para implementar ações como as realizadas neste caso: disponibilização de intérpretes, adequação de espaços, acolhimento humanizado, comunicação intercultural e articulação com lideranças indígenas. No entanto, para que isso se torne rotina, é necessário que tais diretrizes sejam incorporadas de forma sistemática ao funcionamento dos hospitais. **Conclusão e reflexão**: esta experiência positiva demonstrou que o cuidado hospitalar pode ser compatível com a cosmovisão indígena quando há diálogo, respeito e planejamento. Torna-se urgente implementar, em hospitais de média e alta complexidade, serviços de atenção especializada à saúde indígena que garantam: intérpretes para as línguas indígenas predominantes; alimentação adaptada aos hábitos culturais; ambiência e protocolos que respeitem especificidades culturais e espirituais; capacitação intercultural permanente para profissionais; e fluxos institucionais claros para articulação com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), a CASAI e as lideranças tradicionais. Quando tais práticas são compreendidas e vivenciadas como positivas, como neste caso, o resultado é um cuidado mais humanizado, equitativo e alinhado às legislações vigentes, fortalecendo o compromisso do SUS com a diversidade cultural e a justiça social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: *seção 1*, Brasília, DF, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

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

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União***: seção 1,* Brasília, DF, 16 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Encontro dos novos servidores da SESAI: contextualização da SESAI**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2018. 24 slides. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/2/encontro%20novos%20servidores%20%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20sesai.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Mba'e achÿ: a concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num contexto de relações interétnicas – RS**. 2001. 159 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

AURICULOTERAPIA COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO E BEM-ESTAR NO PÓS-DESASTRE NATURAL DO RIO GRANDE DO SUL

Núbia Beche Lopes
Karen Cristiane Pereira de Morais
Ângela Kemel Zanella
Rosangela Marion da Silva

Introdução: a tragédia ocorrida no Rio Grande do Sul em 2024 afetou mais de 400 municípios e registrou mais de 200 deslizamentos no município de Bento Gonçalves, reforçando a relevância de ações que priorizem o cuidado integral às populações afetadas. Esses eventos geram impactos clínicos e psicossociais profundos, exigindo intervenções simples, seguras e eficazes tanto para os sobreviventes quanto para os voluntários que atuam nesses cenários críticos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nos sistemas públicos de saúde. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC), constituída a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 971/2006, atendeu às diretrizes da OMS, tornando possível mapear, apoiar, incorporar e implementar experiências desenvolvidas na rede pública de saúde dos municípios e estados brasileiros. A auriculoterapia é uma PICS e tem evidências de eficácia em condições psiquiátricas, como insônia, ansiedade, depressão e abuso de substâncias, além de promover alívio imediato da dor, condições que estão frequentemente presentes em indivíduos afetados por desastres. **Objetivo**: analisar a eficácia da auriculoterapia na redução de sintomas físicos e psicossociais em adultos sobreviventes do desastre natural ocorrido no Rio Grande do Sul em 2024. **Método**: o estudo é um projeto de pesquisa sobre um ensaio clínico randomizado, cego, realizado no interior do Rio Grande do Sul com adultos afetados pelo desastre natural de 2024, distribuídos em dois grupos de intervenção com auriculoterapia (esferas de cristal e sementes) e um grupo controle (apenas fita microporosa). A população-alvo será composta por moradores que sofreram consequências diretas do desastre, como evacuação, perdas materiais ou luto. Serão excluídos indivíduos com alergia aos materiais utilizados, lesões auriculares ou que já estejam em tratamento com auriculoterapia. Serão realizadas seis sessões semanais, utilizando instrumentos validados para avaliar os desfechos de qualidade do sono (PSQI), dor (EVA, McGill e STarT Back), ansiedade (GAD-7), estresse pós-traumático (PTCI) e qualidade de vida (SF-36), além de um questionário sociodemográfico. A coleta ocorrerá em unidades de saúde e em uma universidade local, com randomização, cegamento e estudo piloto para garantir o rigor metodológico. A análise estatística será feita no SPSS, com nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFSM sob o nº 7.406.77. **Resultados e discussão**: espera-se que a auriculoterapia, aplicada em adultos afetados pelo desastre natural no Rio Grande do Sul, promova uma redução significativa da intensidade da dor, melhora da qualidade do sono, diminuição dos níveis de ansiedade e redução dos sintomas de estresse pós-traumático, quando comparada ao grupo controle, sem intervenção (em lista de espera). Além disso, prevê-se um impacto positivo na qualidade de vida dos participantes, reforçando o potencial da prática como recurso complementar de cuidado em saúde em cenários de vulnerabilidade e pós-desastre. **Considerações finais**: a pesquisa tem o intuito de demonstrar que a auriculoterapia é uma intervenção simples, de baixo custo, não invasiva e eficaz, podendo ser incorporada como estratégia de cuidado também em situações emergenciais e de desastres naturais. A utilização da técnica nos serviços de saúde pode contribuir para o alívio do sofrimento físico e psicossocial, ampliando o alcance das práticas integrativas e complementares em saúde no Sistema Único de Saúde. Os possíveis resultados têm potencial para subsidiar políticas públicas, protocolos assistenciais e a capacitação de profissionais de saúde, fortalecendo o cuidado integral às populações em situações de crise.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

OS PRINCÍPIOS DO SUS APLICADOS DURANTE A EMERGÊNCIA CLIMÁTICA DE 2024: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA EM UM ABRIGO PARA DESABRIGADOS NA CIDADE DE PELOTAS (RS)

Roger Waters Lima dos Santos
Letícia Oliveira de Menezes
Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira
Alice Duarte Lisboa

INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul, com sua extensa rede hidrográfica e regime climático subtropical úmido, enfrenta períodos recorrentes de chuvas intensas e apresenta vulnerabilidade a eventos extremos. Historicamente, as enchentes têm relação frequente com o El Niño, que tende a intensificar a precipitação na região, modificando a paisagem e influenciando profundamente a vida dos habitantes, com impactos que vão desde a interrupção do abastecimento de água e energia até prejuízos à saúde, à agricultura e à infraestrutura, além de expressivos deslocamentos populacionais (Fiocruz, 2024). Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul foi atingido pela maior emergência climática de sua história, potencializada por um desordenado crescimento urbano e pela concentração populacional em áreas de baixa altitude e alta suscetibilidade a inundações, assim como pela redução de áreas naturais, como campos e banhados. Chuvas sem precedentes causaram enchentes, afetaram 2,3 milhões de pessoas em 478 municípios e ocasionaram aproximadamente 200 mortes (Estado do Rio Grande Do Sul, 2024). Considera-se desabrigada a pessoa cuja moradia tenha sido danificada ou esteja sob ameaça de dano e que necessite de acolhimento provisório em abrigo, em razão da ausência de acolhimento por familiares ou amigos, dependendo exclusiva e integralmente da atuação do Estado para a viabilização da reabilitação e da permanência temporária no abrigo (Brasil, 2007).

Na cidade de Pelotas (RS), o transbordamento da Laguna dos Patos ocasionou a inundação de aproximadamente um terço do território do município, forçando milhares de pessoas a saírem de suas residências, além de causar significativos impactos ambientais, sociais e econômicos. A população desabrigada foi transferida para abrigos provisórios, públicos e privados, montados às pressas durante a emergência climática. A transferência da população desabrigada para abrigos gerou novos desafios para o Sistema Único de Saúde, pois, nessas situações, há um elevado risco de aumento de casos de violência doméstica, consumo de álcool e outras substâncias, sofrimento mental, agudização de doenças crônicas e transmissão de doenças respiratórias em razão das condições dos abrigos coletivos. Destaca-se, ainda, que pouco sabemos sobre as demandas de saúde em casos de tragédias ambientais (Rizzotto; Costa; Lobato, 2024).Para suprir as necessidades da população acolhida, as universidades do município de Pelotas realizaram o suporte institucional, técnico e prático aos abrigos. Somente no curso de medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), quase 200 participantes, entre acadêmicos e professores, atuaram de forma voluntária nos abrigos instalados no município.

OBJETIVOS

Relatar a experiência de atuação, na qualidade de acadêmico de medicina, junto a um abrigo em Pelotas (RS), entre maio e junho de 2024, durante o pior evento climático registrado na história do Rio Grande do Sul.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de um acadêmico de medicina em um abrigo, na cidade de Pelotas (RS), entre maio e junho de 2024, durante a emergência climática que atingiu o estado do Rio Grande do Sul.

Para isso, foram utilizados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a universalidade, a integralidade e a equidade, consolidados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8.080/1990. Também se aplicou o princípio da atenção humanizada estabelecido pela Lei nº 15.126/2025 (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2025).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cidade de Pelotas (RS) foi atingida pela maior enchente de sua história, superando a cheia de 1941. O desastre deixou milhares de desabrigados, levando à abertura emergencial de abrigos em locais não preparados para essa finalidade. Nesse cenário, Pelotas implantou um abrigo junto a uma escola estadual para acolher desabrigados da Colônia de Pescadores Z3, do Pontal da Barra e do Laranjal. O espaço recebeu 156 pessoas e 68 animais de estimação, mantendo-se aberto por cerca de 45 dias.

O local escolhido para o abrigo foi uma escola da rede estadual, sendo inicialmente adaptado para receber a população desabrigada e garantir a oferta nutricional necessária. No entanto, com o passar dos dias e o aumento no número de acolhidos, surgiram novas demandas e necessidades de saúde para essa população.

Considerando o princípio da universalidade, o qual assegura o acesso universal, gratuito e igualitário aos serviços de saúde para toda a população, todo indivíduo que buscou acolhimento, independentemente de classe social, foi acolhido no abrigo.

O princípio da integralidade, que envolve a oferta de atenção à saúde em todas as etapas da vida e em todos os níveis de complexidade, com ações coordenadas de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, esteve presente desde o acolhimento da população desabrigada no abrigo, com a identificação de comorbidades preexistentes, medicações em uso e necessidades em saúde. No entanto, ao longo dos dias e com base no cuidado centrado na pessoa, novas demandas foram surgindo e exigindo que a equipe de voluntários que atuava no abrigo realizasse novas abordagens.

Vale destacar que a busca ativa representa uma das características da atenção primária à saúde, diretamente ligada à integralidade do cuidado, pois aproxima as ações de saúde das necessidades da população atendida (Brasil, 2024).

Durante as refeições, observou-se que um dos acolhidos não se sentava junto aos demais e apresentava tendência ao isolamento. Ao abordar o indivíduo, verificou-se que ele apresentava edentulismo total e utilizava uma prótese dentária que se soltava durante a alimentação, o que lhe causava constrangimento e o levava, em alguns momentos, a abandonar a alimentação.

Diante desse cenário, buscou-se atendimento odontológico para o acolhido, realizado pela professora do curso de odontologia da UCPel no próprio abrigo, por meio de consultório portátil. Assim, a função mastigatória, a fala e a estética facial foram restabelecidas, com impactos positivos também na autoestima e na qualidade de vida do indivíduo.

Ademais, em virtude do elevado número de crianças presentes no abrigo, foi desenvolvida uma ação sobre escovação e higiene bucal, com a realização de escovação dental supervisionada e a distribuição de kits de higiene bucal infantil.

Além disso, no decorrer dos atendimentos e das atividades do abrigo, identificaram-se usuários de substâncias psicoativas e em crise de abstinência, sendo realizada uma abordagem terapêutica por meio de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

atendimento com um docente de psiquiatria do curso de medicina da UCPel. Ainda, foram realizadas rodas de conversa sobre tabagismo e os benefícios de cessar o uso do tabaco.

No que tange ao princípio da equidade, pode-se destacar a organização do cuidado para receber uma paciente em cuidados paliativos após a alta hospitalar no abrigo. Mobilizou-se uma equipe multidisciplinar voluntária para garantir que as necessidades específicas da paciente fossem atendidas da melhor forma possível.

Em relação ao princípio da humanização, buscou-se criar um ambiente acolhedor, seguro e que respeitasse a dignidade e a individualidade dos acolhidos, mesmo que em uma estrutura adaptada para recebê-los. Para isso, foram realizadas apresentações artísticas e teatrais, ação de resgate da autoestima com barbeiros e cabeleireiras, celebração para os aniversariantes do mês e oficinas para a fabricação de mobiliário. Além disso, foi construída uma estrutura temporária destinada a receber os animais dos acolhidos, possibilitando a presença desses animais, o que proporcionou benefícios significativos tanto para eles quanto para os seus tutores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação no abrigo durante a emergência climática, enquanto acadêmico de medicina, proporcionou um contato precoce com pacientes e contextos de vulnerabilidade, desenvolvendo competências técnicas e humanas essenciais, como empatia, comunicação, ética e trabalho em equipe, ao mesmo tempo em que fortaleceu a identidade profissional, ajudando a compreender o papel social do médico e a orientar escolhas de carreira. Além disso, identificou-se a necessidade do desenvolvimento de planos de contingência e ações de prevenção voltados às emergências climáticas e à proteção da saúde da população, pois essas medidas permitem antecipar impactos, reduzir vulnerabilidades e manter serviços essenciais funcionando mesmo diante de eventos extremos. Também promovem equidade, assegurando que populações vulneráveis recebam suporte adequado, proporcionam a continuidade dos cuidados, evitam o agravamento de doenças crônicas e reduzem os surtos de doenças infecciosas associadas a crises ambientais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Política pública de prevenção e resposta aos desastres: as ações da SEDEC de 2003 a 2006**: relatório de avaliação. Brasília, DF: SEDEC, 2007. 47 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Observatório de Clima e Saúde. **As inundações no Rio Grande do Sul**: impactos imediatos e suas possíveis consequências sobre a saúde da população. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024. (Nota técnica, 1). Disponível em: https://climaesaude.icict.fiocruz.br/sites/climaesaude.icict.fiocruz.br/files/Inundacoes_no_Rio_Grande_do_Sul_e_a_saude.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

PELOTAS (RS). **Decreto nº 6.871, de 11 de maio de 2024**. Autoriza a comunicação entre sistemas e o consumo automatizado de dados para acesso e compartilhamento, regulamentando a identificação de pessoas, a gestão de informações e as necessidades de desabrigados no âmbito do Município de Pelotas. Pelotas, RS: Prefeitura Municipal de Pelotas, 2024. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/pelotas/decreto/2024/688/6871/decreto-n-6871-2024-autoriza-a-comunicacao-entre-sistemas-e-o-consumo-automatizado-de-dados-para-acesso-e-compartilhamento-regulamentando-a-identificacao-de-pessoas-gestao-de-informacoes-e-necessidades-de-desabrigados-no-ambito-do-municipio-de-pelotas. Acesso em: 18 ago. 2025.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. de V. da C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e141ED, abr./jun. 2024. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9837. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENTRE A CRISE E O CUIDADO: O PAPEL DO SUS NAS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS DO VALE DO TAQUARI

Andrey Godoy Duarte
Luiz Augusto Soares Silva

Introdução: o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha uma função fundamental na gestão de crises climáticas no Brasil, promovendo atividades de prevenção, mitigação, assistência e recuperação. No Rio Grande do Sul, particularmente na região do Vale do Taquari, fenômenos climáticos severos, como inundações e deslizamentos de terra, têm se tornado mais frequentes nos últimos tempos, exigindo respostas ágeis e integradas entre os serviços de saúde (Faria; Skamvetsakis, 2025). Atuando como profissionais de saúde na emergência do hospital de Encantado, que serve como referência hospitalar para municípios próximos, como Muçum, Doutor Ricardo, Relvado e Roca Sales, tivemos a oportunidade de observar diretamente os efeitos desses desastres na rede de saúde. Temos como objetivo, por meio do nosso relato de experiência, compartilhar as vivências no Vale do Taquari, ressaltando situações vividas durante o enfrentamento de emergências climáticas no período das enchentes e após esses eventos, bem como a necessidade de planos de contingência para garantir a continuidade do atendimento à população em situações críticas (Segala, 2025). **Resultados e discussão**: durante os episódios de enchentes que afetaram o Vale do Taquari, especialmente em 2023 e 2024, o Hospital de Encantado tornou-se o principal ponto de referência para o atendimento emergencial da população atingida. Com a interrupção de acessos rodoviários e a destruição de unidades básicas de saúde em alguns municípios, a centralização da demanda exigiu da equipe hospitalar uma reorganização rápida dos fluxos de atendimento (Nunes; Carvalho; Jatobá, 2025). Ao longo da última semana de abril e das primeiras semanas de maio de 2024, em questão de horas, a realidade do Vale do Taquari mudou. Sem ter noção do que acontecia do lado de fora do pronto-socorro, começamos a receber pacientes com cortes superficiais, pequenos traumas físicos e transtornos de estresse agudo. Cada paciente que chegava tinha um relato em comum: "o Taquari subiu e está levando tudo, me machuquei tentando salvar algo ou alguém". Em alguns minutos, as notícias pioravam cada vez mais e a calamidade estava instalada. A quantidade de vítimas era numericamente muito superior à capacidade operacional da unidade, tanto para receber vítimas ainda com vida quanto para acolher os corpos. A região do Alto Taquari não conta com uma unidade do Instituto-Geral de Perícias (IGP-RS). Assim, sem aviso prévio, mas como medida de emergência, o hospital passou a abrigar, no necrotério, os corpos que posteriormente seriam enviados à análise médico-legal. Na mesma velocidade com que os atendimentos aconteciam, os transtornos causados pelas chuvas e pelo aumento dos rios da bacia hidrográfica do Taquari se intensificaram. A grande maioria dos médicos plantonistas e colaboradores do hospital era composta por moradores de outros municípios. Com o aumento dos rios, foi necessário remanejar a escala para que a equipe de saúde pudesse garantir que suas famílias estivessem bem. Aqueles que não corriam riscos relacionados à subida das águas cobriram turnos para que os que estavam perdendo tudo pudessem lutar para salvar, ao menos, a vida de seus familiares. Na tentativa de chegar em casa para garantir que estavam todos bem, acidentes aconteceram. As mesmas pessoas que diariamente lutam para salvar vidas encontraram-se lutando para sobreviver. Alguns perderam familiares, alguns, amigos, alguns perderam bens materiais e alguns tiveram a sorte de ser resgatados do teto do carro enquanto tentavam chegar em casa. Nos dias que se seguiram, a água baixava e os estragos começavam a aparecer. Mais vítimas eram encontradas, os transtornos de estresse agudo se tornavam transtornos de estresse pós-traumático e o barulho da chuva, que uma vez trazia calma, tornava-se sinônimo de crises de ansiedade para muitos. Aqueles que tentavam seguir a vida deparavam-se, a cada instante, com lembranças desesperadoras.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Ir ao trabalho durante meses significava passar pelo mesmo lugar onde o morro desmoronou sobre o carro, onde a água do rio, agora metros abaixo, cobriu e levou as pontes que ali faziam a conexão entre várias cidades. Durante alguns dias, não tínhamos contato com os colegas, exceto com aqueles que encontrávamos no trabalho. Durante meses, era exaustivo enfrentar o transtorno diário para tentar voltar à normalidade, uma vez que o novo normal incluía um "passeio" de barco ou a travessia de uma ponte cercada de militares. Os planos de contingência municipais e regionais, ainda que em processo de aprimoramento, foram fundamentais para a mobilização de recursos humanos, transporte sanitário e insumos. Observou-se a necessidade de comunicação constante entre gestores municipais, equipes de saúde da atenção básica e do hospital, além do suporte da Secretaria Estadual da Saúde. Como profissionais de saúde, mesmo atualmente, seguimos vivenciando alertas de enchentes e situações em que o pronto atendimento do hospital de Encantado opera acima de sua capacidade instalada, com sobreposição de demandas de urgência clínica, além do acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico agudo. Nesses momentos, a atuação da equipe multiprofissional é essencial para manter a segurança do cuidado (Zelmanowicz; Bica; Pellanda, 2024). Durante o mês de junho de 2025, o hospital de Roca Sales iniciou seu plano de contingência, transferindo os pacientes internados para o hospital da cidade de Encantado (RS), devido ao alerta de risco de alagamento de suas instalações, visto que estas se encontravam em fase de reformas. Por sua vez, o hospital de Encantado treinou seus líderes para um plano de mudança de suas instalações, remodelando suas unidades de internação para acomodar possíveis novos pacientes oriundos de outras cidades e da própria cidade de Encantado, em caso de superlotação, além de reforçar a abertura de canais para o diálogo em caso de necessidades especiais de seus colaboradores. **Considerações finais**: a experiência no Vale do Taquari evidencia que o SUS é a principal estrutura de resposta às emergências climáticas, sendo fundamental para garantir o acesso universal e igualitário à saúde em momentos de crise. Contudo, os desafios enfrentados reforçam a necessidade de aprimorar continuamente os planos de contingência, ampliar o investimento em práticas de saúde ambientalmente sustentáveis e na educação da população, bem como fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existentes no Vale do Taquari. Enquanto profissionais de saúde e estudantes de pós-graduação, compreendemos que as mudanças climáticas impõem novas responsabilidades para a enfermagem e a medicina. Planejamento, prevenção, mitigação, educação e recuperação devem caminhar juntos, em consonância com políticas públicas que reconheçam a saúde como parte essencial da agenda climática e ambiental.

REFERÊNCIAS

FARIA, N. M. X.; SKAMVETSAKIS, A. Eventos climáticos extremos no Rio Grande do Sul e os impactos na saúde dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 50, eddsst8, p. 1–13, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/xgT79nxPjstmpWWFpQKXZth/. Acesso em: 18 ago. 2025.

NUNES, P. de C.; CARVALHO, P. V. R. de; JATOBÁ, A. A tragédia climática no Rio Grande do Sul e a Força Nacional do SUS: política pública com foco na resiliência diante de novas crises sanitárias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, e09852024, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/zCdnxvdscdYy5j93hqfgrqr/. Acesso em: 18 ago. 2025.

SEGALA, B. N. Colaboração entre as regiões Central e Sul gera estudo sobre impactos das enchentes em hospitais universitários do RS. **Inova RS**, Porto Alegre, 10 jun. 2025. Disponível em: https://inova.rs.gov.br/colaboracao-entre-as-regioes-central-e-sul-gera-estudo-sobre-impactos-das-enchentes-em-hospitais-universitarios-do-rs. Acesso em: 18 ago. 2025.

ZELMANOWICZ, A.; BICA, C.; PELLANDA, L. C. A linha de frente do atendimento em saúde no evento climático de inundação no Rio Grande do Sul em maio de 2024. **Trends in Health Sciences**, Porto Alegre, v. 67, n. 1, e202500011, p. 1–6, 2025. Disponível em: https://revista.amrigs.org.br/trendsinhealth/article/view/14. Acesso em: 16 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ENTRE COSTURAS E POESIAS: O AFETO COMO FORMA DE RESSIGNIFICAÇÃO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL

Ariane Jacques Arenhart

Maria de Fátima Bueno Fischer

Joelsom de Moraes Ferreira

APRESENTAÇÃO

O trabalho traz a vivência dos atingidos pelas enchentes no Vale do Taquari, no Rio Grande do Sul (RS), em 2023, quando equipes da saúde, da saúde mental e da assistência social mobilizaram-se na confecção de uma colcha, costurada com afeto por muitas mãos, passando pelos municípios para que as histórias fossem recontadas. Era necessário nos conectar, cantar, sorrir, viver e bordar na colcha nossas esperanças. A experiência começou em Colinas, e o convite estendeu-se a outros dez municípios atingidos pelas águas do Rio Taquari. A experiência ampliou-se para os territórios atingidos pela grande enchente de 2024 e chegou aos territórios de 136 municípios, fazendo e levando a colcha como ampliação da vida, da proteção, do cuidado, do afeto e do calor. O projeto Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o Cuidado no Caminho das Águas[1] resgata as experiências dos grupos do Vale do Taquari e as expande para os demais territórios, em um aprendizado coletivo restaurador e solidário. Agora, era necessário ressignificar a relação com as águas do Rio Taquari no encontro com as águas dos rios dos Sinos, Guaíba, Caí, Jacuí e Gravataí, por meio de uma colcha. No encontro de mãos e retalhos, em uma tessitura que resgata a memória, emergem sentimentos e afetos que, compartilhados nos coletivos, expandem a colcha para um grande manto, um xale, como marca também de nossa cultura gaúcha. O trabalho traz a aposta no encontro com a arte como dimensão estética da existência, na necessidade de uma reflexão sobre a condição humana e na potência do encontro como possíveis ferramentas capazes de superar sofrimentos produzidos pelas crises socioclimáticas, por meio de redes solidárias e acolhedoras.

OBJETIVOS

- Refletir acerca do cuidado longitudinal no encontro com a arte de tecer vivências sofridas nas enchentes;
- Fortalecer o protagonismo dos usuários e trabalhadores na invenção de novas tecnologias de cuidado na atenção psicossocial em situações de desastres socioambientais;
- Fortalecer redes afetivas no despertar sensível das artes e na subjetividade ampliada pela ética e pela estética.

METODOLOGIA

As estratégias e o planejamento do trabalho da colcha ocorreram e ainda estão em processo em dois momentos. 1. Colinas e a invenção da Colcha dos Afetos. A iniciativa surgiu como proposta de cuidado após a enchente de setembro de 2023, na região do Vale do Taquari, duramente afetada. Era necessário entendermos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

tudo o que vivemos e promovermos espaços de potência para que a força e a união das comunidades tivessem significado. Surge, por meio de uma equipe psicossocial, no município de Colinas, o Projeto Reflorescer, que visa ressignificar, na comunidade, a relação com o rio e trazer renovação e esperança. Construiu-se uma "colcha de afetos", posteriormente ampliada para outros municípios atingidos no caminho das águas do Rio Taquari. A confecção envolveu usuários das oficinas de saúde mental da atenção básica, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), responsáveis pelo "corte", pela "costura", pela "pintura" e pelas histórias recontadas. Precisávamos falar deste Rio Taquari, de nossas infâncias, de pescarias, de brincadeiras e do rio que veio com a força da natureza, levando muitas histórias que precisam ser ressignificadas. Era necessário voltar a sorrir, cantar, viver, conectar-nos com novas experiências e bordar na colcha nossas esperanças. Foi desenhado um mapa cartografando os municípios atingidos. Usuários das oficinas foram os responsáveis pelo "corte", pela "costura" e pela "pintura", e a arte era livre, cada município com seu "estilo", cultura e vida. A colcha iniciou seu caminho nas cidades que ficam às margens do Rio Taquari. O que ninguém esperava aconteceu. Em maio de 2024, as águas voltaram a subir. Atingiram as mesmas cidades e muitas outras no Vale e em todo o RS. Em maio, na cidade de Estrela, a água atingiu a colcha, que, molhada, ficou com as marcas da lama. Após as águas baixarem, ela retomou seu percurso, carregando consigo os significados de resistência, memória e reconstrução coletiva. A colcha foi limpa e seca para que pudesse seguir o trabalho de tecer afetos e deixar suas marcas por meio da arte. Era necessário seguir, buscar formas, energia e potência no apoio uns dos outros para que o caminho continuasse, assim como a vida de todos, e seguimos adiante. Percebia-se o esgotamento das pessoas em falar sobre as tragédias. Ela foi recuperada, e os participantes começaram a costurar os retalhos da vida e das memórias das pessoas abrigadas. A equipe e os usuários contribuíram com fragmentos, suas histórias, experiências e afetos, que foram posteriormente unidos em macrocolchas. A experiência tornou-se multiplicadora. A colcha surgiu como um cuidadoso trabalho de resgate das memórias subjetivas, dando forma e vida aos sentimentos que foram levados pelas águas. Nos relatos, destacava-se a dificuldade de lidar com a narrativa de que "estar viva" bastaria diante do sofrimento: "Eu não aguento mais as pessoas falarem que eu estou viva. Sim, eu estou viva, mas perdi minhas memórias. Perdi a igreja em que me casei, perdi as fotos do batizado dos meus filhos. Não tenho mais nada disso", afirmou uma das participantes. O grupo, em alguns momentos, realizou encontros na casa de uma das usuárias, que havia recebido como doação uma residência de familiares após perder tudo na enchente. O grupo teve apoio online e presencial de Fátima Fischer, de Sandra Fagundes e da coordenadora de Saúde Mental da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, Ariane Arenhart, o que fortaleceu o sentido terapêutico da oficina como espaço de cuidado, memória e reconstrução coletiva. O grupo registrou suas ideias em cadernos e as lembranças vividas, além de reunir recortes de jornais locais e postagens em redes sociais sobre a enchente. A iniciativa tornou-se um gesto de resistência e cuidado coletivo, mas, infelizmente, com a ausência de incentivo, os participantes se desmobilizaram, interrompendo uma ação que havia se mostrado muito importante para a reconstrução afetiva e social da comunidade. 2. Da Colcha que Temos à Colcha que Queremos. Ao ser incluída no curso Atenção Psicossocial: o Cuidado no Caminho das Águas, a colcha passou a ser o símbolo, a marca do projeto, lindamente ilustrada, e passou a ser confeccionada no lançamento do Mental Tchê[2], em uma oficina comunitária, na qual se confeccionou a segunda colcha com a participação de mais de 500 pessoas, em um compartilhamento afetivo de histórias sobre as enchentes. A colcha está sendo passada de mão em mão, de município em município, onde são realizadas oficinas em 48 sedes, contemplando 136 municípios e mais de 1.000 "colcheiros(as)" (os que tecem colchas). Em maio de 2026, no Mental Tchê, essas produções irão compor a grande "Da Colcha que Temos à Colcha que Queremos", em território banhado pelas águas da Lagoa dos Patos e do Arroio São Lourenço. Agora, somam-se os(as) colcheiros(as) do Vale do Taquari aos de outros 136 territórios gaúchos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONCLUSÕES

A experimentação da arte ao costurar dores e perdas, em produções nas quais cada retalho traz histórias reparadas, conecta-se a subjetividades múltiplas e forma uma peça única, contendo a diversidade, a resistência, o belo e o estético. Como símbolo de resistência, a colcha demonstra que, juntos, podemos mais e somos mais fortes. Na arte, na expressão, no cuidado e no encontro, podemos superar dores e sentir-nos abraçados por uma comunidade. São necessárias conexões, sentimentos de pertencimento, a possibilidade de voltarmos a sorrir e de nos reconhecermos. Ao vermos a colcha, temos um traçado de símbolos das nossas cidades que emociona e transmite afeto e aconchego. O papel da memória, transformada a cada toque das mãos, é fundamental na história e na vivência dos coletivos, em especial frente aos desastres socioambientais.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR ASMA E DPOC EM REGIÕES BRASILEIRAS COM MAIOR INCIDÊNCIA DE QUEIMADAS (2014-2023)

Larissa Coimbra Pereira

Introdução: as doenças respiratórias crônicas representam um importante desafio de saúde pública no Brasil. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a quinta principal causa de morte no país e uma das condições que mais demandam internações hospitalares no SUS, sobretudo em pessoas acima de 40 anos. A asma, por sua vez, acomete cerca de 20 milhões de brasileiros e está entre as três maiores causas de hospitalização no sistema público. Ambas as doenças podem ser exacerbadas pela exposição à poluição atmosférica, em especial à fumaça resultante das queimadas, que libera material particulado e gases irritantes capazes de desencadear crises e agravar sintomas respiratórios. Populações residentes em regiões com maior incidência de queimadas, como o Norte e o Centro-Oeste, estão particularmente expostas a esses riscos, revelando desigualdades ambientais que repercutem diretamente na morbimortalidade. Nesse contexto, compreender a relação entre queimadas e hospitalizações por doenças respiratórias é essencial para orientar ações de vigilância, prevenção e justiça ambiental em saúde. **Objetivo**: analisar a tendência das internações por asma e DPOC no Brasil entre 2014 e 2023, destacando o peso relativo das regiões Norte e Centro-Oeste e relacionando os achados à maior incidência de queimadas nessas regiões. **Metodologia**: estudo ecológico descritivo com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) referentes às internações por asma (CID-10 J45 a J46) e DPOC (CID-10 J40 a J44) no período de 2014 a 2023. As populações anuais foram obtidas junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o cálculo de taxas de internação por 100.000 habitantes. Os resultados foram estratificados por região geográfica. Para contextualizar a exposição ambiental, utilizaram-se dados do MapBiomas Fogo (2024) sobre áreas queimadas, com destaque para o aumento recente de queimadas nos biomas Amazônia e Cerrado, localizados majoritariamente nas regiões Norte e Centro-Oeste. **Resultados e discussão**: no período analisado, registraram-se 859.628 internações por asma e 1.039.987 por DPOC no Brasil. As regiões Norte e Centro-Oeste responderam juntas por 17% das internações por asma (145.972 casos) e 14% das internações por DPOC (145.500 casos). Embora possuam menor população que as regiões Sudeste e Sul, essas regiões apresentam proporção expressiva de hospitalizações. No Norte, foram 85.816 internações por asma e 61.950 por DPOC; no Centro-Oeste, 60.156 por asma e 83.550 por DPOC. A análise temporal mostra que, após queda abrupta em 2020 e 2021 (possivelmente associada à pandemia de covid-19), houve retomada do crescimento das internações em 2022 e 2023. Esse comportamento coincide com o aumento recente da área queimada no Brasil, que superou 30 milhões de hectares em 2024, um dos maiores registros da série histórica. O Norte e o Centro-Oeste destacam-se entre as regiões mais afetadas, especialmente em estados como Tocantins e Mato Grosso, sugerindo correlação entre o avanço do fogo e o impacto na saúde respiratória. Esses achados evidenciam que desigualdades ambientais, como a maior incidência de queimadas em biomas específicos, se traduzem em iniquidades em saúde, afetando de modo desproporcional populações já vulneráveis. **Considerações finais**: as internações por asma e DPOC no Brasil mantêm números elevados, com destaque para o impacto relativo do Norte e do Centro-Oeste, regiões que concentram parte significativa das queimadas. O crescimento da área queimada em 2024 reforça a urgência de integrar políticas de saúde e meio ambiente, priorizando ações de vigilância epidemiológica, redução da poluição atmosférica e fortalecimento da atenção às populações expostas. A relação entre queimadas e agravos respiratórios deve ser reconhecida como uma questão de justiça ambiental, exigindo estratégias do SUS que considerem os territórios e suas vulnerabilidades.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

FISIOTERAPIA PÉLVICA NO SUS: RESULTADOS E APRENDIZADOS DO PROJETO DE EXTENSÃO SAÚDE PARA TODAS

Natália Paloschi Casagrande
Dyulia Chrusciel Gornicki
Aline Ester Alves Viana
Gabriela Tomedi Leites

Introdução: as disfunções pélvicas englobam condições como incontinência urinária e fecal, prolapso de órgãos pélvicos, dor pélvica crônica, constipação e disfunções de origem neurológica. Essas alterações comprometem não apenas a funcionalidade física, mas também a saúde mental, a qualidade de vida e a participação social das mulheres, configurando-se como um problema de saúde pública. Estudos mostram que as disfunções do assoalho pélvico afetam aproximadamente 77% da população mundial feminina ao longo da vida, mas a subnotificação e o estigma ainda dificultam o diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento adequado. Nesse contexto, a fisioterapia pélvica no Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma estratégia essencial para garantir assistência acessível, resolutiva e baseada em evidências científicas. **Objetivo**: relatar a experiência do projeto de extensão Saúde para TODAS, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e ao Centro de Saúde IAPI, em Porto Alegre (RS), destacando sua contribuição para a atenção integral à saúde da mulher e para a formação de futuros profissionais. **Metodologia**: o projeto de extensão foi estruturado com o objetivo de ampliar o acesso à reabilitação pélvica e às ações educativas em saúde, favorecendo tanto o cuidado individualizado quanto a promoção da saúde coletiva (CAAE: 72074123.30000.5345). **Resultados e discussão**: as atividades foram desenvolvidas em dois turnos semanais, seguindo o fluxo de referência e contrarreferência estabelecido na rede de atenção à saúde, entre os anos de 2023 e 2025. O encaminhamento das pacientes ocorreu por médicos da atenção primária e especialistas da área. Os atendimentos foram conduzidos por acadêmicos do curso de Fisioterapia, sob supervisão docente, permitindo a integração entre ensino, serviço e comunidade. As ações incluíram consultas individuais, grupos terapêuticos e oficinas de educação em saúde em sala de espera, com foco em anatomia pélvica, hábitos miccionais e intestinais, sexualidade e estratégias de autocuidado. No período estudado, o projeto atendeu 145 mulheres com idades entre 19 e 90 anos. A principal disfunção relatada foi a incontinência urinária (71%), seguida de prolapso de órgãos pélvicos (15%), incontinência fecal (8%) e dor pélvica (5%), além de casos de constipação e disfunções de origem neurológica. Observou-se que as mulheres atendidas relataram melhora dos sintomas urinários após o acompanhamento fisioterapêutico, o que evidencia a efetividade das intervenções propostas. A atuação em grupo favoreceu a criação de um espaço de acolhimento, troca de experiências e redução do estigma associado às disfunções pélvicas. A educação em saúde, por sua vez, mostrou-se eficaz para promover mudanças de hábitos e ampliar a autonomia das pacientes em relação ao cuidado com seu corpo. Para além do impacto clínico, o projeto contribuiu para a formação dos acadêmicos, oferecendo vivência prática em um cenário real do SUS, bem como desenvolvendo habilidades técnicas, comunicacionais e de humanização do atendimento. Os resultados corroboram a literatura, que aponta a fisioterapia pélvica como recurso de primeira linha no manejo das disfunções do assoalho pélvico, reduzindo custos com procedimentos invasivos e ampliando a qualidade de vida. Além disso, reforçam a importância da integração entre universidade e serviços de saúde como estratégia de fortalecimento do SUS. **Considerações finais**: a experiência do projeto de extensão Saúde para TODAS evidencia que a fisioterapia pélvica desempenha papel crucial na promoção da saúde da mulher, favorecendo a funcionalidade, a autonomia

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

e o bem-estar biopsicossocial. Ao oferecer cuidado acessível e de qualidade no âmbito do SUS, o projeto também contribui para a redução das desigualdades em saúde. Paralelamente, o envolvimento dos acadêmicos possibilita a formação de profissionais mais preparados e sensíveis às demandas sociais. Reconhecer e fortalecer iniciativas dessa natureza é fundamental para a consolidação de políticas públicas que integrem educação, saúde e cidadania, impactando positivamente a vida das mulheres e da comunidade.

REFERÊNCIAS

PEINADO MOLINA, R. A. *et al.* Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. **Frontiers in Public Health**, [S. l.], v. 11, 1180907, 2023. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1180907/full. Acesso em: 18 ago. 2025.

LEE, U. J. *et al.* Prevalence of urinary incontinence among a nationally representative sample of women, 2005–2016: findings from the Urologic Diseases in America Project. **The Journal of Urology**, [S. l.], v. 205, n. 6, p. 1718–1724, 2021. Disponível em: https://www.auajournals.org/doi/full/10.1097/JU.0000000000001634. Acesso em: 18 ago. 2025.

CHISHOLM, L. P. *et al.* The burdens of incontinence: quantifying incontinence product usage and costs in women. **Neurourology and Urodynamics**, [S. l.], v. 41, n. 7, p. 1601–1611, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.25007. Acesso em: 18 ago. 2025.

ABRAMS, P. *et al.* 6th International Consultation on Incontinence: recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, [S. l.], v. 37, n. 7, p. 2271–2272, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.23551. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES SOCIOAMBIENTAIS: O CUIDADO NO CAMINHO DAS ÁGUAS COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Jaqueline Tavares de Assis
Milena Leal Pacheco
André Vinicius Pires Guerrero
Daniela Palma Araújo

Resumo: os desastres socioambientais, como as enchentes no Rio Grande do Sul em 2023 e 2024, evidenciam perdas humanas, materiais e impactos profundos na saúde mental coletiva. Em situações como essa, as comunidades enfrentam sobrecarga emocional, exigindo estratégias integradas de cuidado e fortalecimento comunitário. O curso "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas", voltado a gestores, trabalhadores e usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de outros setores, foi desenvolvido com esse intuito. A proposta, articulada entre o Ministério da Saúde, a Fiocruz Brasília, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems/RS), combina oficinas presenciais e comunidades de práticas *online*, priorizando metodologias participativas e a valorização dos saberes comunitários. Destaca-se a inclusão de usuários como facilitadores, ao lado de profissionais, promovendo horizontalidade e legitimando a experiência vivida. Com a meta de formar 1.600 multiplicadores, o curso reafirma que a formação em saúde mental, quando dialógica e territorializada, é também uma prática de cuidado.

Palavras-chave: saúde mental; desastres socioambientais.

INTRODUÇÃO

Os desastres socioambientais tornaram-se parte de nosso tempo histórico. Não chegam como surpresas isoladas, mas como repetições que carregam consigo o peso das mudanças climáticas, da destruição do meio ambiente e, sobretudo, das desigualdades sociais que expõem uns mais do que outros. No Brasil, as recentes enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em 2023 e 2024 atingiram centenas de municípios e populações inteiras, produzindo perdas humanas, materiais e simbólicas, além de incertezas sobre o amanhã. Para além dos impactos imediatos, tais eventos deixam marcas profundas na saúde mental individual e coletiva e acentuam problemas preexistentes, exigindo respostas que articulem cuidado, prevenção, promoção da saúde e fortalecimento comunitário.

No Rio Grande do Sul (RS), o impacto foi visível: perdas materiais e imateriais, desorganização da vida cotidiana, prejuízos sociais e econômicos e sofrimento psíquico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), em situações de desastres e emergências humanitárias, cerca de 20% das pessoas desenvolvem algum tipo de transtorno mental, incluindo quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Esse número ganha corpo quando pensamos nos trabalhadores da saúde, da Defesa Civil e da assistência social que, nesses contextos, são expostos à sobrecarga emocional e ao desgaste físico, o que pode comprometer tanto seu bem-estar quanto a qualidade do cuidado prestado. É nesse espaço de urgência e de cuidado que surge a

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

necessidade de estratégias formativas que não sejam apenas técnicas, mas também éticas, relacionais, solidárias e de validação de saberes.

O curso de atualização "Atenção Psicossocial em Desastres Socioambientais: o cuidado no caminho das águas" surge como resposta a essa demanda. Ao propor um processo formativo voltado a trabalhadores, gestores, usuários e comunidades, articulando formação, escuta qualificada, troca de experiências e práticas de apoio mútuo, este trabalho apresenta uma estratégia formativa que integra cuidado, acolhimento e fortalecimento das redes locais. Mais do que transmitir conteúdos, ele se propõe a criar um espaço de encontro, escuta e reconstrução.

REFERENCIAL TEÓRICO

Pensar o cuidado em saúde mental em situações de desastre exige um olhar ampliado. Recordando Basaglia (1985), não se trata apenas de tratar sintomas, mas de pensar o sujeito em sua liberdade, em sua cidadania e em seu território. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representam marcos que orientam práticas centradas na comunidade, na participação social e na integralidade do cuidado.

Na educação, Freire (1996) defende a práxis pedagógica como processo emancipatório e de liberdade, ajudando-nos a compreender, também no contexto da saúde mental, a formação não apenas como um treinamento técnico. Trata-se também de um processo de acolhimento, de reconstrução de vínculos, de fortalecimento da autonomia e, portanto, profundamente político. As metodologias ativas, utilizadas no curso "Caminho das Águas", materializam esse princípio ao valorizar a experiência prévia dos participantes e ao promover a aprendizagem coletiva.

Na perspectiva dos desastres socioambientais, é importante lembrar também que as vulnerabilidades sociais amplificam os efeitos dos desastres. Não basta falar de trauma individual se não reconhecemos as condições de moradia, trabalho e renda como fatores determinantes (Minayo, 2008).

Nesse contexto, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2007, 2013, 2018) reforçam a importância de que as ações de Preparação em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (MHPSS) estejam enraizadas nos territórios, capacitando trabalhadores locais e reconhecendo saberes comunitários, destacando que a dimensão psicossocial deve ser considerada indissociável das condições de vida e das desigualdades estruturais.

Milton Santos (2001), por sua vez, recorda que o território é um espaço simbólico e relacional. É onde as dores e resistências se encontram. Logo, cuidar em situações de desastre é, antes de tudo, reconhecer o território como lugar de pertencimento, de memória e de elaboração coletiva.

Assim, compreende-se que a formação em saúde mental em desastres deve incluir a compreensão dos determinantes sociais da saúde, bem como a articulação intersetorial entre saúde, assistência social, educação, Defesa Civil, habitação e cultura. Deve-se, em especial, valorizar saberes comunitários e práticas locais como fundamentais para a reconstrução social após situações de crise.

DESCRIÇÃO DO CURSO

O curso "Caminho das Águas" nasce da articulação entre o Ministério da Saúde, a Fiocruz Brasília, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Cosems/RS. Seu público é amplo: gestores, trabalhadores e usuários da RAPS, além de usuários e profissionais de áreas intersetoriais, como Defesa Civil, assistência social, educação e cultura, em 138 municípios atingidos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O projeto estrutura-se em três eixos: acolhimento, formação e troca de experiências, sendo implementado em duas etapas:

- Oficinas presenciais (40 h), voltadas ao acolhimento, ao cuidado em saúde mental, à atenção psicossocial em desastres socioambientais e à elaboração de planos locais de ação.
- Comunidade de práticas *online* (80 h), espaço de aprofundamento temático, suporte mútuo e troca de experiências.

A metodologia é participativa, baseada em metodologias ativas, no protagonismo dos usuários da rede de saúde mental e na valorização do saber comunitário. Um dado merece destaque: a participação de 29 usuários da rede de saúde mental como facilitadores, lado a lado com 86 profissionais. Isso rompe hierarquias, confere legitimidade à experiência vivida e abre espaço para a coprodução do cuidado.

Entre os resultados esperados estão a formação de 1.600 multiplicadores, a construção de 48 planos locais de atenção psicossocial em desastres, a produção de orientações técnicas, registros audiovisuais e um livro de escritas coletivas.

DISCUSSÃO

O curso reafirma algo essencial: formar também é cuidar. Nas oficinas e comunidades de prática, tendo como lema "da colcha que temos para a colcha que queremos", os sujeitos não apenas aprendem conteúdos, mas compartilham histórias, elaboram coletivamente o sofrimento e constroem vínculos. É nesse entrelaçamento de teoria e vivência que se dá a potência da proposta.

A inclusão de usuários como facilitadores é, talvez, um dos pontos mais transformadores do exercício da reabilitação psicossocial como cidadania (Saraceno, 2001), em que as pessoas facilitadoras, usuários da RAPS e profissionais, atuam de forma horizontal e dialógica. Ao contrário da lógica verticalizada atribuída ao saber biomédico, ela legitima a experiência do sofrimento como fonte de saber. Nesse sentido, Amarante (2007) aponta que o cuidado só se realiza plenamente quando reconhece a voz de quem dele participa.

Ao associar formação, acolhimento e intersetorialidade, a experiência se aproxima das recomendações internacionais de MHPSS (OMS, 2013), mas, ao mesmo tempo, não abre mão das especificidades territoriais. É justamente nessa conjugação entre diretrizes globais e singularidades locais que reside sua força.

CONCLUSÃO

O "Caminho das Águas" mostra que a formação em saúde mental, quando dialógica e territorializada, pode ser mais do que qualificação: pode se tornar um ato de cuidado em si mesmo. Em tempos em que os desastres se intensificam, apostar nesse tipo de iniciativa é também afirmar a resiliência comunitária, a solidariedade e a potência das redes.

Não se trata apenas de reconstruir casas, ruas ou hospitais. Trata-se de reconstruir vidas, vínculos e sentidos e de reconhecer que, no meio das águas, é no encontro com o outro que se encontra também a possibilidade de seguir vivendo.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).

BASAGLIA, F. (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manejo clínico de condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias em emergências humanitárias: Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)**. Brasília, DF: OPAS, 2020.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building back better: sustainable mental health care after emergencies**. Geneva: WHO, 2013. 110 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health in emergencies: mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors**. Geneva: WHO, 2003. 7 p. (WHO/MSD/MER/03.01).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO JERÔNIMO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL

Adry Willian Battochia
Ana Paula Baptista Lima
Fábio Caldana
Rosangela Dornelles

Apresentação/Introdução: trata-se de um estudo descritivo, fundamentado em uma exploração dos dados constantes nos sites oficiais do município de São Jerônimo, na Região Carbonífera do Rio Grande do Sul. Este estudo foi desenvolvido pelos alunos de graduação da Faculdade Ulbra Medicina São Jerônimo, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade I, para composição do argumento avaliativo. O presente trabalho concentrou-se na verificação da transparência das informações, de sua facilidade de acesso e da disponibilidade de conteúdos relacionados à saúde pública municipal de São Jerônimo, por meio do acesso direto aos sites pelos pesquisadores. **Objetivos**: avaliar a presença ou a ausência de informações direcionadas à população nos sites oficiais do município avaliado. Avaliar a qualidade das informações prestadas pelo município à população em sites e/ou redes sociais municipais. **Metodologia**: a coleta de dados foi realizada por meio do acesso ao site da prefeitura municipal. O instrumento de pesquisa foi composto por 18 indicadores de caráter dicotômico (presença ou ausência), com o objetivo de avaliar a presença, a qualidade e a atualização das informações, assim como os demais critérios relacionados à área da saúde. Os indicadores foram os seguintes: o site está atualizado; o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está visível; há o símbolo do SUS; está especificada a função da política de privacidade; há comunicação com as unidades; há informações sobre saúde na página principal (SUS); o site tem janela específica para a saúde; há clareza nas informações sobre a Secretaria de Saúde (endereço, telefone, e-mail, horário de atendimento e cargos com nomes dos responsáveis); existe uma janela no site para o Conselho Municipal de Saúde (individual ou específica); há janela para notícias diárias sobre a saúde do município; existe um espaço específico para a legislação própria da saúde do município; existe um espaço específico para outras legislações da saúde; há informação sobre estruturas de saúde; há espaço específico para divulgação de programas municipais; há redes sociais específicas para divulgações da área da saúde; as informações das redes sociais estão atualizadas; existe serviço online disponível para a área da saúde; e existe um canal de comunicação direta com o cidadão especificamente para a saúde. As variáveis foram avaliadas em formato quantitativo binário (presente/ausente) ou qualitativo, conforme a aplicabilidade das informações propostas. Foram considerados apenas os sites oficiais de instituições propriamente vinculadas à administração pública municipal vigente do município de São Jerônimo. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica para análise. Foi verificada a presença ou a ausência dos indicadores para o município. Foram discutidas as lacunas de informação, as boas práticas de comunicação e a divulgação digital na área da saúde. O estudo utilizou, exclusivamente, dados disponibilizados em sites oficiais, não envolvendo sujeitos humanos ou informações pessoais sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, dessa forma, dispensando a necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão**: foram evidenciados cinco indicadores presentes (cerca de 28%) e 13 (72%) indicadores ausentes nos canais oficiais do município (nas redes sociais Facebook e Instagram e no site da Secretaria Municipal de Saúde). **Considerações finais**: os dados demonstram que o município precisa avançar na divulgação de suas informações à população. Também se nota a necessidade de aprimorar a qualidade das informações fornecidas pelo órgão gestor municipal de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

COLETIVAMENTE – SAÚDE COLETIVA EM PAUTA

Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira
Bruna Fantinatti Guimarães
Miguel Oliveira Marques
Aline Duarte Lisboa

Introdução: diante do imenso e perigoso impacto das *fake news* sobre as pessoas e sobre o sistema de saúde, desenvolver habilidades de comunicação segura e confiável torna-se indispensável. Vivenciamos, ao longo do tempo, transições importantes na metodologia de comunicação em saúde. Associadas à forma de comunicar, experienciamos diferentes graus de importância atribuídos à evidência confiável. Podemos, ainda, refletir sobre o impacto dessas transições, ao longo do tempo, no que se refere às antíteses entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial. Ao longo do tempo, as ciências biológicas também evoluíram. Diante disso, é aceitável que tenhamos que (re)descobrir ferramentas de comunicação capazes de acompanhar os grandes desafios postos. Entre os desafios a serem enfrentados no que se refere à saúde pública, está a necessidade de maior conscientização acerca da importância de abordarmos, em nosso dia a dia, nos diferentes níveis de atenção, a saúde planetária. O ColetivaMente surge como uma importante e versátil ferramenta de comunicação em saúde, que tem como pauta central a saúde coletiva, por meio da integralidade de sua abordagem e da amplitude de seu alcance. **Objetivos**: o ColetivaMente tem como principal objetivo ampliar e qualificar a comunicação sobre saúde coletiva, de forma científica, considerando a participação, os saberes populares e a ancestralidade, por meio de plataformas digitais e da interatividade junto a um público diverso. **Metodologia**: o ColetivaMente é produzido por meio da relação de cooperação entre ensino e serviço. Semanalmente, um episódio de *podcast* sobre saúde coletiva é disponibilizado na plataforma Spotify, à qual todos podem ter acesso gratuitamente. Às quartas-feiras, o ColetivaMente vai ao ar, ao vivo, por meio da Rádio Universidade (1160 AM), às 15h30, possibilitando maior interatividade com os ouvintes. O Instagram também é uma importante ferramenta digital de compartilhamento de informações e divulgação dos temas abordados, bem como de trocas com os seguidores. **Resultados**: durante o período das enchentes de 2023 e 2024, o ColetivaMente possibilitou o diálogo com diferentes públicos. Entre os episódios gravados neste período, destacam-se os episódios sobre a "situação das enchentes no estado e no município", "o impacto de desastres climáticos como a enchente na saúde da população", "conversando sobre as principais zoonoses, leptospirose" e "cuidados que devem ser adotados ao retornar às áreas afetadas, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (EPI)". Seja por meio do Instagram, do *podcast* ou do programa ao vivo na rádio, o ColetivaMente alcançou usuários do SUS que tiveram suas casas invadidas pela lama e pela água, trabalhadores da saúde que estavam vivenciando o aumento de casos de doenças em decorrência do período das enchentes e gestores que estavam tendo que administrar o sistema de saúde completamente afetado pelo evento climático mais grave já enfrentado pelo Rio Grande do Sul. Também foi possível mostrar para o restante do país a situação que enfrentamos, sem sensacionalismos, mas por meio da voz de quem estava nas diferentes linhas de frente. Foi possível, ainda, traduzir para este público diverso a importância da saúde planetária. **Considerações finais**: o ColetivaMente traz como pauta central a saúde coletiva, costurando, por meio da comunicação simples e versátil, diferentes saberes e transitando pelos diferentes níveis de atenção, de modo a alcançar, de forma integral, diferentes públicos, tendo como princípio a valorização da ciência e dos saberes populares.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

COZINHAS SOLIDÁRIAS E MUDANÇAS CLIMÁTICAS: RESPOSTAS COMUNITÁRIAS EM TEMPOS DE CRISE

Leonardo Konrath da Silveira
Juliana Nichterwitz Scherer
Priscila Pereira da Silva Lopes
Mellanie Fontes-Dutra

Introdução: as mudanças climáticas intensificam as desigualdades sociais e agravam a insegurança alimentar. Essa emergência climática afeta desproporcionalmente populações vulneráveis, provocando escassez hídrica, instabilidade produtiva e elevação dos preços dos alimentos, especialmente de frutas e hortaliças. Nesse contexto, surgem as cozinhas solidárias como uma das estratégias para enfrentar as crises socioambientais. As cozinhas solidárias são espaços coletivos de preparo e distribuição gratuita de alimentos, organizadas por movimentos sociais, associações de bairro, coletivos populares ou redes de apoio mútuo. Elas vão além da assistência emergencial, pois representam uma forma de resistência social, cultural e política. Em contextos de crise, como os causados por desastres climáticos e colapsos econômicos, tornam-se fundamentais para garantir o direito básico à alimentação, emergindo como iniciativas comunitárias que articulam assistência alimentar e justiça climática. Ao priorizarem alimentos agroecológicos, locais e sazonais, as cozinhas solidárias apresentam, ainda, a possibilidade de redução da pegada ecológica associada ao transporte e à monocultura industrial, como, por exemplo, pela adoção de plantas alimentícias não convencionais (PANC), que intensificam essa lógica sustentável, diversificando sistemas produtivos e mitigando os efeitos adversos das mudanças climáticas na agricultura. **Objetivo**: analisar o nível de conhecimento da população brasileira sobre cozinhas solidárias e discutir sua relevância como medida de enfrentamento das consequências das mudanças climáticas para a saúde pública. **Metodologia**: trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado com adultos brasileiros, recrutados por conveniência entre maio e agosto de 2025. Os dados foram coletados por meio de um instrumento padronizado, aplicado de forma presencial e *online*, contendo questões sociodemográficas e de conhecimentos em saúde. O nível de conhecimento sobre as cozinhas solidárias foi mensurado por meio do item "Cozinhas solidárias, por exemplo: o que são, como funcionam e onde encontrar", com quatro opções de resposta: "muito desinformado", "pouco informado", "informado o suficiente" e "muito informado". Os dados foram analisados por meio de análises descritivas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição sob o parecer nº 7.509.256. **Resultados**: o estudo contou com a participação de 312 pessoas, oriundas de 14 estados brasileiros, sendo a maioria residente no estado do Rio Grande do Sul. A amostra caracterizou-se, predominantemente, por mulheres (75,0%), com idade média de 39 anos, autodeclaradas brancas (88,4%) e com ensino médio completo (46,3%). Em relação ao nível de conhecimento sobre as cozinhas solidárias, 77% dos participantes declararam estar "muito desinformados" ou "pouco informados" sobre o tema. **Discussão**: apenas uma parcela minoritária demonstrou ter algum grau de familiaridade com o termo "cozinhas solidárias", indicando que esse tipo de iniciativa ainda é pouco conhecido entre a população entrevistada, o que pode refletir a invisibilidade das iniciativas comunitárias nos meios de comunicação tradicionais. As cozinhas solidárias revelam que as soluções não virão apenas de políticas globais e/ou de Estado, mas também dos próprios territórios, que se organizam em busca de sua segurança alimentar e nutricional. Por meio das cozinhas solidárias, foi possível manter a alimentação da população do Rio Grande do Sul atingida diretamente pelos eventos climáticos ocorridos em maio de 2024, ressaltando a sua importância para garantir

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

a segurança alimentar e nutricional dessas pessoas, que, em alguns casos, tiveram de ficar por mais de um mês em abrigos provisórios. Tal fato destaca a relevância das cozinhas solidárias nesses contextos emergenciais e reforça a necessidade de investir na divulgação de informações sobre essas ações. **Conclusão**: as cozinhas solidárias revelam um modelo de enfrentamento climático e alimentar a partir dos territórios, promovendo justiça climática, resiliência comunitária, soberania alimentar e redução das emissões de gases causadores do aquecimento global e das mudanças climáticas. Elas combinam solidariedade com a organização política local, fortalecendo práticas de cidadania e de fortalecimento comunitário. Ao integrar saberes culinários, recursos agroecológicos e alimentação digna, esses espaços exemplificam um caminho de transição para sistemas alimentares mais sustentáveis e inclusivos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

QUAL O PAPEL DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS NA RESPOSTA DO SUS ÀS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS?

Alexandre Paulo Moch Schmidt Teixeira
Luciana Corrêa de Barros Cevenini
Tiago Maas
Natália Franco Tissot

Introdução: temos presenciado diferentes emergências climáticas por todo o mundo. Terremotos, erupções vulcânicas, calor extremo, frio extremo, chuvas de grande intensidade, alagamentos, enchentes, pandemias decorrentes de novas doenças e o retorno de outras doenças infectocontagiosas são algumas das emergências mais recentes. É consenso que o intervalo entre elas tem sido cada vez menor; em contrapartida, o impacto sobre a população é cada vez maior. Populações com maior vulnerabilidade social, locais onde há maiores iniquidades e regiões com maior grau de exploração ambiental tendem a ser mais afetados. Países subdesenvolvidos e até mesmo países em desenvolvimento, como o Brasil, têm grande parte de sua população direta ou indiretamente atingida diante de uma emergência climática. O Sistema Único de Saúde (SUS) precisa, de alguma forma, adequar-se a essa condição para melhor responder a essa demanda, que cresce ano após ano. Diante do exposto, é preciso que a formação em saúde aborde de forma mais aprofundada a temática da saúde planetária em seus currículos e que, preferencialmente, atue junto à comunidade, de modo prático, na sua promoção. No que tange à formação médica, é preciso que tenhamos claro o papel dos programas de residência médica na resposta do SUS às emergências climáticas. Os programas de Medicina de Família e Comunidade parecem estar na vanguarda dessa abordagem, uma vez que sua matriz de competências traz como pré-requisito mínimo à formação a saúde planetária a partir da abordagem territorial. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um Programa de Residência Médica durante o enfrentamento das enchentes de 2024. **Objetivos**: relatar a experiência de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do sul do Rio Grande do Sul na resposta às enchentes de 2024. **Metodologia**: diante do cenário de emergência climática que se anunciava em decorrência dos volumosos acúmulos de água, em tão pouco tempo, na região central do estado do Rio Grande do Sul, em abril e maio de 2024, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade se reuniu de forma extraordinária para a discussão do Plano de Ação do programa de residência frente às emergências climáticas. De forma colaborativa, professores e médicos residentes desenvolveram um plano de resposta escalonado, tendo como base as previsões meteorológicas e em total parceria com a gestão local. **Resultados**: o Plano de Ação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em questão previa, inicialmente, a análise dos riscos das moradias dos médicos residentes e de seus familiares. A partir disso, previa-se a análise situacional/local das unidades de saúde em que estavam atuando e do impacto direto da emergência climática em cada território. Ainda, a força de trabalho foi dimensionada e a carga horária, redistribuída, a fim de que este Programa de Residência pudesse garantir assistência médica diária nos abrigos municipais, de forma longitudinal e continuada, exercendo o papel de coordenação do cuidado durante o período de abrigamento. Dessa forma, ao todo, oito abrigos foram criados, sendo que, em cada um, estiveram abrigadas, em média, 150 pessoas. O período de abrigamento durou 45 dias. Durante esse período, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ficou responsável pela assistência à saúde dos desabrigados, de forma continuada e diariamente, sendo possível garantir o atendimento às demandas agudas e, especialmente, a compensação das condições crônicas. Vínculos

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

foram criados, condições de saúde foram descobertas e centenas de atendimentos foram prestados. Do pré-natal à puericultura, a integralidade do cuidado possibilitou que, ao longo do período de abrigamento, não fossem identificadas situações de violência no local. Após o período das cheias, o retorno da população às suas casas foi planejado e organizado, na perspectiva da garantia do cuidado continuado e em rede. **Considerações finais**: durante os mais de 45 dias de abrigamento, não houve gastos públicos adicionais com assistência médica, uma vez que o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade assegurou cuidado e assistência humanizada, assumindo, portanto, sua responsabilidade social frente às emergências climáticas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A COLCHA DE RETALHOS – CONFERÊNCIA LIVRE: O IMPACTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS NA SAÚDE, ETAPA PREPARATÓRIA PARA A 5ª CNMA/2025: O QUE EU, CIDADÃO, QUERO PARA ESSA CONFERÊNCIA?

Roselaine Murlik
Giovanna Pandolfo
Ana Lucia Valdez Poletto
Gislaine Lopes de Moraes

Resumo: a arte da colcha de retalhos registrou os desejos e as impressões dos participantes na Conferência Livre (CL) "O impacto das mudanças climáticas na saúde". Trata-se de uma atividade pedagógica que trouxe à população a reflexão sobre as emergências climáticas. A Conferência Livre ocorreu nos dias 11 (1ª etapa) e 13 (2ª etapa) de fevereiro de 2025 e objetivou incentivar a participação popular na construção de propostas para o enfrentamento da emergência climática, refletindo sobre o papel do SUS em seus cinco eixos temáticos: mitigação; adaptação e preparação para desastres; justiça climática; transformação ecológica e governança e educação ambiental. Foi a primeira vez que o GHC participou da organização de uma Conferência de Meio Ambiente. A CL foi exitosa, mobilizando lideranças comunitárias e trabalhadores da saúde, e construiu propostas que foram integradas à 5ª CNMA. Os trabalhadores da saúde têm um papel fundamental no enfrentamento das emergências climáticas. Capacitá-los para dialogar com a comunidade, tornando-os multiplicadores do tema e incentivadores do controle social, é crucial na luta contra as emergências climáticas.

Palavras-chave: emergências climáticas; educação ambiental; participação popular.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO EM SITES OFICIAIS DO MUNICÍPIO DE BARÃO DO TRIUNFO DA REGIÃO CARBONÍFERA DO RIO GRANDE DO SUL

Eduarda Macarini Nicoleti
Gabriela Przybulinski Prezotto Pinheiro
Fábio Caldana
Rosangela Dornelles

Apresentação/Introdução: trata-se de um estudo descritivo, fundamentado em uma exploração dos dados constantes nos sites oficiais do município de Barão do Triunfo, na Região Carbonífera do Rio Grande do Sul. Este estudo foi desenvolvido pelos alunos de graduação da Faculdade Ulbra Medicina São Jerônimo, na disciplina de Medicina de Família e Comunidade I, para composição do argumento avaliativo. O presente trabalho concentrou-se na verificação da transparência das informações, de sua facilidade de acesso e da disponibilidade de conteúdos relacionados à saúde pública municipal de Barão do Triunfo, por meio do acesso direto aos sites pelos pesquisadores. **Objetivos**: avaliar a presença ou a ausência de informações direcionadas à população nos sites oficiais do município avaliado. Avaliar a qualidade das informações prestadas pelo município à população em sites e/ou redes sociais municipais. **Metodologia**: a coleta de dados foi realizada por meio do acesso aos sites da prefeitura municipal. O instrumento de pesquisa foi composto por 18 indicadores de caráter dicotômico (presença ou ausência), com o objetivo de avaliar a presença, a qualidade e a atualização das informações, assim como os demais critérios relacionados à área da saúde. Os indicadores foram os seguintes: o site está atualizado; o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) está visível; há o símbolo do SUS; está especificada a função da política de privacidade; há comunicação com as unidades; há informações sobre saúde na página principal (SUS); o site tem janela específica para a saúde; há clareza nas informações sobre a Secretaria de Saúde (endereço, telefone, e-mail, horário de atendimento e cargos com nomes dos responsáveis); existe uma janela no site para o Conselho Municipal de Saúde (individual ou específica); há janela para notícias diárias sobre a saúde do município; existe um espaço específico para a legislação própria da saúde do município; existe um espaço específico para outras legislações da saúde; há informação sobre estruturas de saúde; há espaço específico para divulgação de programas municipais; há redes sociais específicas para divulgações da área da saúde; as informações das redes sociais estão atualizadas; existe serviço *online* disponível para a área da saúde; e existe um canal de comunicação direta com o cidadão especificamente para a saúde. As variáveis foram avaliadas em formato quantitativo binário (presente/ausente) ou qualitativo, conforme a aplicabilidade das informações propostas. Foram considerados apenas os sites oficiais de instituições propriamente vinculadas à administração pública municipal vigente do município de Barão do Triunfo. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica para análise. Foi verificada a presença ou a ausência dos indicadores para o município. Foram discutidas as lacunas de informação, as boas práticas de comunicação e a divulgação digital na área da saúde. O estudo utilizou, exclusivamente, dados disponibilizados em sites oficiais, não envolvendo sujeitos humanos ou informações pessoais sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e, dessa forma, dispensando a necessidade de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados e discussão**: foram evidenciados cinco indicadores presentes (cerca de 28%) e 13 (72%) indicadores ausentes nos canais oficiais do município (apenas na rede social Facebook). **Considerações finais**: os dados demonstram que o município precisa avançar na divulgação de suas informações à população. Também se nota a necessidade de aprimorar a qualidade das informações fornecidas pelo órgão gestor municipal de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SAÚDE, TERRITÓRIO E JUSTIÇA AMBIENTAL: UMA EXPERIÊNCIA DO PEA FOCO NO NORTE FLUMINENSE

Felipe da Silva Justo
Caroline Terra de Oliveira
Maria Odete da Rosa Pereira

O PEA FOCO (Projeto de Educação Ambiental para Fortalecimento Comunitário), desenvolvido pela Equinor como parte do licenciamento ambiental federal do campo de petróleo Peregrino, na Bacia de Campos, Brasil, representa uma iniciativa crucial para enfrentar desigualdades socioambientais em comunidades costeiras. Desde 2013, o projeto tem se concentrado no empoderamento feminino, envolvendo mais de 400 mulheres em municípios como São João da Barra e Cabo Frio, por meio de capacitação profissional, reconhecimento legal do trabalho na pesca artesanal e programas de liderança comunitária. Ao estabelecer cozinhas pedagógicas, emitir carteiras de pesca e formar a Associação de Mulheres Apoiadoras do PEA FOCO, o projeto combate a invisibilidade das mulheres nas economias extrativistas, ao mesmo tempo que promove justiça ambiental e resiliência em saúde pública. Este estudo analisa o PEA FOCO por meio das lentes da ecologia política (Acselrad, 2004), do feminismo decolonial (Kergoat, 2016) e dos determinantes sociais da saúde (Breilh, 2010). Destaca-se como a exploração petrolífera agrava as desigualdades em saúde, expondo comunidades à poluição, a condições precárias de trabalho e a vulnerabilidades climáticas, enquanto iniciativas de educação de base mitigam esses riscos. Apesar de seus sucessos, o projeto opera sob as limitações estruturais da dependência do petróleo, revelando tensões entre a mitigação conduzida por corporações e a justiça transformadora.

PALAVRAS-CHAVE: justiça ambiental; equidade de gênero; desigualdades em saúde; empoderamento comunitário; extração de petróleo.

HEALTH, TERRITORY AND ENVIRONMENTAL JUSTICE: AN EXPERIENCE OF PEA FOCO IN NORTHERN RIO DE JANEIRO STATE

The PEA FOCO (Environmental Education Project for Community Strengthening), developed by Equinor as part of the federal environmental licensing process for the Peregrino oil field in the Campos Basin, Brazil, represents a critical initiative for addressing socio-environmental inequalities in coastal communities. Since 2013, the project has focused on women's empowerment, engaging over 400 women in municipalities such as São João da Barra and Cabo Frio through vocational training, legal recognition of artisanal fishing labor, and community leadership programs. By establishing pedagogical kitchens, issuing fishing licenses, and forming the Association of Women Supporters of PEA FOCO, the project combats the invisibility of women in extractive economies while promoting environmental justice and public health resilience. This study analyzes PEA FOCO through the frameworks of political ecology (Acselrad, 2004), decolonial feminism (Kergoat, 2016), and social determinants of health (Breilh, 2010). It highlights how oil exploration exacerbates health inequities, exposing communities to pollution, precarious labor conditions, and climate vulnerabilities, while grassroots education initiatives mitigate these risks. Despite its successes, the project operates within the structural constraints of oil dependency, revealing tensions between corporate-led mitigation and transformative justice.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

KEYWORDS: environmental justice; gender equity; health inequities; community empowerment; oil extraction.

SALUD, TERRITORIO Y JUSTICIA AMBIENTAL: UNA EXPERIENCIA DEL PEA FOCO EN EL NORTE FLUMINENSE

El PEA FOCO (Proyecto de Educación Ambiental para el Fortalecimiento Comunitario), desarrollado por Equinor como parte del licenciamiento ambiental del campo petrolero Peregrino (Brasil), aborda las desigualdades socioambientales en comunidades costeras. Desde 2013, el proyecto ha empoderado a más de 400 mujeres en municipios como São João da Barra y Cabo Frio mediante capacitación laboral, reconocimiento legal del trabajo en la pesca artesanal y liderazgo comunitario. Las cocinas pedagógicas, las licencias de pesca y la Asociación de Mujeres del PEA FOCO son ejemplos de su metodología participativa, que combate la invisibilidad femenina en economías extractivas. Este análisis integra la ecología política (Acselrad, 2004), el feminismo decolonial (Kergoat, 2016) y los determinantes sociales de la salud (Breilh, 2010), revelando cómo la explotación petrolera agrava los riesgos sanitarios, como la contaminación, el trabajo precario y la crisis climática, y cómo la educación ambiental fortalece la resiliencia. No obstante, el proyecto opera bajo los límites estructurales de la dependencia del petróleo, exponiendo contradicciones entre la mitigación corporativa y la justicia transformadora.

PALABRAS CLAVE: justicia ambiental; equidad de género; inequidades en salud; empoderamiento comunitario; extracción petrolera.

INTRODUÇÃO

A exploração de petróleo em regiões costeiras tem impactos profundos e multidimensionais, afetando não apenas o meio ambiente, mas também a saúde e os modos de vida das comunidades tradicionais que dependem desses ecossistemas. No Norte e no Noroeste Fluminense, onde a atividade petrolífera se expande sobre territórios historicamente ocupados por pescadores e pescadoras artesanais, os conflitos socioambientais evidenciam desigualdades estruturais, especialmente no que diz respeito às mulheres, cujo trabalho frequentemente permanece invisibilizado. É nesse contexto que o PEA FOCO, Projeto de Educação Ambiental para o Fortalecimento da Organização Comunitária, se destaca como uma iniciativa estratégica de mitigação dos impactos socioambientais decorrentes do licenciamento do campo de Peregrino, operado pela Equinor na Bacia de Campos.

Desde sua criação, em 2013, como condicionante do licenciamento ambiental federal conduzido pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), o PEA FOCO consolidou-se como um projeto inovador ao centrar suas ações no protagonismo feminino, capacitando mais de 400 mulheres em municípios como São Francisco de Itabapoana, São João da Barra e Cabo Frio. Sua metodologia participativa, baseada no diálogo com as demandas locais, resultou em conquistas tangíveis, como a criação de cozinhas pedagógicas, a regularização profissional de pescadoras e a formação de lideranças comunitárias. Tais ações não apenas promovem justiça ambiental e equidade de gênero, mas também fortalecem a resiliência dessas comunidades diante dos riscos inerentes à exploração petrolífera, incluindo acidentes e degradação ambiental.

Este texto busca analisar como o PEA FOCO articula educação ambiental, saúde coletiva e direitos territoriais, destacando seu papel na redução das iniquidades socioambientais que atingem as mulheres

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

pescadoras. Para isso, partimos de um marco teórico que integra a ecologia política (Acselrad, 2004), os feminismos decoloniais (Kergoat, 2016) e a saúde coletiva (Breilh, 2010), demonstrando como a organização comunitária e o reconhecimento dos saberes tradicionais são fundamentais para enfrentar os desafios impostos pelo modelo extrativista.

Também discutiremos as limitações e contradições de projetos como o PEA FOCO, que, embora promovam transformações locais, estão inseridos em um sistema mais amplo de dependência do petróleo e de fragilização das políticas ambientais. A análise baseia-se em revisão bibliográfica, dados oficiais e relatos das próprias participantes, evidenciando a importância de políticas públicas integradas que garantam não apenas a mitigação de danos, mas a efetiva justiça socioambiental para as populações tradicionais.

Ao final, refletimos sobre como iniciativas como essa podem inspirar alternativas ao desenvolvimento predatório, colocando as vozes e os corpos das mulheres pescadoras no centro do debate sobre território, saúde e sustentabilidade.

Ações de mitigação – PEA FOCO

O PEA FOCO, Projeto de Educação Ambiental para o Fortalecimento da Organização Comunitária, é um projeto desenvolvido pela Equinor desde 2013 como parte das condicionantes do licenciamento ambiental federal do campo de Peregrino, na Bacia de Campos, conduzido pelo Ibama. Ao completar uma década de atuação em 2023, o programa consolidou-se como uma importante iniciativa de educação ambiental e empoderamento comunitário na região. Com foco especial no protagonismo feminino, o PEA FOCO já envolveu mais de 400 mulheres dos municípios de São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Cabo Frio, Armação dos Búzios e Arraial do Cabo, promovendo capacitação, reconhecimento profissional e fortalecimento organizacional.

A metodologia participativa do projeto, baseada no diálogo e nas demandas locais, permitiu a realização de diversas ações transformadoras. Entre os principais resultados estão a implementação de duas cozinhas pedagógicas, em São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, para oficinas de culinária e economia solidária; a emissão de carteiras de pesca, que tiraram mulheres da invisibilidade na cadeia produtiva pesqueira; e a criação, em 2014, da Associação de Mulheres Apoiadoras do PEA FOCO, que garante a participação feminina em fóruns e conselhos municipais. O projeto também formou educadoras populares, fortalecendo lideranças comunitárias.

Durante a pandemia, o projeto adaptou-se ao formato remoto, mantendo o engajamento das participantes e ampliando as discussões para incluir temas como tecnologia e metodologias de trabalho. Como parte integrante do licenciamento ambiental, o PEA FOCO continua suas atividades, contribuindo para a integração das mulheres nos espaços econômico, social e ambiental da região, sempre respeitando as dinâmicas comunitárias locais.

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa, procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre Educação Ambiental no meio acadêmico, especificamente com o recorte de gênero relacionado às mulheres trabalhadoras da pesca artesanal. Assim, a metodologia da pesquisa busca compreender a Educação Ambiental na perspectiva da pesca artesanal e do recorte de gênero, bem como as interpretações técnicas e teóricas que permeiam a temática das mulheres da pesca artesanal. Para estabelecer a relação entre saúde, território e justiça ambiental no contexto do PEA FOCO, é fundamental constituir um marco teórico-conceitual que dialogue com os seguintes campos do conhecimento:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Saúde coletiva e determinantes socioambientais: a partir da Carta de Ottawa (1986) e dos trabalhos de Breilh (2010), compreendemos a saúde como resultante de complexos processos sociais, econômicos e ambientais. No contexto estudado, destacam-se como determinantes críticos a qualidade dos ecossistemas costeiros, o acesso à água potável, as condições de trabalho na pesca artesanal e a exposição a contaminantes petrolíferos.

Justiça ambiental e ecologia política: fundamentados em Acselrad (2004) e Martínez-Alier (2007), analisamos como os conflitos ambientais na região expressam desigualdades na distribuição dos riscos e benefícios do desenvolvimento. O conceito de "racismo ambiental" (Bullard, 1990) é particularmente relevante para entender a sobrecarga de impactos sobre comunidades pobres e tradicionais.

Feminismos decoloniais e economia ecológica: a perspectiva de autores como Kergoat (2016) e Shiva (2016) nos permite analisar a divisão sexual do trabalho nas comunidades pesqueiras e os saberes tradicionais femininos como elementos centrais para estratégias alternativas de desenvolvimento.

Território e saúde: a partir de Santos (1996) e Haesbaert (2014), compreendemos o território não apenas como espaço físico, mas como construção social dinâmica, onde se materializam relações de poder e estratégias de resistência. Essa abordagem é fundamental para entender como as comunidades pesqueiras constroem e defendem seus territórios de vida diante da expansão petrolífera.

Território e determinantes socioambientais da saúde

Com o aumento exponencial da exploração e da produção de petróleo em alto-mar, nas áreas conhecidas como pré-sal, os riscos de acidentes, vazamentos e catástrofes acompanham proporcionalmente esse crescimento, mas nem todos os países possuem as mesmas capacidades de lidar com as emergências e os prejuízos, caso o pior ocorra. Ao contrário de um acidente *onshore*, no continente, as plataformas são estabelecidas em alto-mar e chamadas de *offshore*. Qualquer situação, da mais simples à mais complexa, envolve toda uma logística de deslocamento de equipes, seja utilizando navios ou helicópteros, que apoiam as atividades. No caso de um derramamento de óleo, de qualquer proporção, as correntes marítimas, os ventos ou as marés podem atuar para dispersar, direcionar ou elevar os riscos ambientais e sociais do episódio.

Uma das exigências para o início das operações e a concessão da licença, no Brasil, é o planejamento para hipóteses de acidentes e derramamento de óleo. A necessidade de contenção dos danos, pois é impossível eliminar completamente esse risco, permite a autorização de operação de empreendimentos altamente poluidores. Não é objetivo deste estudo discutir a dependência social e econômica do petróleo em uma sociedade baseada no uso desse recurso em quase todos os produtos. Diante da impossibilidade de mudar essa realidade, faz-se necessário tratar adequadamente dos riscos, para que se possa reduzi-los dentro de um panorama que não impacte e sobrecarregue ainda mais o planeta.

Nesse debate, buscamos propor melhorias na forma de enfrentamento dos desastres oriundos da exploração e da produção de petróleo, pois o ambiente afetado, além da flora e da fauna, também abrange populações tradicionais e ribeirinhas, que vivem da subsistência a partir da pesca, do beneficiamento de pescado, do comércio e do turismo em regiões litorâneas e residem nesses locais. No que se refere à residência em municípios litorâneos, 25% da população brasileira, correspondente a cerca de 50 milhões de pessoas (IBGE, 2020), reside nessas localidades, evidenciando um número populacional considerável que se aglomera nessa faixa do continente.

Conforme Santos (1996), "O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence". Desse total, uma parcela da população faz da linha de areia e do mar o seu modo de sobrevivência. Estima-se que mais de um milhão de pessoas dependam diretamente da pesca artesanal no Brasil, incluindo pescadoras e pescadores, marisqueiras, entre outras pessoas que atuam na

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

cadeia produtiva da pesca, além de suas famílias (IBGE, 2020).

Diante de uma situação de desastre, essas pessoas perdem seu modo de sobrevivência. Ainda, nessas situações, os grupos que serão impactados com maiores prejuízos são os que vivem diretamente conectados ao mar ou exercem atividades relacionadas a ele, em situação de precariedade social e comumente atravessados por questões raciais e sociais. Nesse sentido, Bullard (1990) afirma que "As comunidades negras nos EUA são desproporcionalmente afetadas pela localização de resíduos perigosos".

Além da pesca artesanal, nas áreas litorâneas, temos a incidência do turismo e dos serviços decorrentes da atividade. No litoral brasileiro, o turismo é uma das principais atividades econômicas, englobando hotéis, restaurantes, ambulantes, guias turísticos e outros profissionais. Segundo dados do IBGE (2020), cerca de cinco milhões de pessoas podem estar, direta ou indiretamente, ligadas a essas atividades. Ainda, temos o comércio e a indústria que atuam no transporte marítimo. O comércio de pescados e as indústrias de beneficiamento também empregam milhares de pessoas, a partir da pesca e da operação das embarcações.

Em uma situação de desastre ambiental, acidentes com derramamento de petróleo poderiam causar um impacto capaz de afetar diretamente até 10% da população litorânea, ou seja, cerca de cinco milhões de pessoas, que dependem de atividades como pesca, turismo e comércio. Isso ocorreria em uma previsão regional.

Caso o dano ocorra em área de perfuração de difícil acesso, como o pré-sal, esse impacto pode ser ainda maior, dada a possibilidade de mobilidade do petróleo conduzido por marés e ventos, além da dispersão por longa extensão da costa. Além do impacto socioeconômico, que pode ser recuperado com ações do Estado e de empresas, existem os danos ambientais que, em determinadas situações, podem ser irreparáveis, dada a extensão do impacto, comprometendo ecossistemas inteiros, como manguezais, recifes de corais e praias, afetando toda uma biodiversidade e inviabilizando a sobrevivência de todos os seres vivos naquele local.

Assim, uma ampla diversidade de seres vivos pode ser exterminada ou perder seu *habitat* natural, e isso afeta também uma série de povos tradicionais, como indígenas, pescadores e pescadoras artesanais, que vivem da captura e da venda de espécies. Ao serem impactados, podem ser obrigados a mudar sua forma de viver e, ainda assim, a ser removidos de seus territórios tradicionais, o que resultaria em um genocídio cultural. Conforme Acselrad (2004), "A justiça ambiental caracteriza-se fundamentalmente por denunciar os efeitos diferenciados da destruição ambiental sobre grupos sociais vulnerabilizados".

Mulheres pescadoras e educação ambiental: estratégias de enfrentamento, PEA FOCO

Observando as experiências de educação e organização popular da América Latina, mencionadas anteriormente, compreendemos que a Educação Ambiental é uma ferramenta capaz de integrar diferentes sujeitos e situações, no âmbito de uma busca pela transformação da realidade, por meio da organização comunitária e de seu fortalecimento, quando catalisada por projetos e associações que se alinham a essas perspectivas de consolidar um novo futuro inclusivo e capaz de acolher com dignidade as pessoas e suas necessidades.

Assim, uma Educação Ambiental que busca ser inclusiva e transformadora deve começar sua atuação nos pequenos espaços, nas comunidades e nos grupos sociais periféricos, pois é nesses locais que reside a força política e social capaz de promover mudanças significativas. Essa abordagem deve ser questionadora, ouvinte e aprendente, como destacado por Paulo Freire (1970), antes de se tornar ensinante.

Dessa forma, ela pode propagar possibilidades não apenas imediatas, mas também de longo prazo, visando transformar as políticas sociais para torná-las mais humanas e próximas da realidade daqueles que podem ser impactados pelos conhecimentos e saberes acumulados ao longo da história da humanidade.

É essencial que o conhecimento existente, considerando-se a existência de múltiplos saberes, muitas vezes tradicionais e não validados por instituições formais, mas que garantem a subsistência e a resistência

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

das populações, seja valorizado e respeitado, e não descartado como irrelevante. Essa atenção é crucial, pois a intenção pedagógica da Educação Ambiental deve basear-se no ouvir antes de falar, sempre considerando a realidade social das pessoas. Afinal, quem deseja ensinar deve primeiro aprender, evitando impor suas ideias em detrimento das perspectivas dos outros.

Um exemplo disso é o conceito de "modernidade", que trouxe consigo problemas como poluição, esgotamento de recursos, propagação de doenças e degradação ambiental, especialmente nos territórios tradicionais de pesca, afetando tanto espécies animais quanto vegetais. Esse modelo de consumo desenfreado, que promove o esgotamento dos "recursos", coloca em risco o planeta e, consequentemente, a espécie humana.

Embora novas propostas tenham surgido com o objetivo de promover a preservação, muitas vezes elas servem apenas para garantir o consumo, ampliando as desigualdades, já que apenas uma pequena parcela da população se beneficia dos lucros gerados por essa exploração. As políticas de preservação, frequentemente formuladas em espaços de poder, não costumam ouvir ou incluir as comunidades afetadas pelo desequilíbrio ambiental, o que dificulta sua efetivação na prática. É nesse contexto que a Educação Ambiental não formal ganha relevância, pois surge como resposta a uma crise de vínculo em que o ser humano se tornou incapaz de perceber sua conexão com a natureza e com os outros seres vivos, apesar de depender deles para sua existência, como destacado por François Ost (1995).

Assim, a Educação Ambiental, especialmente a não formal, deve promover uma nova racionalidade, baseada em um pensamento organicista que reconheça nossa interdependência com o mundo natural e a necessidade de buscar um equilíbrio ecológico. No contexto da pesca artesanal, é fundamental compreender e valorizar o papel das mulheres trabalhadoras, não apenas como sujeitas das políticas públicas de Educação Ambiental, mas também como detentoras de conhecimentos e saberes que fortalecem a educação ambiental não formal. Como destacou Pereira (2006, p. 47), "o sucesso do associativismo coloca em pauta a necessidade de se observar os pré-requisitos mínimos para alguém ser considerado cidadão, a possibilidade de sobrevivência material e cultural".

As relações construídas pelas mulheres em suas atividades são essenciais, pois criam laços sociais que possibilitam diálogos e o fortalecimento de debates, formando grupos organizados capazes de defender os interesses coletivos. Essa dinâmica é bem descrita por Ellen Woortmann (1992, p. 44):

> No entanto, a mulher também participava do mercado. Indiretamente, 'silenciosamente', através da salga do pescado, que possibilitava a transformação do peixe em mercadoria. Diretamente, através de seu artesanato e da coleta, estabelecendo vínculos distintos daqueles dos homens; mais que uma simples atividade econômica, tratava-se dá construção de redes de patronagem, úteis para a família como um todo, em momentos de crise. Era menos uma questão de ganhar dinheiro - pois o dinheiro era menos importante naquele tempo, e era baixo o valor monetário desse trabalho feminino - que de construir um 'capital social' como meio de acesso a serviços médicos, quando a possibilidade de cura ultrapassava os recursos da medicina tradicional; a empregos; a pequenos empréstimos monetários etc. A mulher, portanto, tecia não apenas redes de pesca, mas também redes sociais.

A atividade pesqueira vai além da captura do pescado, envolvendo também o processamento e a comercialização, etapas em que as mulheres têm participação majoritária, embora sejam muitas vezes invisibilizadas. Como apontou Luceni Hellebrandt (2017, p. 42):

> Em resumo, o primeiro fator que contribui para a invisibilidade das mulheres na pesca é uma gestão preocupada apenas com os estoques, ordenamento de captura e produção, que assimila a ideia de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

> que mulher não pesca e só realiza atividades reprodutivas complementares, sendo o homem único agente produtivo nas comunidades pesqueiras. Porém, a atividade pesqueira é mais ampla que a única etapa de capturar o peixe. Por exemplo, é necessário transformá-lo para consumo, e é nas etapas após a captura, como processamento e comercialização, que percebemos que a maioria das pessoas envolvidas são mulheres.

O Decreto-Lei nº 11.959/09 (Brasil, 2009) reconhece legalmente atividades como reparos de equipamentos e processamento do pescado como parte integrante da pesca artesanal. No entanto, o trabalho das mulheres, embora essencial, é frequentemente desvalorizado e invisibilizado. Elas ainda assumem as responsabilidades domésticas e o cuidado dos filhos, muitas vezes conciliando essas tarefas com o trabalho no beneficiamento do pescado. Como destacou Danièle Kergoat (2016, p. 50):

> Divisão sexual do trabalho caracteriza-se pela designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva assim como, ao mesmo tempo, a captação pelos homens das funções com forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etc.). Essa forma de divisão social tem dois princípios organizadores: - o princípio de separação (há trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) - o princípio hierárquico (um trabalho de homem 'vale' mais do que um trabalho de mulher). O fato desses dois princípios organizadores se encontrarem em todas as sociedades conhecidas e de serem legitimados pela ideologia naturalista, não quer dizer, contudo, que a divisão sexual do trabalho seja um dado imutável. Pelo contrário, suas modalidades concretas variam muito no tempo e no espaço como demostraram etnólogos/as e historiadores/as.

Essa divisão sexual do trabalho, que atribui menor valor ao trabalho feminino, é reforçada pela construção social do gênero, que condiciona as mulheres a uma posição de subserviência. Como destacaram Fonseca *et al.* (2016, p. 9):

> [...] quando as mulheres da comunidade realizam atividades produtivas, estas são entendidas como estar a ajudar os seus respectivos maridos embora a responsabilidade pela atividade seja compartilhada de forma igualitária. Do outro modo, nas atividades reprodutivas, quando os homens realizam alguma tarefa é considerado que eles estão ajudando as suas esposas, sendo elas as responsáveis pelas tarefas domésticas e de cuidado com a família. Desta forma, percebe-se que há uma clara divisão sexual do trabalho, onde as "obrigações" e papéis de cada um encontram-se social e culturalmente determinados.

A desigualdade de gênero e a invisibilização do trabalho das mulheres na pesca artesanal são desafios que precisam ser enfrentados. A Educação Ambiental, entendida como um instrumento transformador, deve incluir a participação ativa das comunidades e das pessoas diretamente afetadas pelas políticas públicas. Caso contrário, corre o risco de se tornar mais um mecanismo de manutenção das desigualdades. Como afirmou Pereira (2006, p. 53):

> [...] temos o dever, como educadores, de propor novas possibilidades, quando essa constitui motivo de alienação e mantenedora do status quo, construindo coletivamente conhecimentos, ampliando a compreensão da realidade complexa e chegando a alternativas aceitas como válidas para o grupo ou classe social (grifo da autora).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Portanto, a Educação Ambiental que defendemos deve ser popular, humana e centrada nas periferias e comunidades, ouvindo atentamente as vozes daqueles que são frequentemente silenciados.

O PEA FOCO surge nesse cenário como uma iniciativa que articula educação ambiental, saúde coletiva e justiça de gênero. Seu modelo de atuação baseia-se em três eixos principais:

Empoderamento econômico feminino: por meio da implementação de cozinhas pedagógicas e oficinas de economia solidária, o programa criou alternativas de geração de renda para mais de 400 mulheres. A emissão de carteiras de pesca profissional representou o reconhecimento formal de atividades antes invisibilizadas.

Formação política e ambiental: a capacitação de educadoras populares permitiu a criação da Associação de Mulheres Apoiadoras do PEA FOCO, que hoje participa ativamente de conselhos municipais e fóruns de discussão sobre políticas públicas.

Adaptação às mudanças climáticas: durante a pandemia, o programa desenvolveu metodologias remotas para discutir temas como segurança alimentar e gestão de riscos ambientais, fortalecendo a resiliência comunitária.

A metodologia freireana adotada pelo programa demonstra como a educação ambiental crítica pode promover a saúde coletiva. Ao partir dos saberes locais sobre o território e os ecossistemas, as ações formativas do PEA FOCO integram os conhecimentos tradicionais das pescadoras a informações técnicas sobre monitoramento ambiental e prevenção de doenças.

Justiça ambiental e saúde coletiva

Com o aumento da dependência dos recursos naturais e a necessidade cada vez maior de buscar petróleo em maiores profundidades, impondo maiores desafios à engenharia, os riscos de acidentes são muitos. Apesar da robustez da legislação brasileira sobre desastres ambientais, especialmente aqueles envolvendo petróleo, sua implementação ainda é incipiente, e a fiscalização é um desafio, dada a defasagem de pessoal das instituições e agências reguladoras e fiscalizadoras. Também se enfrenta o desafio decorrente da grande pressão das empresas e da mídia, que almejam fragilizar as legislações e burlar as regras.

A população litorânea, que representa uma parcela significativa do país, é altamente vulnerável a acidentes com petróleo, tanto do ponto de vista econômico quanto ambiental. Portanto, é essencial fortalecer políticas de prevenção, resposta rápida e compensação para proteger essas comunidades e seus meios de subsistência.

Nesse quesito, é necessário que as mulheres pescadoras, que moram e vivem nas áreas potencialmente em risco diante de um desastre, possam responder à altura ao desafio de enfrentar os riscos, com o aporte de instrumentos e qualificação, a fim de que atuem com eficiência, caso seja exigida a participação da comunidade, e que também possam realizar o enfrentamento político nos espaços, garantindo a qualidade do acesso aos direitos em suas comunidades, assim como possam se fazer ouvir nas demais questões que as afetem.

A experiência do PEA FOCO ilustra os princípios da justiça ambiental aplicados à saúde coletiva. Conforme definido por Acselrad (2004), a justiça ambiental demanda:

Equidade na distribuição dos riscos ambientais, participação efetiva nas decisões políticas e reconhecimento das diferenças culturais. No caso analisado, a atuação das mulheres pescadoras por meio do programa criou mecanismos concretos de enfrentamento das iniquidades. A sistematização de saberes tradicionais sobre manejo pesqueiro e ecossistemas costeiros (Woortmann, 1992) permitiu desenvolver estratégias locais de vigilância ambiental, complementando as frágeis políticas públicas de monitoramento.

Os desafios persistem, contudo. A fragilização dos órgãos ambientais, a pressão pela flexibilização das normas de licenciamento e a histórica omissão do Estado na proteção dos territórios tradicionais mantêm as comunidades em situação de vulnerabilidade. Como demonstrado no acidente com óleo no Nordeste em 2019, as populações pesqueiras são as primeiras afetadas por desastres ambientais e as últimas a receber assistência adequada.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do PEA FOCO no Norte Fluminense oferece importantes lições para a construção de políticas integradas de saúde, ambiente e justiça social. Seus principais achados incluem a centralidade do enfoque territorial e de gênero para enfrentar iniquidades em saúde; a educação ambiental popular como estratégia de empoderamento e vigilância comunitária; e a necessidade de fortalecer mecanismos de participação social nas políticas ambientais.

O projeto demonstra que alternativas ao modelo de produção atual são possíveis quando se valorizam os saberes locais e se fortalece a organização comunitária. No entanto, permanece o desafio de transformar essas experiências pontuais em políticas públicas estruturais, capazes de enfrentar as raízes das injustiças ambientais.

Como perspectiva futura, sugere-se a ampliação de pesquisas que avaliem os impactos do programa na saúde das comunidades participantes, particularmente no que diz respeito à redução de doenças relacionadas à contaminação ambiental. Igualmente importante seria estudar o potencial de replicação dessa experiência em outros contextos de conflitos ambientais.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H. Justiça ambiental e construção social do risco. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, n. 5, p. 49–60, jan./jun. 2002. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/made/article/view/22116. Acesso em: 9 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.959, de 29 de junho de 2009. Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável da Aquicultura e da Pesca, regula as atividades pesqueiras, revoga a Lei nº 7.679, de 23 de novembro de 1988, e dispositivos do Decreto-Lei nº 221, de 28 de fevereiro de 1967, e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 30 jun. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11959.htm. Acesso em: 9 fev. 2025.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 317 p.

BULLARD, R. D. **Dumping in Dixie**: race, class, and environmental quality. Boulder: Westview Press, 1990. 165 p.

FONSECA, M.; ALVES, F.; MACEDO, M. C.; AZEITEIRO, U. M. O papel das mulheres na pesca artesanal marinha: estudo de uma comunidade pesqueira no município de Rio das Ostras, RJ, Brasil. **Revista de Gestão Costeira Integrada**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 231–241, 2016. Disponível em: https://www.aprh.pt/rgci/rgci593.html. Acesso em: 9 fev. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HELLEBRANDT, L. M. **Mulheres da Z3: o camarão que "come" as mãos e outras lutas**: contribuições para o campo de estudos sobre gênero e pesca. 2017. 173 f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 9 fev. 2025.

INTERNATIONAL MARITIME ORGANIZATION. **International Convention for the Prevention of Pollution from Ships (MARPOL)**. London: IMO, [s. d.]. Disponível em: https://www.imo.org/en/about/conventions/pages/international-convention-for-the-prevention-of-pollution-from-ships-%28marpol%29.aspx. Acesso em: 9 fev. 2025.

KERGOAT, D. A relação social de sexo: da reprodução das relações sociais à sua subversão. **Pro-Posições**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 47–59, jan./abr. 2002. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643968. Acesso em: 7 jun. 2023.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. p. 67–75.

LOUREIRO, C. F. B. Reflexões sobre os conceitos de ecocidadania e de consciência ecológica. In: MATA, S. F. da *et al.* (org.). **Educação ambiental, desafio do século**: um apelo ético. Rio de Janeiro: Terceiro Milênio, 1998. p. 119–125.

LUGONES, M. Colonialidad y género. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 9, p. 73–101, jul./dez. 2008. Disponível em: https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf. Acesso em: 9 fev. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

MARTÍNEZ ALIER, J. **O ecologismo dos pobres**: conflitos ambientais e linguagens de valoração. Tradução de Maurício Waldman. São Paulo: Contexto, 2007.

MENDES, B. L. **Redes invisíveis da pesca artesanal**: o trabalho da mulher e o difícil acesso aos direitos sociais. Rio Grande, RS: IBRAJU Edições, 2020.

OST, F. **A natureza à margem da lei**: a ecologia à prova do direito. Tradução de Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

PÁDUA, S. M. Doenças e desequilíbrios socioambientais. **((o))eco**, 26 maio 2009. Disponível em: https://oeco.org.br/colunas/21762-doencas-emergentes-indicam-desequilibrios-socioambientais/. Acesso em: 28 jun. 2023.

PEREIRA, M. O. da R. **Educação ambiental com pescadores artesanais**: um convite à participação. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) – Instituto de Educação, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996. 308 p.

SHIVA, V. **Monoculturas da mente**: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gaia, 2003.

WOORTMANN, E. F. Da complementaridade à dependência: espaço, tempo e gênero em comunidades "pesqueiras" do Nordeste. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 7, n. 18, p. 41–60, fev. 1992. Disponível em: https://www.dan2.unb.br/images/doc/Serie111empdf.pdf. Acesso em: 9 fev. 2025.

WOORTMANN, K. "Com parente não se neguceia": o campesinato como ordem moral. **Anuário Antropológico**, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 11-73, 1988. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6389. Acesso em: 9 fev. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TERRITÓRIO, VULNERABILIDADE E PARTICIPAÇÃO: O USO DE MAPAS VIVOS PARA FORTALECER A RESPOSTA DA APS ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Carolina Gomes da Silveira
Délisson Pereira da Luz
Giancarlo Tomazzoni de Oliveira
Thaina Silva de Lima

INTRODUÇÃO

As enchentes que devastaram o Rio Grande do Sul em abril e maio de 2024 evidenciaram a vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) frente às emergências climáticas. Conforme dados da Defesa Civil do Rio Grande do Sul, Porto Alegre teve mais de 30 unidades de saúde impactadas, interrompendo a continuidade do cuidado e expondo como populações historicamente vulnerabilizadas são desproporcionalmente afetadas por eventos climáticos extremos (Alfonsin, 2024; Gaz, 2024). De acordo com informações do Observatório das Metrópoles e com dados da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, Urbanismo e Sustentabilidade de Porto Alegre, as áreas mais alagadas concentraram predominantemente populações pobres e autodeclaradas negras, revelando iniquidades territoriais que amplificam os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema de saúde, exerce papel fundamental na resposta às emergências climáticas, especialmente por sua capilaridade e vínculo com as comunidades locais. Nesse sentido, as Unidades de Saúde (US) configuram-se como espaços estratégicos para a construção de sistemas de saúde resilientes, capazes de promover a equidade e a justiça ambiental, uma vez que sua atuação integrada às políticas públicas territoriais é essencial para a prevenção, a mitigação e a resposta a desastres ambientais (Minayo, 2017).

Diante desse contexto, o mapeamento participativo ou "mapa vivo" consolida-se como uma ferramenta potente para o diagnóstico situacional em saúde local, permitindo a articulação entre conhecimento técnico-científico e saberes populares da comunidade (Freire, 1987; Gonçalves, 2019). Quando adaptados aos contextos de emergências climáticas, esses mapas participativos podem contribuir significativamente para as estratégias de fortalecimento da resiliência local diante de catástrofes (Santos, 2002; Ibanez, 2015). Assim, este trabalho apresenta o relato de experiência da construção do mapa vivo, uma ferramenta participativa integrada ao diagnóstico situacional da Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém, adaptada metodologicamente para o enfrentamento das emergências climáticas a partir de uma abordagem territorial e intersetorial.

OBJETIVOS

Objetivo geral: relatar a experiência de implementação do mapa vivo na US Nossa Senhora de Belém como estratégia de identificação participativa das iniquidades socioambientais na APS e discutir suas potencialidades de adaptação para o aumento da resiliência territorial frente às emergências climáticas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Objetivos específicos:

1. Descrever o processo de criação participativa do mapa vivo junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) e aos membros do Conselho Local de Saúde da US;
2. Especificar os recursos humanos comunitários mapeáveis;
3. Propor um processo de adaptação metodológica do mapa vivo original para incorporar dimensões de vulnerabilidade socioambiental e riscos climáticos;
4. Identificar as potencialidades e limitações da metodologia adaptada para o fortalecimento da resiliência territorial local;
5. Sugerir diretrizes de replicabilidade da metodologia em outros territórios da APS.

METODOLOGIA

Delineamento e contexto: relato de experiência de desenvolvimento metodológico com abordagem qualitativa participativa, desenvolvido na Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém, no bairro Belém Velho, em Porto Alegre (RS), composta por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, com população adscrita de aproximadamente 8.938 habitantes.

Participantes: quatro agentes comunitárias de saúde (uma por equipe) e lideranças comunitárias selecionadas por sua participação no Conselho Local de Saúde.

Metodologia aplicada

A experiência foi desenvolvida em quatro fases: 1) entrevistas coletivas territoriais com roteiro semiestruturado sobre características territoriais e vulnerabilidades sociais (duas horas por equipe, todas gravadas); 2) mapeamento digital participativo utilizando Google Maps e Geosaúde/POA, criando dez camadas temáticas baseadas nas entrevistas; 3) validação por observação via Google Street View e oito visitas domiciliares acompanhadas; 4) integração de dados do e-SUS APS para localização de usuários prioritários, identificando zonas de maior vulnerabilidade sanitária.

Proposta de adaptação para emergências climáticas

Conceito operacional:

A vulnerabilidade socioambiental foi compreendida como o conjunto de condições territoriais que amplificam os impactos de eventos climáticos extremos, considerando a localização geográfica, as características socioeconômicas e a capacidade adaptativa local.

Principais modificações metodológicas:

- Readaptação da fase 1: reconduzir as entrevistas coletivas, porém com roteiro semiestruturado abordando percepções sobre mudanças no clima local, identificação de áreas e grupos mais vulneráveis, zonas seguras em casos de eventos climáticos extremos, recursos locais mobilizáveis em situações de emergência, identificação de redes locais de apoio (ginásios e abrigos, pontos de distribuição de alimentos, pontos de água potável, locais de transporte etc.) e cadastramento de pessoas com capacitação para atuar em eventos extremos (enchentes, tempestades, ondas de calor e de frio etc.).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Readaptação da fase 2: reformulação das camadas originais para incorporação das dimensões climáticas: áreas de risco ambiental (alagamentos, deslizamentos); infraestrutura de proteção e emergência (drenagem, abrigos); serviços essenciais (saúde, segurança, abastecimento); populações prioritárias em emergências; redes de solidariedade e rotas de evacuação.
- Readaptação da fase 3: conduzir visitas agendadas no território com acompanhamento de lideranças comunitárias em todos os pontos críticos identificados pelos participantes, para a validação das informações e a observação de evidências de vulnerabilidade climática.
- Readaptação da fase 4: promover um mutirão para atualização das fichas de cadastro individual e de cadastro domiciliar e territorial no e-SUS APS nas zonas identificadas como críticas pelos participantes.

Aspectos éticos:

A experiência original respeitou os princípios de participação voluntária e confidencialidade, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A adaptação proposta requer submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo a proteção de dados territoriais sensíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados:

Os resultados do estudo demonstram que o mapa vivo implementado na Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém resultou de um processo participativo com a colaboração de agentes e lideranças comunitárias e possibilitou a realização de um diagnóstico territorial completo, com um olhar direcionado às vulnerabilidades. As entrevistas revelaram fragilidades estruturais, como áreas de risco e pontos de alagamento recorrentes associados a moradias precárias em regiões periféricas, além de identificarem equipamentos sociais relevantes, como instituições de ensino, associações de bairro e instituições religiosas.

O mapeamento digital permitiu sistematizar informações em camadas temáticas, tornando visíveis as sobreposições das vulnerabilidades sociais e ambientais. A validação do mapa, realizada por meio de visitas domiciliares e observações em campo, ampliou a obtenção de informações qualitativas importantes, identificando rotas de fuga, áreas de difícil acesso e locais com maior concentração de pessoas idosas ou com deficiência. A integração dos dados do e-SUS APS também evidenciou a presença de usuários prioritários em áreas coincidentes com aquelas de maior exposição a eventos climáticos.

Esse processo de territorialização, como ferramenta de auxílio para emergências climáticas, contribuiu para a construção de um retrato coletivo do território, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a rede, além de ampliar o controle social. As lideranças comunitárias tiveram seus saberes valorizados ao serem incluídas na construção do diagnóstico, cujo produto final, o mapa vivo, foi reconhecido como ferramenta útil não apenas para a rede de atenção à saúde, mas também para outras reivindicações sociais e ambientais junto ao poder público.

Discussão:

O processo de criação do mapa vivo, resultante do diagnóstico situacional em saúde da Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém, apresentou alto potencial de adaptação para emergências climáticas, considerando as recentes enchentes no Rio Grande do Sul. Sua aplicabilidade revelou a interseção entre vulnerabilidades sanitárias, sociais e ambientais, alinhando-se à literatura.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O mapa vivo configura-se como importante ferramenta de planejamento e gestão da atenção primária, permitindo compreender a dinâmica da saúde de determinada região, criar estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde e fornecer subsídios para a tomada de decisão por gestores, profissionais e usuários do SUS (Moraes *et al.*, 2022). Ao alinhar conhecimento técnico-científico aos saberes comunitários, evidencia a perspectiva de justiça ambiental, mostrando que os territórios mais atingidos por emergências climáticas coincidem com áreas historicamente negligenciadas, com maior concentração de população negra, periférica e vulnerabilizada.

A experiência, do ponto de vista da APS, fortaleceu esse nível de atenção em emergências, oferecendo mecanismos para o planejamento territorial de respostas rápidas, a definição de prioridades e o engajamento comunitário, potencializando o papel dos ACS como interlocutores entre os serviços de saúde e a população. Apesar dos benefícios, apresentou desafios: limitação de tempo e recursos tecnológicos, necessidade de maior integração com órgãos da Defesa Civil e dificuldade em transformar o diagnóstico em políticas institucionais. Ainda assim, a experiência demonstra caminhos para a replicabilidade em outros territórios da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente em áreas suscetíveis a desastres climáticos, fortalecendo a gestão participativa e a resiliência do território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e a adaptação do mapa vivo evidenciaram o potencial da Atenção Primária à Saúde como base para a resposta aos desastres climáticos e para a continuidade do cuidado. O estudo demonstrou como metodologias participativas, como o mapa vivo, podem ser incorporadas às políticas públicas e às práticas de planejamento em saúde como ferramentas de resiliência, articulando conhecimentos técnico-científicos aos saberes populares. O reconhecimento do protagonismo e das narrativas das comunidades amplia a construção de encaminhamentos mais equitativos, sustentáveis e acolhedores diante dos desastres climáticos.

Embora haja desafios, como a limitação de recursos, a integração intersetorial e a institucionalização da prática, a experiência reafirma a importância de investir em estratégias participativas de gestão que promovam a justiça ambiental e fortaleçam a rede de atenção à saúde e o SUS no enfrentamento das emergências climáticas.

REFERÊNCIAS

ALFONSIN, B.; CRUZ, A. As mudanças climáticas e o racismo ambiental em Porto Alegre. **Brasil de Fato**, 9 jan. 2024. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/colunista/observatorio-das-metropoles-nucleo-porto-alegre/2024/01/09/as-mudancas-climaticas-e-o-racismo-ambiental-em-porto-alegre/. Acesso em: 18 ago. 2025.

CAMPOS, R. R. de. A natureza do espaço para Milton Santos. **Geografares**, Vitória, n. 6, p. 155–165, 2008. Disponível em: https://journals.openedition.org/geografares/21708. Acesso em: 18 ago. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GZH. Enchentes provocam o fechamento de 26 unidades de saúde em Porto Alegre. **Diário Gaúcho**, Porto Alegre, 10 maio 2024. Disponível em: https://diariogaucho.clicrbs.com.br/dia-a-dia/noticia/2024/05/enchentes-provocam-o-fechamento-de-26-unidades-de-saude-em-porto-alegre-clw132wte00qe011htlyt92b9.html. Acesso em: 18 ago. 2025.

LEÃO, L. H. da C. Território e (in)justiça ambiental: uma agenda científica para a psicologia organizacional e do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 183–198, dez. 2013. Disponível em: https://revistas.usp.br/cpst/article/view/77829. Acesso em: 18 ago. 2025.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

MORAES ARMESTO, L. *et al.* O mapa vivo como estratégia de monitoramento das políticas públicas de saúde: uma revisão integrativa. **RECISATEC**: Revista Científica Saúde e Tecnologia, [S. l.], v. 2, n. 1, e2165, 2022. Disponível em: https://recisatec.com.br/recisatec/article/view/65. Acesso em: 18 ago. 2025.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PROMOÇÃO DA VIDA, ARTE E SAÚDE: AÇÕES DE INTERAÇÃO, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E CUIDADO DE ESTUDANTES DE MEDICINA E RESIDENTES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS ENCHENTES NO RS

Thalia Araujo Bezerra
Breno Silva Gomes
Carlos Augusto Macedo Callou

INTRODUÇÃO

O ano de 2024 foi marcado pelas enchentes no Rio Grande do Sul, que desafiaram todas as pessoas e instituições públicas quanto ao compromisso solidário com a vida. Para o Sistema Único de Saúde (SUS), as exigências que se colocaram foram fundamentais para o cuidado à saúde das pessoas e para os processos de formação dos profissionais de saúde. Diante desse contexto, estudantes de medicina e residentes em saúde do norte gaúcho realizaram ações de mobilização social, solidariedade e cuidado com a vida, em diálogo com expressões culturais e experiências estéticas.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por propósito, com base em experiências vividas, refletir sobre o papel da formação em contextos de emergências climáticas, o protagonismo da juventude nesses processos e as estratégias de interação com o SUS e as comunidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiências sobre um processo vivenciado por estudantes, residentes, docentes e comunidades no contexto das enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em 2024. O relato apresenta os principais momentos e ações realizadas que expressam a sensibilidade solidária e a mobilização estudantil da juventude, processo que teve como resultado a criação do Comitê pela Vida da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, o que viabilizou um conjunto de ações solidárias, de cuidado e de mobilização social em defesa da vida.

Por meio da articulação entre o Comitê pela Vida, a Saúde Coletiva, a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, foi possível realizar ações de arrecadação de alimentos, roupas e donativos destinados às vítimas das enchentes; atuação nas cozinhas solidárias e nas caravanas de apoio às famílias; visitas domiciliares e mapeamento das vítimas; realização de Tendas de Cuidado e Afeto Popular, com práticas de cuidado e promoção da saúde junto a mulheres e famílias; e ações lúdicas com crianças inspiradas no "Hospital do Ursinho", realizadas junto às comunidades urbanas de Passo Fundo vinculadas ao Movimento de Luta pela Moradia e às comunidades indígenas.

Também foram realizadas oficinas virtuais e presenciais com as equipes de saúde da atenção básica sobre como realizar o cuidado em saúde na atenção primária em situações de emergência climática, com a participação de residentes dos núcleos de psicologia e de farmácia.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse conjunto de ações possibilitou o engajamento de centenas de estudantes de medicina e de todos os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde nesse processo. Vários participantes contribuíram para a logística de coleta, organização e distribuição dos kits de limpeza, alimentos, roupas, cobertores, entre outros itens, todos doados pela própria comunidade, que se tornou, naquele momento, não só usuária do SUS, mas também um agente propagador de saúde.

As visitas domiciliares foram realizadas com o acolhimento das demandas das famílias, o mapeamento e a identificação de necessidades a partir de referenciais de cuidado em emergências climática e de saúde pública, ocasião em que 200 famílias de Passo Fundo foram mapeadas e identificadas como vítimas das enchentes. As Tendas de Cuidado e Afeto Popular envolveram mais de 100 participantes e foram momentos de cuidado pautados no acolhimento e na interação lúdica com as crianças, promovendo saúde, cuidando e valorizando a vida.

Nesse sentido, a capacitação contínua dos estudantes que irão integrar o SUS e dos trabalhadores que já o integram é fundamental para que se consolide uma rede pública de saúde mais forte, articulada e eficaz, capaz de oferecer respostas rápidas e humanizadas diante de emergências, garantindo o cuidado integral à população em momentos de extrema vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o envolvimento dos estudantes durante as enchentes representou mais do que um exercício técnico: foi uma vivência formativa transformadora. Com centenas de acadêmicos engajados, essas iniciativas contribuíram significativamente para ampliar o cuidado humanizado nos momentos de crise e fortalecer a formação multiprofissional, desenvolvendo competências essenciais, como resiliência e empatia, além de trabalhar ativamente o senso de proatividade e de cuidado com o próximo, aspectos básicos necessários aos profissionais que pretendem atuar no SUS.

A interação entre o Comitê pela Vida, o Comitê Popular e o Movimento Nacional de Luta pela Moradia foi fundamental para a construção compartilhada de saberes e para as iniciativas de superação das dificuldades nos territórios. Como elemento limitante, foi identificada a dificuldade de os gestores municipais reconhecerem a situação de emergência climática. Por fim, foi identificada a migração de famílias para outras regiões do estado em virtude das situações vivenciadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. v. 1. 106 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. 207 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II caderno de educação popular em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CHEBABO, A.; PASQUALOTTO, A. C.; MOTTA, F.; MICHELIN, L.; LINS, R. S. (org.). **Guia de manejo de infecções relacionadas a desastres climáticos**. 1. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2024. Disponível em: https://www.ucs.br/educs/livro/guia-de-manejo-de-infeccoes-relacionadas-a-desastres-climaticos-4661/. Acesso em: 27 jul. 2026.

FLORIANÓPOLIS (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. **Pré-protocolo de atenção domiciliar**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. 26 p. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Departamento de Medicina Social. **Avaliação da sobrecarga dos cuidadores: Escala de Zarit**. Pelotas, RS: UFPel; UNA-SUS, [s. d.]. 2 p. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/apoio/zarit.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

COMITÊ PELA VIDA E O ENCONTRO DA MEDICINA COM A HUMANIDADE

Thalia Araujo Bezerra
Breno Silva Gomes
Carlos Augusto Macedo Callou
Vanderléia Laodete Pulga

INTRODUÇÃO

Em 2024, o Rio Grande do Sul passou por uma grande crise climática que resultou em perdas não apenas materiais, mas também simbólicas, humanas e sociais, o que mobilizou todo o país para auxiliar no resgate de pessoas feridas, na busca por desaparecidos, na reestruturação de cidades devastadas e no levantamento de doações para os afetados pelas enchentes. Segundo a Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) (2024), aproximadamente 2,4 milhões de pessoas em 478 municípios do estado gaúcho foram afetadas, resultando em 183 óbitos e danos econômicos que ultrapassaram bilhões de reais.

Desse modo, instituições de ensino, principalmente as localizadas no Rio Grande do Sul, buscaram mobilizar estudantes e servidores para que se solidarizassem e realizassem ações voltadas ao cuidado dos atingidos pela catástrofe, seja por meio da instalação de pontos de coleta dentro dos espaços físicos, seja pela disponibilização da mão de obra de futuros profissionais de saúde para atuar diretamente na linha de frente do cuidado.

Assim nasceu o Comitê pela Vida, uma colaboração entre estudantes e servidores públicos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, constituída a partir de uma assembleia realizada pelos estudantes do movimento estudantil, que contou com a presença de mais de 150 estudantes da UFFS. Instigados pelo sentimento de solidariedade, eles se uniram em prol do fortalecimento dos vínculos, buscando ajudar, mesmo que de forma indireta, a população atingida pelas enchentes.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo debater a importância das ações de cuidado desempenhadas em instituições públicas de ensino superior, a partir da experiência do Comitê pela Vida, criado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, e que contou com a participação ativa dos estudantes de medicina e dos servidores da instituição.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve e analisa as ações de solidariedade e cuidado desempenhadas pelo Comitê pela Vida, da UFFS, Campus Passo Fundo, em resposta à catástrofe climática ocorrida no Rio Grande do Sul em 2024. O Comitê foi uma iniciativa de estudantes do movimento estudantil da universidade e de servidores da UFFS. A participação dos futuros profissionais de saúde, em especial dos estudantes de medicina, foi central para a articulação das ações.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O relato baseia-se nas atividades desenvolvidas e na observação da mobilização social e acadêmica. As informações para o relato foram obtidas a partir de documentos internos do Comitê, como atas de reunião, registros fotográficos das atividades e comunicação institucional (e-mails e mensagens em grupos), que evidenciam a mobilização.

A Portaria nº 62/2024/GAB/CPF/UFFS foi utilizada para contextualizar a institucionalização e o apoio oficial da universidade às ações, destacando o papel da gestão no fomento à solidariedade e ao engajamento comunitário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A crise climática no Rio Grande do Sul evidenciou a urgência de uma formação médica que integre a humanização e a empatia como pilares indissociáveis. O desastre não exigiu apenas habilidades técnicas, mas, principalmente, a capacidade de se deparar com um sofrimento que não é próprio, sabendo acolher e lidar com as perdas, tanto materiais quanto humanas, e atuar em contextos de vulnerabilidade social.

O engajamento dos estudantes de medicina que integraram a assembleia estudantil, que culminou na criação do Comitê, exemplifica a integração entre teoria e prática na formação profissional, a partir da atuação e da articulação dos alunos em um cenário de crise. Por meio da capacidade de improvisação, colocou-se em prática a solidariedade tão debatida nas inúmeras aulas de saúde coletiva durante a graduação, reforçando o conceito de que o cuidado em saúde é um ato que transcende os ambientes formais, como hospitais, ambulatórios e clínicas.

O sucesso da iniciativa do Comitê também demonstra o papel crucial das instituições de ensino superior como espaços de mobilização social e de produção de conhecimento engajado. A universidade não deve ser apenas um local de ensino, mas também um agente ativo na resolução de problemas sociais. A experiência do Comitê reflete o que Santos (2021) define como a "extensão universitária como ferramenta política", que fortalece a relação entre universidade e sociedade e promove uma formação mais alinhada às necessidades do povo.

CONCLUSÃO

A experiência do Comitê pela Vida, em meio à tragédia, não foi apenas uma resposta solidária, mas um ato político de resistência e de reafirmação do cuidado humanizado como um direito social. A mobilização estudantil e dos servidores da UFFS evidencia que a resposta a crises de grandes proporções exige mais do que a ação do Estado. Ela demanda o protagonismo da sociedade civil e o engajamento dos movimentos sociais na construção de redes de apoio e de cuidado mútuo.

A catástrofe climática expôs, de forma brutal, as fragilidades das políticas públicas e a precarização dos serviços essenciais. A atuação do Comitê e a participação dos futuros médicos reforçam um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A experiência mostra que a defesa da saúde coletiva e do cuidado integral está intrinsecamente ligada à luta por justiça social e ambiental. Por fim, o Comitê pela Vida demonstrou que a formação em saúde precisa reconectar-se às necessidades da sociedade.

O humanismo não pode ser apenas um tópico de aula, mas uma prática diária. A verdadeira vocação do médico e do profissional de saúde está no engajamento ativo para a construção de um sistema público e universal de saúde, capaz de garantir a integralidade, a justiça e a equidade e que se importe com o sofrimento humano em sua totalidade, seja ele causado por uma doença, uma injustiça social ou uma tragédia socioambiental. A luta por um mundo mais solidário e menos desigual começa na base, nos movimentos de resistência e no cuidado mútuo.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (Brasil). **Estudo aponta que enchentes de 2024 foram maior desastre natural da história do RS e sugere caminhos para futuro com eventos extremos mais frequentes**. Brasília, DF: ANA, 30 abr. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ana/pt-br/assuntos/noticias-e-eventos/noticias/estudo-aponta-que-enchentes-de-2024-foram-maior-desastre-natural-da-historia-do-rs-e-sugere-caminhos-para-futuro-com-eventos-extremos-mais-frequentes. Acesso em: 18 ago. 2025.

BICCA, B. V. de M.; MARQUES, L. F. S.; CARVALHO, C. M. R. G. de. A extensão universitária como política pública nas desigualdades sociais e as contribuições do Programa de Educação Tutorial na comunidade. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, e56010918492, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18492. Acesso em: 18 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Portaria nº 62/DIR-PF/UFFS/2024, de 9 de maio de 2024**. Cria o Comitê Pela Vida UFFS – Voluntários, no âmbito do Campus Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo, RS: UFFS, 2024. Disponível em: https://boletim.uffs.edu.br/atos-normativos/portaria/cpf/2024-0062. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

IMPACTO DAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL SOBRE A SAÚDE MENTAL: DEPRESSÃO E RISCO DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS E CUIDADOS INTEGRADOS NO SUS

Gabriel Souza Scolari
Ludymila da Silva Zuchetto
Larissa Coimbra Pereira

INTRODUÇÃO

Desastres ambientais, como as enchentes que ocorreram no Rio Grande do Sul no ano de 2024, impactam negativamente os âmbitos biopsicossociais da saúde da população brasileira, que, há pelo menos duas décadas, está entre as dez mais afetadas, em número absoluto, por eventos dessa natureza (Duarte *et al.*, 2025). Além da perda de bens materiais e da moradia, que geram deslocamento populacional, observa-se o aumento do sofrimento psíquico nas comunidades afetadas. No curto prazo, observam-se, na população, aumentos significativos nos casos de transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade e transtornos depressivos (Sfoggia *et al.*, 2025).

Em uma perspectiva temporal mais ampla, como escrevem Marchezini e Siena (2010) ao discutirem as contínuas enchentes no município rio-grandense de São Sebastião do Caí, a "natureza descontrolada" é culpabilizada pela ocorrência, enquanto se mantém o *status quo* do contexto de vulnerabilidade social dos territórios.

OBJETIVO

Analisar, por meio de revisão narrativa da literatura e de dados secundários do SUS e da Defesa Civil, o impacto das enchentes que ocorreram no Rio Grande do Sul no ano de 2024 sobre a saúde mental da população, com ênfase em sintomas depressivos e risco de suicídio, identificando barreiras e estratégias de cuidado integrado para a organização do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura e de uma análise documental de protocolos e diretrizes relacionados ao cuidado pós-traumático em contextos de deslocamento populacional e abrigos temporários, especialmente no cenário de emergências climáticas.

A busca foi realizada em periódicos nacionais e internacionais, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e da Defesa Civil, utilizando os descritores "saúde mental", "atenção psicológica", "abrigos temporários" e "emergências climáticas" e seus equivalentes em inglês. Foram incluídos artigos e livros publicados. Os achados foram analisados de forma descritiva, visando identificar lacunas e boas práticas para subsidiar a proposição de diretrizes para o SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados preliminares, da literatura científica e dos registros oficiais evidencia que as enchentes ocorridas em 2024 no Rio Grande do Sul não só impactaram a saúde física da população, mas também provocaram impactos significativos na saúde mental dos indivíduos. De acordo com Duarte *et al.* (2025), os sobreviventes relataram aumento de sintomas depressivos, ansiedade, distúrbios do sono e irritabilidade, manifestações preocupantes que podem comprometer a vida individual, familiar e social da comunidade.

De maneira repentina, a perda da moradia, dos bens materiais, o falecimento de entes queridos e a perda de lembranças simbólicas que não podem ser recuperadas desencadearam processos de sofrimento psíquico. A sensação de ter uma vida inteira construída e destruída em apenas um momento intensificou esse sofrimento. Esses processos alinham-se ao conceito de "continuidade do desastre", descrito na obra Sociologia dos Desastres, volume II, em que a desterritorialização se prolonga além do evento inicial.

A ideia de desterritorialização, por sua vez, decorre do conceito de territorialização definido por Deleuze e Guattari (1987), compreendido como um processo contínuo de marcação e manutenção de territórios por diferentes agentes grupais dentro de uma sociedade. Em outras palavras, a desterritorialização surge no momento em que tais agentes são removidos de seu território e inseridos em outro território desconhecido.

Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz, mais de 3.000 estabelecimentos de saúde foram danificados ou interditados, incluindo hospitais, unidades básicas, farmácias e clínicas particulares (G1 RS, 2022), comprometendo a continuidade do cuidado. Municípios como Canoas, Eldorado do Sul e Porto Alegre registraram o fechamento temporário de serviços essenciais, resultando em sobrecarga das unidades não afetadas e dificultando o acesso da população aos atendimentos psicossociais.

Embora os dados consolidados do DATASUS sobre depressão e suicídio específicos para o período pós-enchente ainda sejam limitados, análises anteriores, como as compiladas pelo Observatório de Clima e Saúde Europeu, indicam que eventos climáticos extremos elevam a prevalência de transtornos depressivos e o risco de suicídio nas áreas afetadas. Essa tendência é compatível com o aumento da demanda por atendimentos em saúde mental após maio de 2024 (Narvaez, 2025). Diante disso, evidencia-se a necessidade de estratégias integradas, com equipes itinerantes, protocolos de atuação psicossocial em desastres e articulação intersetorial para garantir a continuidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enchentes de 2024 no Rio Grande do Sul evidenciam que eventos climáticos extremos não afetam apenas a saúde física, mas também impõem um fardo substancial à saúde mental das populações atingidas. Depressão e risco de suicídio emergem como problemas prioritários no cenário pós-desastre, demandando respostas rápidas e sustentadas. A integração da saúde mental nas estratégias de gestão de desastres é fundamental para o fortalecimento do SUS, contemplando desde ações preventivas até o acompanhamento prolongado dos indivíduos afetados.

As políticas públicas devem incluir a expansão dos serviços psicossociais, a capacitação de profissionais para atuação em emergências e a articulação com redes comunitárias de apoio, visando reduzir as consequências de longo prazo e promover a resiliência coletiva frente às mudanças climáticas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **A thousand plateaus: capitalism and schizophrenia**. Tradução de Brian Massumi. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1987.

DUARTE, M. de L. C.; SILVA, D. G. da; D'ÁVILA, A. P.; DIAS, E. P.; SOUZA, N. K. de. Reflexões acerca da saúde mental a partir da enchente de 2024 no Sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 15, e8, p. 1-15, 2025. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/88634. Acesso em: 6 ago. 2025.

EUROPEAN CLIMATE AND HEALTH OBSERVATORY. **Mental health effects**. Climate-ADAPT, 14 abr. 2025. Disponível em: https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/evidence/health-effects/mental-health-effects. Acesso em: 16 ago. 2025.

G1 RS; RBS TV; TV GLOBO. **Cheias no RS afetaram mais de 3 mil estabelecimentos de saúde, afirma Fiocruz**. G1, Rio Grande do Sul, 22 maio 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/22/cheias-no-rs-afetaram-mais-de-3-mil-estabelecimentos-de-saude-afirma-fiocruz.ghtml. Acesso em: 6 ago. 2025.

MARCHEZINI, V.; SIENA, M. A continuidade do desastre e suas desterritorializações múltiplas: o caso de São Sebastião do Caí (RS). In: VALENCIO, N. (org.). **Sociologia dos desastres**: construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: RiMa, 2010. v. 2, p. 73-86.

NARVAEZ, J. C. de M. *et al.* Experience report: mental health interventions during the 2024 floods in Rio Grande do Sul, Brazil. **International Journal of Social Psychiatry**, [S. l.], v. 71, n. 7, p. 1305-1319, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40420457/. Acesso em: 15 ago. 2025.

SFOGGIA, A.; FABRIS, R. C.; SARTORI, A. M.; SFOGGIA, C.; FALCETO, O. G. Saúde mental na era da crise climática: reflexões após as grandes enchentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Trends in Health Sciences**, Porto Alegre, v. 67, n. 1, e20250005p, p. 1-12, 2025. Disponível em: https://revista.amrigs.org.br/trendsinhealth/article/view/10. Acesso em: 5 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ARTE, CUIDADO E TERRITÓRIO: EXPERIÊNCIAS ARTÍSTICAS COM PACIENTES E ACOMPANHANTES EM CONTEXTO HOSPITALAR NO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO / GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Marcelo Antonio Palmar de Rezende

Vinicius Nogueira Duarte

Roberta Ramos de Oliveira

RESUMO

Este estudo apresenta o projeto "Arte, Cuidado e Território", concebido como uma intervenção participativa em artes e saúde no Hospital Federal de Bonsucesso, gerido pelo Grupo Hospitalar Conceição, no Rio de Janeiro. A iniciativa integra pacientes, acompanhantes, voluntários e profissionais de saúde em um espaço de criação e diálogo, unindo práticas artísticas a objetivos terapêuticos e de comunicação. As ações incluem oficinas coletivas e atendimentos no leito, utilizando técnicas acessíveis, como desenho, pintura, colagem, escrita e fotografia. A experiência artística atua como tecnologia leve de cuidado, favorecendo vínculos, expressão de afetos e fortalecimento de identidades. A proposta inspira-se em princípios da humanização da saúde, preconizados pelo SUS e pela Política Nacional de Humanização (PNH), que buscam superar práticas hierárquicas e promover a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores. Nesse sentido, o projeto valoriza múltiplas vozes, amplia espaços de escuta e estimula a autoria dos sujeitos em situação de cuidado. O hospital é compreendido não apenas como espaço clínico, mas como território de experiências sensíveis. A arte, nesse contexto, torna-se uma estratégia de cuidado relacional, capaz de oferecer outras formas de presença e narrativa no processo de internação e tratamento dos pacientes.

Palavras-chave: arte; humanização da assistência; comunicação em saúde; participação do paciente.

INTRODUÇÃO

Estudos como os de Clift e Camic (2016) reforçam que as artes em contextos de saúde têm o potencial de transformar o ambiente hospitalar, gerando impacto não apenas nos pacientes, mas também nos acompanhantes e profissionais envolvidos. O hospital, entendido como território vivo, torna-se um espaço de produção simbólica e cultural, no qual experiências artísticas podem contribuir para ressignificar a vivência do adoecimento e do período de internação hospitalar.

Pesquisas nacionais e internacionais destacam o impacto das artes como uma estratégia poderosa de promoção da saúde. Como sinalizado no relatório da Organização Mundial da Saúde (Fancourt; Finn, 2019), evidências provenientes de mais de 3.000 estudos, que incluem delineamentos diversos, como ensaios clínicos controlados, séries de casos, etnografias e estudos longitudinais, apontam que as artes têm um papel fundamental na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no manejo e tratamento de enfermidades ao longo da vida.

Essa síntese apresenta uma base robusta e heterogênea de evidências, reforçando que intervenções artísticas, acessíveis e adaptáveis, como música, artes visuais e escrita, oferecem benefícios clínicos e psicossociais em contextos hospitalares, comunitários e institucionais. Nesse sentido, o projeto "Arte, Cuidado e Território" insere-se como uma resposta contextualizada, ancorada nesse corpo de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

evidências, articulando práticas artísticas a objetivos terapêuticos, estéticos e comunicacionais no ambiente hospitalar brasileiro.

A Política Nacional de Humanização (PNH) promove ativamente a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários como um elemento catalisador de transformação coletiva. Segundo o texto oficial da PNH (Brasil, 2013), essa comunicação não se limita à troca de informações, mas visa "construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e corresponsabilidade".

Ao integrar sujeitos diversos, a PNH aposta na cogestão. Essa abordagem ressalta que a humanização não é meramente uma camada adicional de cuidado, mas uma transformação estrutural baseada na transversalidade, ou seja, incorporada a todas as políticas e ações do SUS.

Nesse sentido, o projeto "Arte, Cuidado e Território" alinha-se à PNH ao fomentar um espaço de criação participativa, no qual pacientes, acompanhantes, artistas e profissionais hospitalares são protagonistas na construção de narrativas e práticas sensíveis de cuidado, ressignificando o território hospitalar como lugar de pertencimento, escuta e corresponsabilização.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Promover experiências artísticas participativas com pacientes e acompanhantes em contexto hospitalar, de modo a integrar saúde, cuidado e território, fortalecendo vínculos sociais, estimulando a expressão subjetiva e contribuindo para a humanização da assistência.

Objetivos específicos:

- Estimular a expressão criativa como tecnologia leve de cuidado e comunicação;
- Valorizar saberes populares e narrativas sobre território e pertencimento;
- Produzir obras coletivas e registros para difusão pública e memória institucional;
- Avaliar efeitos sobre o bem-estar, a comunicação e a percepção de pertencimento;
- Contribuir para a saúde mental dos pacientes e oferecer maior senso de propósito ao período de internação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma experiência com protocolo de intervenção baseado em métodos mistos. O público-alvo é composto por pacientes adultos e pediátricos com condições clínicas estáveis e seus acompanhantes. Os critérios de inclusão exigem o consentimento livre e esclarecido, enquanto os critérios de exclusão abrangem pacientes com restrições clínicas à participação segura.

A intervenção ocorre em dois formatos complementares: 1) oficinas coletivas em áreas comuns; 2) atendimento no leito para pacientes com limitação de mobilidade. Cada encontro começa com uma roda de conversa, com duração de 10 a 15 minutos, e segue com práticas artísticas, com duração de 30 a 60 minutos. Os materiais utilizados são de baixo custo e seguem protocolos de biossegurança.

As atividades artísticas incluem colagem, desenho, pintura, escrita e fotografia, organizadas em eixos temáticos. As oficinas são conduzidas por artistas voluntários e estudantes de artes, com apoio da equipe de Comunicação Social e articulação com as equipes clínicas para garantir a biossegurança e a elegibilidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A metodologia inclui curadoria participativa, permitindo que os próprios participantes escolham as obras que melhor representam suas vivências. Os registros são organizados para fins de memória institucional, com autoria preservada e autorização para uso não comercial.

Os produtos das oficinas e atividades artísticas, quando devidamente autorizados, serão incorporados a exposições, vídeos e publicações institucionais produzidos pelo Setor de Comunicação Social. A circulação dos trabalhos tem como propósito legitimar a criatividade dos pacientes, reconhecendo o valor de suas expressões artísticas no espaço hospitalar.

Além de fortalecer a autoestima e a sensação de pertencimento, tais iniciativas podem inspirar outros pacientes a participarem das atividades, estimulando a produção criativa como estratégia de autocuidado e de ressignificação da experiência hospitalar.

No desenvolvimento do projeto, cada ator social assume funções específicas:

- Comunicação Social: responsável pelo planejamento, registro fotográfico e audiovisual, edição de catálogos, produção de exposições, edição de livros e conteúdos impressos e digitais, além da gestão dos direitos de imagem;
- Artistas e estudantes voluntários: oferecem apoio na facilitação das atividades, na mediação cultural, nos registros e na montagem de exposições, além de exercerem um papel de observação reflexiva;
- Equipes de saúde: contribuem para a definição da elegibilidade clínica dos participantes, o suporte à biossegurança e a articulação com as rotinas assistenciais;
- Gestão e Comitê do projeto: assumem a responsabilidade pela agenda, alocação de recursos, monitoramento das ações, avaliação e prestação de contas.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O processo avaliativo baseia-se nos seguintes elementos:

1. Indicadores quantitativos: número de oficinas, participantes, obras e publicações;
2. Escalas validadas de bem-estar e ansiedade, quando aplicáveis;
3. Narrativas qualitativas dos participantes e da equipe;
4. Análise documental dos registros da Comunicação Social.

A literatura evidencia os benefícios da participação artística para a saúde mental e o bem-estar (Daykin *et al.*, 2018; Fancourt; Finn, 2019). A abordagem metodológica considera a subjetividade dos envolvidos e promove a interdisciplinaridade como valor central do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Arte, Cuidado e Território" propõe uma intervenção artística baseada em evidências científicas e políticas públicas nacionais, que reconhece os sujeitos em situação de cuidado como criadores de narrativas, imagens e sentidos. Ao estimular o protagonismo, a escuta e a corresponsabilidade, a iniciativa fortalece o vínculo entre hospital e território e contribui para práticas de saúde mais sensíveis, mais éticas e mais humanas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

CLIFT, S.; CAMIC, P. M. (ed.). **Oxford textbook of creative arts, health, and wellbeing**: international perspectives on practice, policy, and research. Oxford: Oxford University Press, 2016. Disponível em: https://academic.oup.com/book/24709. Acesso em: 27 jul. 2026.

DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416 p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). Disponível em: https://books.scielo.org/id/sq6d8. Acesso em: 27 jul. 2026.

FANCOURT, D.; FINN, S. **What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?** A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. (Health Evidence Network Synthesis Report, 67). Disponível em: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553. Acesso em: 27 jul. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p. (Saúde em Debate, 145).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: UM ESTUDO DE CASO NA GERÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DIVERSIDADE DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO GHC

Mônica de Souza Messias
Annyeli Damião Nascimento

RESUMO

A Gerência de Participação Social e Diversidade do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), filial do Grupo Hospitalar Conceição, está em processo de estruturação com o objetivo de se tornar um canal eficaz de interlocução com a sociedade. Para isso, a equipe está desenvolvendo o planejamento estratégico do setor, tendo utilizado a matriz SWOT como ferramenta de diagnóstico de suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, tanto no âmbito da gerência quanto na gestão do próprio hospital. Trata-se de um estudo de caso aplicado à instituição, com o propósito de compartilhar o estágio atual do planejamento estratégico em desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: planejamento estratégico; participação social; SUS; Hospital Federal de Bonsucesso.

ABSTRACT

The Social Participation and Diversity Department of the Federal Hospital of Bonsucesso (HFB), a branch of the Conceição Hospital Group, is currently being structured to serve as an effective channel of dialogue with society. To this end, the team is developing the department's strategic plan, using the SWOT matrix as a diagnostic tool to identify its strengths, weaknesses, opportunities, and threats, both within the department itself and in the broader context of the hospital's management. This is a case study applied to the institution, aiming to share the current status of the strategic planning process under development.

KEYWORDS: strategic planning; social participation; Brazilian Unified Health System (SUS); Bonsucesso Federal Hospital.

RESUMEN

La Gerencia de Participación Social y Diversidad del Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), filial del Grupo Hospital Conceição, se encuentra en proceso de estructuración con el objetivo de ser un canal eficaz de diálogo con la sociedad. Con este propósito, el equipo está elaborando el plan estratégico del sector, utilizando la matriz SWOT como herramienta de diagnóstico para identificar sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, tanto en el ámbito de la gerencia como en el de la gestión general del hospital. Se trata de un estudio de caso aplicado a la institución, con el fin de compartir el estado actual del proceso de planificación estratégica en desarrollo.

PALABRAS CLAVE: planificación estratégica; participación social; SUS; Hospital Federal de Bonsucesso.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INTRODUÇÃO

Os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram balizados pela participação social, pilar estratégico da democracia e do fortalecimento das políticas públicas. A Gerência de Participação Social e Diversidade do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), filial do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), reflete a importância da implantação e do desenvolvimento do ecossistema de participação no âmbito da instituição, orientado pelas macropolíticas do SUS. Esse ecossistema ultrapassa as fronteiras técnicas e diretamente assistenciais e constrói um espaço de articulação comunitária e enfrentamento das desigualdades socioambientais.

Tendo em vista o contexto socioambiental e territorial da área de abrangência e do entorno do HFB, caracterizado por complexos de favelas e comunidades marcadas por alta densidade populacional, vulnerabilidade social, territórios dominados pelo tráfico de drogas e suscetíveis a conflitos recorrentes, os efeitos da emergência climática tenderão a ser mais fortemente sentidos pela população mais vulnerável, sobretudo nas periferias urbanas.

Logo, a construção de uma Gerência de Participação Social e Diversidade no Hospital Federal de Bonsucesso poderá criar conexões com as comunidades e os diversos grupos sociais que sofrem com a carência de atenção básica e de políticas sanitárias, tornando-se uma referência inovadora na relação institucional com a sociedade.

Diante desse cenário, o planejamento estratégico da Gerência de Participação Social e Diversidade do Hospital Federal de Bonsucesso é imprescindível para conduzir a organização em direção aos seus objetivos de longo prazo, visando à ampliação da participação popular e ao fortalecimento da participação social, de modo que o SUS cumpra seu papel de agente transformador junto à população brasileira.

O presente artigo tem por objetivo desenvolver o planejamento estratégico e aplicar a matriz SWOT na Gerência de Participação Social e Diversidade do Hospital Federal de Bonsucesso, filial do GHC. Os resultados esperados apontam para os efeitos positivos da ampliação da participação popular e do controle social, a fim de que o SUS cumpra seu papel de agente transformador junto às populações carioca e fluminense.

Hospital Federal de Bonsucesso

De acordo com o Relatório de Planejamento Estratégico 2024 a 2027 do Hospital Federal de Bonsucesso (Ministério da Saúde, 2024), o HFB, unidade integrante do Grupo Hospitalar Conceição, atua exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo saúde pública e gratuita à população do estado do Rio de Janeiro. A instituição realiza, em média, 13 mil consultas ambulatoriais, 23 mil procedimentos em consultórios, 67 mil exames laboratoriais, dois mil exames de imagem e 800 internações por mês.

O HFB é considerado um dos maiores hospitais públicos do estado em volume geral de atendimentos e é caracterizado como uma unidade terciária, que oferece serviços de alta complexidade. A unidade está localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, em uma área com quase um milhão de habitantes, abrangendo dois complexos de comunidades e 13 dos bairros mais vulneráveis do município.

Além da localização estratégica, que facilita a chegada de pacientes de todo o estado, o HFB/GHC é um grande complexo hospitalar composto por seis prédios e uma área construída de 42.000 m², com salas cirúrgicas, ambulatórios e leitos de internação.

Com perfil predominantemente cirúrgico, o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) possui mais de 56 serviços especializados e de alta complexidade oferecidos para todo o estado, com destaque para as áreas de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

nefrologia e transplante renal, cirurgia de cabeça e pescoço, maternidade de alto risco, neonatologia, unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, cirurgias oncológicas, endoscopia digestiva, oftalmologia e transplante de córnea, ortopedia, cirurgia cardíaca, cirurgia vascular e hemodinâmica.

O HFB é multiplicador de conhecimento, participando da formação e da capacitação de profissionais, com programas de residência médica e em enfermagem, além de convênios com universidades.

Conceito de Planejamento Estratégico

O referencial teórico adotado baseia-se na obra Introdução à Teoria Geral da Administração, de Idalberto Chiavenato (2014), amplamente adotada para embasar conceitos de planejamento estratégico, gestão participativa e estrutura organizacional, articulando a teoria administrativa às práticas de saúde pública.

Organizações públicas e privadas elaboram seus planejamentos estratégicos com o principal objetivo de alinhar recursos, pessoas e ações para atingir metas de médio e longo prazo. O planejamento estratégico baseia-se na análise de contextos internos e externos e envolve a formulação de missão, visão e valores, bem como a identificação de oportunidades, ameaças, capacidades e limitações institucionais.

Essa abordagem permite uma atuação mais eficiente e alinhada ao propósito organizacional. Documentos institucionais também foram analisados como exemplos práticos de gestão participativa e planejamento voltado à resiliência institucional frente às crises climáticas. Esses documentos oferecem subsídios empíricos para avaliar como a participação social é incorporada à gestão hospitalar.

Estudo de caso: planejamento estratégico da gerência de participação social e diversidade

O arcabouço institucional que garante o controle social do SUS está previsto na Lei nº 8.142/1990, que institui a participação da comunidade na gestão do SUS e constitui a base normativa para compreender os mecanismos formais de controle social no sistema de saúde brasileiro (Brasil, [s.d.]).

A Gerência de Participação Social e Diversidade do HFB/GHC vem fortalecer as práticas democráticas, inclusivas e integradoras na saúde pública. Sua proposta é viabilizar a interlocução entre a sociedade e a instituição, promovendo um espaço estratégico voltado à promoção da cidadania por meio de ações que valorizam a escuta ativa, o diálogo, o respeito à inclusão e à diversidade.

A Gerência desenvolve ações voltadas a trabalhadores(as) e usuários(as), com base nas principais atividades relacionadas à participação social, à valorização da diversidade e ao exercício pleno da cidadania.

Assim, o Grupo Hospitalar Conceição reafirma seu compromisso institucional com a promoção de ambientes inclusivos, participativos e alinhados aos princípios da equidade. Por meio de estratégias que valorizam a escuta ativa, o fortalecimento dos vínculos com a sociedade civil e a transversalidade da diversidade nos processos internos, a Gerência contribui de forma decisiva para a consolidação de uma gestão pública mais justa, democrática e representativa.

Tal atuação integra-se aos objetivos mais amplos da instituição, promovendo impacto concreto e sustentável na formulação e na implementação de políticas públicas.

O planejamento estratégico desenvolvido pela Gerência de Participação Social e Diversidade tem como objetivo prático garantir ações eficazes, representativas e conectadas às reais necessidades da população e às políticas de inclusão. Essas ações estão alinhadas às perspectivas estratégicas previstas no Planejamento Estratégico 2024 a 2030 do Grupo Hospitalar Conceição, baseadas em quatro pilares: sociedade; processos internos; sustentabilidade e inovação; e crescimento.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

De acordo com o planejamento iniciado, foram definidas a missão, a visão e os valores, com o objetivo de alinhar as decisões ao propósito da instituição.

Missão

Promover um ambiente de trabalho diverso, fundamentado em políticas afirmativas de inclusão social e humanização, no qual todas as vozes sejam ouvidas e respeitadas, fortalecendo a cidadania de trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Visão

Ser uma referência em políticas de inclusão social e humanização no setor da saúde, inspirando outras instituições a adotar práticas semelhantes. A Gerência dedica-se a transformar o ambiente hospitalar em um reflexo das comunidades atendidas, promovendo a saúde e o bem-estar de todos, sem distinção.

Valores

Justiça social, equidade, respeito às diversidades culturais, raciais, de gênero e às outras dimensões da diversidade, compromisso com a igualdade de oportunidades, combate à discriminação e incentivo à participação social e à cidadania.

METODOLOGIA

A Gerência de Participação Social e Diversidade do HFB/GHC adotou a análise SWOT como ferramenta central de gestão, assegurando que suas ações estejam plenamente integradas. A ferramenta permite analisar o ambiente interno e externo, aproveitar suas forças e oportunidades e examinar suas fraquezas e ameaças, procurando contribuir efetivamente para os resultados institucionais.

De acordo com Chiavenato, em seu livro "Planejamento Estratégico – Da Intenção aos Resultados", a matriz SWOT tem aplicabilidade no diagnóstico organizacional e na aplicação de ferramentas estratégicas. Por meio desse método, é possível compreender a conjuntura atual, minimizar fraquezas, neutralizar ameaças e potencializar forças e oportunidades.

Segundo Chiavenato, forças são as características internas e positivas da organização ou do projeto que representam uma vantagem competitiva; fraquezas são fatores internos que colocam a organização em desvantagem; oportunidades são entendidas como fatores externos que a organização pode aproveitar para crescer ou melhorar; e, por fim, ameaças são fatores externos que podem causar problemas ou riscos para a organização.

Ao aplicar a matriz SWOT à Gerência de Participação Social e Diversidade do HFB, foram verificados os seguintes resultados:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Forças

- Clareza na missão, na visão e nos valores voltados à inclusão, à humanização e à cidadania;
- Atuação estratégica em múltiplas frentes, como comissões, colegiados, conselhos e mesas de negociação;
- Engajamento com trabalhadores(as), usuários(as) e representantes sociais;
- Capacidade de articulação intersetorial e institucional;
- Realização de campanhas e eventos educativos com impacto social.

Oportunidades

- Crescente valorização das pautas de diversidade e inclusão na saúde pública;
- Possibilidade de parcerias com universidades, organizações não governamentais (ONG) e movimentos sociais;
- Ampliação do voluntariado como ferramenta de engajamento comunitário;
- Incentivo governamental às políticas afirmativas e à participação social.

Fraquezas

- Necessidade de maior sistematização dos indicadores de desempenho;
- Desafios na mensuração do impacto das ações de inclusão e participação;
- Necessidade de introdução de novas tecnologias para fortalecer a comunicação com os usuários e representantes.

Ameaças

- Resistência cultural à mudança;
- Desinformação e preconceitos que comprometem a adesão às ações de diversidade;
- Crises sanitárias ou emergências de saúde pública e climáticas;
- Riscos de descontinuidade de projetos em decorrência de mudanças na gestão política.

A Gerência é estruturada em divisões que colaboram entre si para que as políticas de diversidade sejam efetivas.

Divisão de Assessoria e Planejamento

É responsável por estruturar e acompanhar as ações previstas no Plano de Investimento Participativo (PI), garantindo a aplicação eficiente dos recursos por meio da gestão participativa de 10% do valor global de investimentos da estatal.

O Plano de Investimento Participativo (PI) é um espaço participativo em que os(as) trabalhadores(as) decidem, de forma democrática, quais investimentos devem ser priorizados, propondo compras de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

equipamentos, móveis ou reformas para qualificar tanto as condições de trabalho quanto o atendimento aos(às) usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Divisão de Diversidade e Participação Social

É responsável por promover a inclusão e garantir que diferentes grupos sociais tenham voz ativa na formulação de políticas e nas decisões institucionais. Atua na coordenação das atividades da Gerência de Participação Social, construindo um ambiente mais equitativo, fortalecendo a representatividade e o respeito à pluralidade.

Setor de Relações Associativas

É responsável por estabelecer espaços de diálogo contínuo com entidades sindicais para negociações e alinhamentos estratégicos, fomentando um ambiente de trabalho equilibrado e transparente.

Unidade de diversidade

Tem como objetivo promover um ambiente inclusivo por meio da implementação de programas de capacitação, treinamentos e ações afirmativas que valorizem as diferenças e fortaleçam a representatividade. Seu foco está na construção de práticas que ampliem a inclusão social.

Unidade de participação social

Tem como propósito fortalecer a interação entre a instituição, os representantes dos usuários e as comunidades, promovendo um ambiente de diálogo transparente e colaborativo.

Voluntariado e atenção comunitária

O voluntariado no Hospital Federal de Bonsucesso/GHC é uma iniciativa essencial que promove acolhimento, solidariedade e responsabilidade social. O programa incentiva a participação de cidadãos em práticas que geram impacto positivo e fortalecem a relação entre a instituição e a comunidade. Também realiza ações de cunho educativo e social de acordo com o calendário anual de atividades.

CONCLUSÃO PARA DISCUSSÃO

Esse planejamento não se limita a um documento formal. Trata-se de uma prática viva que precisa ser revisada e atualizada conforme as mudanças no cenário social, político e econômico. Ele permite à Gerência antecipar desafios, estabelecer prioridades e mensurar resultados com base nos indicadores estipulados.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Potencializar as oportunidades e as forças, bem como mitigar as fraquezas e as ameaças, será fundamental para consolidar o planejamento da gestão e fortalecer sua reputação na relação democrática com usuários do SUS, trabalhadores e a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Federal de Bonsucesso. Portaria HFB nº 486, de 2 de agosto de 2024. Divulga a implantação do Planejamento Estratégico do ciclo 2024-2027 do Hospital Federal de Bonsucesso. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/hfb/2024/prt0486_09_08_2024.html. Acesso em: 27 jul. 2026.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**: a nova jornada da intenção aos resultados: entendendo como as organizações chegam aonde elas querem chegar. 5. ed. Barueri, SP: Atlas, 2023.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Planejamento estratégico 2024-2030**. Porto Alegre: GHC, 2025. 45 p. Disponível em: https://www.ghc.com.br/files/20250617_book_Plan_Estrategico.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PERFIL DOS MORADORES DO BAIRRO MARÉ ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO/ GHC

Jessé Mendonça de Oliveira
Annyeli Damião Nascimento

RESUMO

O artigo analisa o perfil dos pacientes atendidos na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), com foco nos residentes do bairro da Maré. A pesquisa utilizou dados de 2016 a 2025, incluindo informações demográficas, como sexo, raça/cor e local de residência. O estudo constatou que a maioria dos pacientes atendidos no HFB é do sexo feminino, com uma média anual de 61%, e se autodeclara negra (parda ou preta). O HFB, um complexo hospitalar 100% SUS, é administrado pelo Grupo Hospitalar Conceição desde outubro de 2024 e retomou o atendimento de emergência em fevereiro de 2025. A reabertura da emergência impulsionou significativamente o número de atendimentos, com os seis primeiros meses de 2025 superando o total registrado em 2024. A análise também revelou que a pandemia de covid-19, entre 2020 e 2022, resultou nos menores números de atendimentos no período. Os residentes do município do Rio de Janeiro representam a maioria dos pacientes, com 73% em 2025, provenientes principalmente da Área de Planejamento 3.1, que inclui o bairro da Maré. Entre as comunidades da Maré, Nova Holanda, Vila do Pinheiro e Vila do João apresentaram o maior número de pacientes atendidos.

PALAVRAS-CHAVE: serviços de saúde; emergências; população urbana; desigualdades em saúde.

ABSTRACT

This article aims to analyze the profile of patients treated in the emergency department of the Federal Hospital of Bonsucesso (HFB), with a focus on residents of the Maré neighborhood. The study covers data from 2016 to 2025, including demographic information such as gender, race/ethnicity, and place of residence. The results show that the majority of patients treated at HFB are female, with an annual average of 61%, and self-identify as Black (including both Black and Brown individuals). HFB, a hospital fully integrated into Brazil's public health system (SUS), has been managed by the Conceição Hospital Group since October 2024 and reopened emergency care services in February 2025. The reopening of the emergency department led to a significant increase in demand, with the number of visits in the first six months of 2025 exceeding the total for all of 2024. The analysis also reveals that the COVID-19 pandemic (2020–2022) marked the lowest levels of emergency visits during the analyzed period. In 2025, 73% of the patients were residents of the city of Rio de Janeiro, particularly from Planning Area 3.1, which includes the Maré neighborhood. Within Maré, the communities of Nova Holanda, Vila do Pinheiro, and Vila do João recorded the highest numbers of patients treated.

KEYWORDS: health services; emergencies; urban population; health inequalities.

RESUMEN

El artículo analiza el perfil de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), con énfasis en los residentes del barrio de Maré. El estudio abarca datos del período de 2016 a 2025,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

incluyendo información demográfica, como sexo, raza/color y lugar de residencia. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes atendidos en el HFB son mujeres, con un promedio anual del 61%, y se autodefinen como negras (incluyendo personas negras y pardas). El HFB, un hospital 100% integrado al Sistema Único de Salud (SUS), ha sido gestionado por el Grupo Hospitalario Conceição desde octubre de 2024 y reanudó la atención de urgencias en febrero de 2025. La reapertura del servicio provocó un aumento significativo en la demanda, con el número de atenciones en los primeros seis meses de 2025 superando el total registrado durante todo el año 2024. El análisis también revela que el período de la pandemia de covid-19 (2020–2022) presentó los niveles más bajos de atenciones en la serie histórica. En 2025, el 73% de los pacientes eran residentes del municipio de Río de Janeiro, especialmente del Área de Planificación 3.1, donde se ubica el barrio de Maré. Dentro de Maré, las comunidades de Nova Holanda, Vila do Pinheiro y Vila do João registraron los mayores números de pacientes atendidos.

PALABRAS CLAVE: servicios de salud; emergencias; población urbana; desigualdades en salud.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil dos pacientes atendidos na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), com foco especial na população residente no bairro da Maré. A pesquisa justifica-se pela importância do HFB como um dos principais centros de atendimento na região e pela necessidade de compreender as características de sua demanda, especialmente aquela proveniente do complexo de comunidades da Maré, o maior da Área de Planejamento na qual o hospital está inserido.

De acordo com o Censo Maré (2019), esse território é o maior conjunto de favelas do Rio de Janeiro, com 140 mil habitantes, população superior à de 96% dos municípios brasileiros, e pode ser considerado uma cidade de médio porte.

Ao longo do estudo, serão apresentados dados sobre o perfil demográfico dos pacientes atendidos, como sexo, raça/cor e local de residência, no período de 2016 a 2025. A análise também abordará o impacto de eventos significativos, como a pandemia de covid-19 e a reabertura do serviço de emergência em 2025, sobre a quantidade e o perfil dos atendidos.

A pesquisa também contextualiza a assistência à saúde no município do Rio de Janeiro e explora as particularidades do bairro da Maré, destacando seus desafios sociais, ambientais e sanitários, que podem influenciar a busca por serviços de saúde.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é traçar o perfil dos pacientes atendidos pela emergência do Hospital Federal de Bonsucesso. A ênfase é direcionada ao bairro da Maré, por ser o maior complexo de comunidades da Área de Planejamento na qual o HFB está inserido.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa baseou-se na coleta e na organização de dados secundários do e-SUS Hospitalar e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a realização de uma análise descritiva. Os dados sobre os pacientes atendidos na emergência foram obtidos nas planilhas “Movimentações Hospitalares”, elaboradas no Microsoft Excel.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Informações demográficas, como o total de atendidos, raça/cor, sexo, Código de Endereçamento Postal (CEP) e bairro, foram extraídas dos relatórios de atendimentos realizados do sistema e-SUS Hospitalar. Adicionalmente, para o mapeamento detalhado do bairro da Maré, utilizou-se o Guia de Ruas da Maré, de 2014.

A análise dessas informações foi conduzida por meio de estatística descritiva, que permitiu a organização e a tabulação dos dados para a compreensão do perfil dos pacientes atendidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital Federal de Bonsucesso/GHC

O Hospital Federal de Bonsucesso (HFB/GHC) é um complexo hospitalar público 100% SUS, localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro. Oferece uma ampla gama de serviços de alta complexidade, incluindo nefrologia, transplante renal, cirurgia de cabeça e pescoço, maternidade de alto risco, neonatologia, unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, endoscopia digestiva, oftalmologia, transplante de córnea e cirurgia cardíaca, entre outros.

O hospital passou a ser administrado pelo Grupo Hospitalar Conceição em outubro de 2024. A mudança visou à reestruturação do hospital, à melhoria da qualidade do atendimento e à retomada de sua plena capacidade.

Durante o período de 2016 a 2025, o Hospital Federal de Bonsucesso recebeu, em seus ambulatórios, uma média de 44.807 pessoas por ano. O ano com o maior número de pessoas atendidas foi 2023, com 53.018, enquanto o ano com o menor número foi 2020, com 37.083.

O menor quantitativo foi registrado durante a pandemia de covid-19, que se estendeu de 2020 a 2022, período em que foram observados os menores números de pessoas atendidas. É importante destacar que os atendimentos realizados nos primeiros seis meses de 2025 já superaram o total registrado em 2024, devido à abertura da emergência em fevereiro de 2025.

Quanto ao quesito raça/cor, no mesmo período, destaca-se que as pessoas negras, pardas e pretas, foram a maioria, atingindo um percentual máximo de 56% em 2018 e um mínimo de 44% em 2022. Outro destaque é o número de indígenas atendidos, que variou entre 0,1% e 0,2%. Apesar de ser um percentual pequeno, isso evidencia a presença de indígenas residentes nos territórios localizados no entorno do hospital.

O percentual de registros indeterminados superior a 10% sugere a necessidade de aprimorar os processos de atualização dos cadastros dos pacientes ao chegarem à unidade.

Gráfico 2. Percentual de pessoas atendidas por ano segundo raça/cor.

Fonte: Sistema e-SUS, relatório de atendimentos realizados.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Em relação ao quesito sexo, a maioria percentual dos atendidos é do sexo feminino, com uma média anual de 61%. Já o número de homens teve uma média anual de aproximadamente 39%.

A assistência à saúde no município do Rio de Janeiro e o HFB/GHC

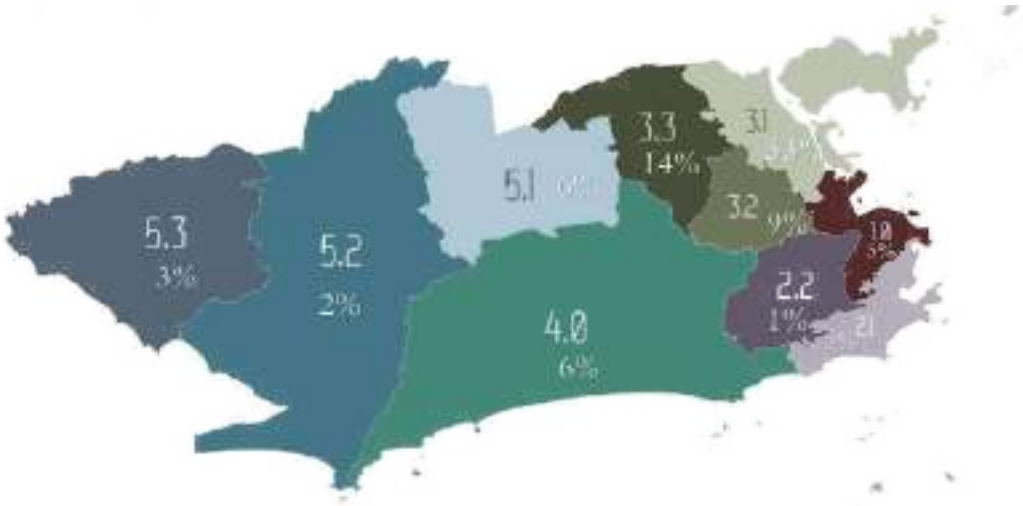
A assistência à saúde no município do Rio de Janeiro é organizada em dez Áreas de Planejamento (AP). Essas áreas são definidas para facilitar a gestão e a distribuição dos serviços de saúde, garantindo que a população de cada região tenha acesso adequado aos cuidados necessários.

Em relação ao HFB e à assistência à saúde no município, inicialmente destacamos que a maioria dos pacientes atendidos se declarou residente no município do Rio de Janeiro, com uma média anual de 65%. O ano com o maior percentual de residentes no Rio foi 2025, com 73%, enquanto o ano com o menor percentual foi 2022, com 62%. O maior percentual de residentes no Rio de Janeiro no ano de 2025 ocorreu após a abertura da emergência em fevereiro.

Em 2025, o hospital percebeu que as pessoas que moram no Rio de Janeiro e que procuraram atendimento vinham principalmente da Área de Planejamento 3.1, que representa 53% das pessoas atendidas. Em contraste, a Área de Planejamento 2.2 teve o menor número de pessoas, com apenas 1%. Esses números mostram a busca por serviços de saúde entre os moradores que residem próximos ao hospital, especialmente depois da abertura da emergência em fevereiro de 2025.

Dos dez maiores complexos de favelas do Rio, sete deles estão na área das AP 3, Lins, Jacarezinho, Maré, Alemão, Penha, Pedreira e Chapadão, sendo três deles próximos ao Hospital, Maré, Alemão e Penha (PEREIRA *et al.*, 2023, p. 52).

Imagem 1. Percentual de pessoas atendidas por Área de Planejamento em 2025.



Fonte: Sistema e-SUS, relatório de atendimentos realizados.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Tabela 1. População, densidade demográfica e IDS médio dos Grandes Complexos e da cidade do Rio de Janeiro – 2010

Complexos	População	Densidade demográfica (habitantes por hectare)
Maré	125.013	589
Rocinha	69.683	787
Alemão	57.571	313
Penha	57.188	374
Cidade de Deus	46.807	368
Jacarezinho	37.035	725
Vila Kennedy	26.007	161
Bairro da Pedreira	21.132	217
Lins	20.727	213
Chapadão	19.823	222
Total dos Complexos	480.986	381
Rio de Janeiro	6.320.446	53

Fonte: Figura extraída do relatório: Programa Territórios Sociais nos 10 Grandes Complexos.

O bairro da Maré

Segundo o Guia de Ruas da Maré (Redes da Maré; Observatório de Favelas, 2014), em 1994, uma lei municipal criou oficialmente o bairro da Maré, reunindo 16 comunidades que, até então, não se reconheciam como parte de uma mesma unidade. Apesar das diferenças históricas e culturais, essas comunidades compartilham histórias de luta pela permanência no território, pela melhoria das condições de vida e pela superação da pobreza e do preconceito.

Localizada entre a Avenida Brasil e a Linha Vermelha, às margens da Baía de Guanabara, a Maré é hoje o maior conjunto de favelas da Zona da Leopoldina, no Rio de Janeiro, com mais de 40 mil domicílios. A ocupação começou na década de 1940, quando os primeiros moradores se instalaram no Morro do Timbau, único ponto seco em meio ao antigo manguezal, atraídos pela possibilidade de construir suas casas e escapar do aluguel.

O bairro da Maré enfrenta muitos desafios decorrentes das mudanças climáticas. Como está perto da Baía de Guanabara e tem pouca elevação, são comuns os alagamentos e as inundações. A falta de áreas verdes e o excesso de construções fazem com que o calor seja ainda mais intenso. Além disso, o ar é poluído devido à proximidade com grandes avenidas, como a Avenida Brasil, a Linha Vermelha e a Linha Amarela. Outro problema sério é a contaminação da água, já que o esgoto muitas vezes é lançado diretamente nos canais e rios, o que aumenta o risco de doenças para os moradores.

No Complexo da Maré, existem sete unidades de saúde que atendem à população, sendo quatro Clínicas da Família (Diniz Batista dos Santos, Adib Jatene, Augusto Boal e Jeremias Moraes da Silva) e três Centros Municipais de Saúde (Américo Veloso, Vila do João e Samora Machel) (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2025). No entanto, o atendimento médico enfrenta desafios como a sobrecarga decorrente do grande volume de casos de doenças respiratórias e gastrintestinais e a violência, que dificultam o acesso dos moradores às unidades de saúde e a entrada dos profissionais na comunidade.

A emergência do HFB/GHC e o bairro da Maré

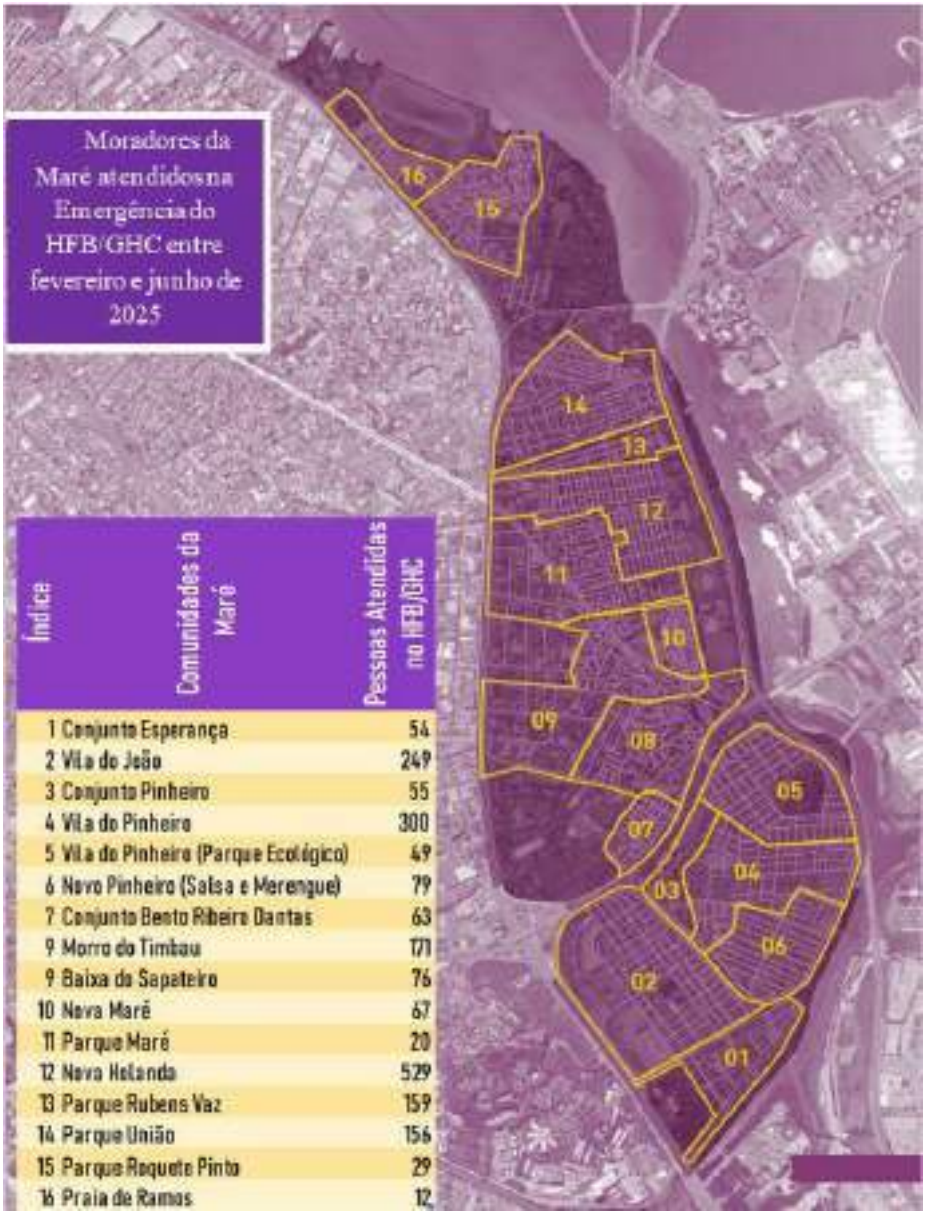
Os dados encontrados na pesquisa mostram uma grande variação entre as diferentes favelas do Complexo da Maré. Por um lado, Nova Holanda, Vila do Pinheiro e Vila do João apresentaram, respectivamente,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

529, 300 e 249 pessoas atendidas. Por outro lado, foi registrado um número reduzido de pessoas atendidas nas comunidades da Praia de Ramos, Parque Maré, Roquete Pinto e Vila do Pinheiro (Parque Ecológico), com, respectivamente, 12, 20, 29 e 49 atendimentos.

Contudo, é interessante observar a existência de subdivisões na Vila do Pinheiro. Entre elas, estão Vila do Pinheiro, Vila do Pinheiro (Parque Ecológico), Conjunto Pinheiro e Novo Pinheiro (Salsa e Merengue), que, somadas, totalizam 483 pessoas atendidas. Outro fator importante é a variação do tamanho da população de cada favela, o que justifica as diferenças quantitativas no número de pessoas atendidas.

Imagem 2. Total de pacientes da Maré atendidos na emergência por comunidade.



Índice	Comunidades da Maré	Pessoas Atendidas no HFB/GHC
1	Conjunto Esperança	54
2	Vila do João	249
3	Conjunto Pinheiro	55
4	Vila do Pinheiro	300
5	Vila do Pinheiro (Parque Ecológico)	49
6	Novo Pinheiro (Salsa e Merengue)	79
7	Conjunto Bento Ribeiro Dantas	63
9	Morro do Timbau	171
9	Baixa do Sapateiro	76
10	Nova Maré	67
11	Parque Maré	20
12	Nova Holanda	529
13	Parque Rubens Vaz	159
14	Parque União	156
15	Parque Roquete Pinto	29
16	Praia de Ramos	12

Fonte: elaboração a partir de figura extraída do Guia de Ruas da Maré (2014) e da quantidade de atendimentos extraída do sistema e-SUS, por meio do Relatório de Atendimentos Realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados demográficos e geográficos, contextualizada pelos eventos significativos dos últimos anos, permite-nos chegar às seguintes conclusões.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Demanda regional e impacto de eventos

A reabertura da emergência em 2025 foi um marco, impulsionando significativamente o número de atendimentos e reforçando o papel do hospital como uma unidade de referência para a população local.

A pandemia de covid-19, entre 2020 e 2022, impactou diretamente o fluxo de pacientes, resultando nos menores números de atendimentos do período estudado. Por outro lado, a retomada dos serviços e a nova gestão pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) indicam uma trajetória de reestruturação e aumento da capacidade de atendimento.

CARACTERÍSTICAS DO PÚBLICO ATENDIDO

O perfil dos pacientes do HFB é majoritariamente composto por mulheres, com uma média anual de 61% dos atendidos. Em relação ao quesito raça/cor, a maioria dos pacientes autodeclarou-se negra (parda ou preta), o que reflete a composição demográfica da região.

A presença, mesmo que em pequena escala, de pacientes indígenas aponta para a diversidade étnica da área e para a necessidade de considerar as especificidades desse grupo. A alta taxa de registros "indeterminados" no quesito raça/cor sugere uma oportunidade de aprimorar os procedimentos de registro e coleta de dados na unidade.

A Maré e a relação com a emergência do HFB

O estudo demonstra uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde ou na procura por eles dentro do próprio complexo de favelas. Comunidades como Nova Holanda, Vila do Pinheiro e Vila do João apresentam um número significativamente maior de pacientes atendidos, enquanto outras, como Praia de Ramos e Roquete Pinto, registram uma busca muito menor.

Essa variação pode ser justificada por diversos fatores, como a distribuição populacional, as barreiras de acesso, sejam elas físicas ou relacionadas à violência, e a disponibilidade de serviços de atenção primária.

Os desafios sociais e ambientais do bairro, como alagamentos e poluição, podem contribuir para a incidência de doenças respiratórias e gastrintestinais, gerando uma demanda específica por serviços de emergência. A sobrecarga das unidades de saúde locais e as dificuldades de acesso devido à violência reforçam o papel do HFB como uma alternativa vital para os moradores da Maré.

REFERÊNCIAS

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO. **Movimentações hospitalares:** dados extraídos da planilha eletrônica da emergência. Rio de Janeiro: HFB, 2025. Documento interno.

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO. **Relatório de atendimentos realizados:** dados extraídos do sistema e-SUS, 2016-2025. Rio de Janeiro: HFB, 2025. Documento interno.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Programa Territórios Sociais nos 10 Grandes Complexos (2023)**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2023. Disponível em: https://www.data.rio/documents/59f721959baa4303b2f37958c47a97c5. Acesso em: 13 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura. **Telessaúde chega a 100% de cobertura no Complexo da Maré**. Rio de Janeiro, 31 jul. 2025. Disponível em: https://prefeitura.rio/noticias/telessaude-chega-a-100-de-cobertura-no-complexo-da-mare/. Acesso em: 11 ago.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2025.

REDES DA MARÉ. **Censo populacional da Maré 2019**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019. Disponível em: https://www.redesdamare.org.br/br/artigo/171/uma-cidade-chamada-mare-censo-populacional-2019. Acesso em: 11 ago. 2025.

REDES DA MARÉ; OBSERVATÓRIO DE FAVELAS. **Guia de ruas da Maré**. 2. ed. Rio de Janeiro: Redes da Maré; Observatório de Favelas, 2014. Disponível em: https://observatoriodefavelas.org.br/acervo/guia-de-ruas-da-mare-2014/. Acesso em: 11 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A ACUPUNTURA COMO FERRAMENTA DE APOIO A SAÚDE MENTAL DE PESSOAS VÍTIMAS DE EVENTOS CLIMÁTICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL DO INNAP AOS AFLIGIDOS PELAS ENCHENTES DE 2024 NO RIO GRANDE DO SUL

Cristiano Silveira Neves
Ivo de Oliveira Leal João Ernesto Barbosa Piccoli
Natália Fernandes do Nascimento

RESUMO

Este relato de experiência descreve a utilização da acupuntura como ferramenta de apoio à saúde mental de 28 pessoas desabrigadas pelas enchentes de maio de 2024 no Rio Grande do Sul. Diante da crise de saúde mental desencadeada pelo evento climático extremo, com alta prevalência de ansiedade e depressão, uma intervenção foi realizada em um abrigo temporário em Novo Hamburgo (RS). O estudo, de natureza qualitativa, detalha o atendimento a 17 adultos, sete adolescentes e quatro crianças durante quatro semanas. Foram aplicadas sessões de acupuntura sistêmica e auriculoterapia adaptadas ao cenário de crise. A avaliação, baseada nos relatos dos participantes, indicou resultados positivos consistentes, como a redução da ansiedade e da hipervigilância, a melhora na qualidade do sono, a diminuição de pensamentos intrusivos e uma sensação geral de calma e acolhimento. A experiência evidencia que a acupuntura, prática institucionalizada no SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), é uma abordagem viável, segura e eficaz para o manejo do sofrimento emocional agudo. Conclui-se que a acupuntura possui grande potencial para ser integrada às estratégias de saúde pública de resposta às emergências e aos desastres.

PALAVRAS-CHAVE: acupuntura; saúde mental; emergência climática; resposta a desastres; práticas integrativas.

ABSTRACT

This experience report describes the use of acupuncture as a mental health support tool for 28 individuals displaced by the floods of May 2024 in Rio Grande do Sul, Brazil. In response to the mental health crisis triggered by the extreme climate event, which led to a high prevalence of anxiety and depression, an intervention was conducted at a temporary shelter in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. This qualitative study details the care provided to 17 adults, seven adolescents, and four children over four weeks. Sessions of systemic acupuncture and auriculotherapy adapted to the crisis scenario were administered. The evaluation, based on participant reports, showed consistently positive results, such as reduced anxiety and hypervigilance, improved sleep quality, a decrease in intrusive thoughts, and a general sense of calm and care. The experience demonstrates that acupuncture, a practice institutionalized in Brazil's public health system (SUS) through the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), is a viable, safe, and effective approach for managing acute emotional distress. It is concluded that acupuncture has significant potential for integration into public health strategies for emergency and disaster response.

KEYWORDS: acupuncture; mental health; climate emergency; disaster response; integrative practices.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou um evento climático extremo sem precedentes, caracterizado por chuvas torrenciais que resultaram em inundações de vasta escala. A catástrofe deixou um rastro de destruição, com centenas de municípios afetados, perdas humanas e um contingente massivo de pessoas desabrigadas e desalojadas.

Para além dos danos materiais e infraestruturais, os desastres impõem um profundo impacto psicossocial, configurando-se como eventos traumáticos coletivos que desencadeiam crises de saúde mental de grande magnitude (Ribeiro; Freitas, 2020; Freitas, 2021). A exposição a desastres naturais está intrinsecamente ligada ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos mentais, como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a ansiedade e a depressão (Palú *et al.*, 2024).

A experiência de perda súbita do lar, de bens, de laços comunitários e, em muitos casos, de entes queridos, somada à incerteza sobre o futuro, cria um ambiente de estresse crônico e vulnerabilidade psíquica. Dados preliminares de uma pesquisa conduzida pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) corroboram a gravidade do cenário. Em uma amostra inicial de 1.200 respondentes, 91% relataram sintomas de ansiedade, 59% de *burnout* e 49% de depressão em decorrência das enchentes (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024).

Esses números alarmantes sublinham a necessidade urgente de estratégias de cuidado em saúde mental que sejam ágeis, acessíveis e eficazes para mitigar o sofrimento da população afetada.

Nesse contexto de emergência em saúde pública, a busca por abordagens terapêuticas que possam ser implementadas de forma rápida e em larga escala torna-se imperativa. A acupuntura, uma das terapias da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), emerge como um recurso valioso, especialmente por sua inserção institucional no Brasil por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

A aplicação da acupuntura em contextos de sofrimento psíquico agudo é respaldada por um crescente corpo de evidências científicas. Para a ansiedade, estudos como os de Silva *et al.* (2015) e Gois e Gois (2021) demonstram efeitos positivos. No tratamento do TEPT, a evidência é descrita como "encorajadora" por pesquisadores como Kim *et al.* (2013) e Grant *et al.* (2018). Para a depressão, revisões como a de Smith *et al.* (2018) indicam que a acupuntura pode promover uma redução significativa na gravidade dos sintomas.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever e analisar a experiência do atendimento com acupuntura no acolhimento de 28 pessoas desabrigadas pela enchente de 2024 no Rio Grande do Sul, que apresentavam sofrimento emocional agudo, destacando os resultados observados e o potencial da prática como ferramenta de apoio à saúde mental em emergências climáticas.

Objetivos específicos

- Detalhar o protocolo de intervenção com acupuntura utilizado em um abrigo temporário, adaptado para um cenário de crise;
- Sistematizar os benefícios percebidos pelos participantes a partir da análise qualitativa de seus relatos, com foco em sintomas de ansiedade, estresse e insônia;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Relacionar os achados aos mecanismos neurobiológicos da acupuntura;
- Discutir o papel da acupuntura como ferramenta de "primeiros cuidados psicológicos" para a Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), como aplicação prática da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em situações de emergência climática.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência de natureza qualitativa, que busca descrever, analisar e refletir sobre a realização de uma intervenção em saúde mental em um cenário de crise humanitária decorrente de uma emergência climática. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a compreensão aprofundada do contexto, das práticas e das percepções dos participantes (Minayo, 2017).

A intervenção ocorreu durante um período de quatro semanas, entre maio e junho de 2024, em um abrigo temporário improvisado em um imóvel do Instituto Nacional de Naturopatia Aplicada da FAMEC (INNAP), em Novo Hamburgo (RS).

A amostra foi composta por 28 indivíduos com idade superior a oito anos, sendo 17 adultos, sete adolescentes e quatro crianças, que foram acolhidos no abrigo e apresentavam sofrimento emocional. Foi-lhes oferecido atendimento com acupuntura para minimizar o sofrimento. O consentimento informado verbal foi obtido de cada participante adulto e dos responsáveis pelos menores de idade.

A intervenção combinou a escuta qualificada com a aplicação de acupuntura sistêmica e auricular nos participantes com mais de 12 anos e de auriculoterapia nos menores. Na acupuntura sistêmica, utilizou-se um protocolo de pontos com reconhecida ação na regulação emocional (Yintang, C7, PC6, F3 e VG20). As sessões, com duração de 30 minutos, ocorreram de duas a três vezes por semana.

A auriculoterapia foi conjugada à acupuntura sistêmica nos participantes com mais de 12 anos e aplicada isoladamente nos menores. Nesse procedimento, foi utilizado o protocolo NADA Brasil (2020), que também tem apresentado evidências de resultados positivos em transtornos emocionais. A avaliação dos resultados foi qualitativa, por meio de relatos verbais espontâneos dos participantes, registrados em prontuários e submetidos à análise de conteúdo temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O papel da acupuntura na regulação emocional

A eficácia da acupuntura no tratamento de transtornos emocionais pode ser compreendida por meio de seus efeitos mensuráveis nos sistemas nervoso, endócrino e imunológico. A inserção de agulhas em pontos específicos desencadeia uma cascata de respostas neurobiológicas que ajudam a modular o estresse e a regular as emoções (Uysal; İşeri, 2012).

Modulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA): o eixo HPA é o principal sistema de resposta ao estresse. Em indivíduos traumatizados, esse eixo frequentemente se torna disfuncional, com hipersecreção de cortisol. A acupuntura tem demonstrado capacidade de regular a atividade do eixo HPA, ajudando a normalizar os níveis de cortisol e a atenuar a resposta fisiológica ao estresse crônico (Uysal; İşeri, 2012).

Regulação do sistema nervoso autônomo (SNA): vítimas de trauma frequentemente se encontram em um estado de hiperativação simpática ("luta ou fuga"). A acupuntura demonstrou ter um potente efeito

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

regulador sobre o SNA, ativando o sistema nervoso parassimpático ("descanso e digestão"), especialmente por meio da estimulação do nervo vago, o que induz um estado de relaxamento profundo (Kwon *et al.*, 2023).

Liberação de neurotransmissores: a estimulação dos acupontos induz a liberação de substâncias neuroquímicas que regulam o humor e o bem-estar, como endorfinas, analgésicos naturais com efeito ansiolítico; serotonina e dopamina, cruciais para o humor e a motivação; e GABA, principal neurotransmissor inibitório do cérebro, que promove a calma (Uysal; İşeri, 2012).

Ação em estruturas cerebrais límbicas: estudos de neuroimagem funcional revelam que a acupuntura pode diminuir a hiperatividade da amígdala, considerada o centro do medo, e regular a função do hipotálamo e do hipocampo, ajudando a "desligar" a resposta de alarme crônica (Kwon *et al.*, 2023).

A acupuntura no SUS: diretrizes e legislação

Longe de ser uma prática "alternativa", a acupuntura é reconhecida e fomentada pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 (Brasil, 2015).

A PNPIC denomina essas abordagens Práticas Integrativas e Complementares, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a denominação Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Essas práticas visam à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à recuperação da saúde por meio de abordagens que estimulam os mecanismos naturais de cura do corpo, com ênfase na escuta acolhedora, no vínculo terapêutico e na visão integral do ser humano (Brasil, 2015). Trata-se de abordagens complementares às práticas convencionais.

A acupuntura foi formalmente incluída na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) em 1999, sendo uma das 29 práticas oferecidas gratuitamente à população, com grande potencial de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) (Ministério da Saúde, 2023). Essa legitimação governamental confere à acupuntura o estatuto de ferramenta terapêutica oficial, passível de ser mobilizada em ações de saúde pública, incluindo respostas a desastres.

Estudo de caso: atendimento no abrigo

Como parte da resposta à crise, o INNAP organizou um ponto de acolhimento em um abrigo temporário instalado em um dos imóveis da instituição, localizado em Novo Hamburgo (RS), onde foram acolhidas famílias desabrigadas.

A equipe ofereceu suporte psicossocial e sessões de acupuntura a 28 pessoas, incluindo 17 adultos, sete adolescentes e quatro crianças, que apresentavam um quadro agudo de sofrimento emocional. As queixas mais comuns incluíam ansiedade intensa, crises de pânico, insônia severa, medo constante, tristeza profunda e irritabilidade, caracterizadas como consequências do estresse pós-traumático.

O atendimento iniciava-se com um acolhimento individualizado, focado na escuta ativa e empática, seguido pela sessão de acupuntura. O protocolo foi adaptado para ser rápido e eficaz no ambiente de crise, utilizando pontos com reconhecida ação na regulação do sistema nervoso e no alívio do estresse, como Yintang, C7 (Shenmen), PC6 (Neiguan), VG20 (Baihui) e F3 (Taichong), associados ao protocolo NADA em auriculoterapia. No caso das crianças, a auriculoterapia com o protocolo NADA foi a técnica de escolha.

Os resultados, avaliados qualitativamente por meio dos relatos dos participantes, foram consistentemente positivos. Os principais benefícios observados foram:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Redução da hipervigilância e da ansiedade: diminuição do estado de alerta constante e de sintomas físicos, como palpitações e tremores. Um participante relatou: "Parece que desligou um motor que estava acelerado dentro de mim. Aquele aperto no peito sumiu";
- Melhora na qualidade do sono: redução da insônia e de pesadelos relacionados ao trauma. Uma mãe contou: "Fazia uma semana que eu só cochilava, acordava assustada. Ontem, depois das agulhas, eu apaguei. Dormi a noite inteira";
- Diminuição de pensamentos intrusivos: redução na frequência de pensamentos e imagens recorrentes sobre as perdas. Um adolescente comentou: "Minha cabeça não parava, ficava repassando tudo. Agora parece que deu uma acalmada";
- Sensação de calma e acolhimento: o espaço de cuidado foi percebido como um "oásis de paz" no caos do abrigo. Uma senhora expressou: "Só de ter alguém cuidando de mim, parando pra me receber, já foi metade do tratamento".

A experiência demonstrou que a acupuntura foi uma ferramenta eficaz para oferecer alívio imediato e promover a resiliência emocional em um contexto de extrema vulnerabilidade.

Em síntese, a experiência permitiu transformar uma ação emergencial em aprendizagens coletivas estruturadas, fortalecendo a percepção sobre a capacidade de resposta da acupuntura em desastres naturais e consolidando a relevância das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como facilitadoras de ações de cuidado regionalizadas e humanizadas.

Desafios e perspectivas

Os resultados observados neste relato de experiência, embora preliminares, oferecem subsídios importantes para a discussão sobre o papel da acupuntura na saúde mental em situações de desastre.

A interpretação dos resultados à luz dos mecanismos neurobiológicos mostra forte correspondência. A redução da hipervigilância (Tema 1) pode ser atribuída à modulação do SNA. A melhora no sono (Tema 2) está ligada à regulação de neurotransmissores, como a serotonina e o GABA. A diminuição de pensamentos intrusivos (Tema 3) sugere um efeito sobre o córtex pré-frontal. Por fim, a sensação de acolhimento (Tema 4) evidencia a importância dos "efeitos não específicos" da terapia, nos quais o ato de cuidar é, em si, terapêutico em um cenário de desamparo.

A intervenção descrita alinha-se ao modelo de APS. Por ser uma intervenção predominantemente não verbal, a acupuntura é particularmente útil para pessoas que não desejam ou não conseguem falar sobre suas experiências traumáticas. A experiência em Amatrice, na Itália, após um terremoto, descrita por Moiraghi *et al.* (2019), corrobora seu potencial como ferramenta de baixo custo para o suporte psicossocial em massa.

Esta experiência demonstra a viabilidade de mobilizar recursos já existentes no SUS. A acupuntura, por ser uma prática institucionalizada pela PNPIC, pode e deve ser considerada parte do arsenal terapêutico nos planos de contingência para desastres.

É imperativo reconhecer as limitações do estudo, como a ausência de grupo de controle, a utilização de uma amostra pequena e de conveniência e a realização de uma avaliação subjetiva sem escalas psicométricas. Apesar disso, o estudo cumpre seu objetivo de fornecer evidências do mundo real, gerando hipóteses para pesquisas futuras, além de ser sustentado por inúmeras publicações sobre o tema.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONCLUSÃO

Este relato de experiência documentou a implementação de uma experiência de acolhimento com acupuntura para 28 pessoas, entre adultos, adolescentes e crianças, desabrigadas pela enchente de 2024 no Rio Grande do Sul. A intervenção demonstrou ser uma abordagem viável, segura e de alta aceitabilidade para o manejo de sintomas agudos de estresse, ansiedade e insônia.

Os resultados qualitativos indicam benefícios percebidos consistentes e significativos, congruentes com os mecanismos neurobiológicos de ação da acupuntura. Apesar das limitações metodológicas, esta experiência fornece evidências valiosas do mundo real, reforçando o potencial da acupuntura, uma prática já institucionalizada no SUS pela PNPIC, de ser integrada de forma mais robusta às estratégias de saúde mental em emergências e desastres no Brasil.

Investir na valorização, na formação e no apoio técnico para a aplicação de PICS em cenários de crise não é apenas uma necessidade operacional, mas também uma medida de justiça social e ambiental. A experiência relatada reforça que o fortalecimento da APS, aliado à atuação regionalizada e ao uso de práticas como a acupuntura, constitui um elemento estratégico para a resiliência do sistema de saúde brasileiro e para a promoção da saúde e da equidade em contextos de mudanças climáticas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

CABIOĞLU, M. T.; İŞERI, S. Ö.; ÇOBAN, A. E.; ÇOBAN, F. Role of acupuncture in stress management. **Marmara Pharmaceutical Journal**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 107-114, 2012. Disponível em: https://dergipark.org.tr/en/pub/marupj/article/188281. Acesso em: 13 ago. 2025.

GOYATÁ, S. L. T.; AVELINO, C. C. V.; SANTOS, S. V. M. dos; SOUZA JÚNIOR, D. I. de; GURGEL, M. D. S. L.; TERRA, F. de S. Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 3, p. 602-609, maio/jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/nFTpYKy5K4GY9JRXZ7FvcRc/. Acesso em: 13 ago. 2025.

GRANT, S.; COLAIACO, B.; MOTALA, A.; SHANMAN, R.; SORBERO, M.; HEMPEL, S. Acupuncture for the treatment of adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Trauma & Dissociation**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 39-58, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28151093/. Acesso em: 14 ago. 2025.

KIM, Y.-D.; HEO, I.; SHIN, B.-C.; CRAWFORD, C.; KANG, H.-W.; LIM, J.-H. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a systematic review of randomized controlled trials and prospective clinical trials. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [S. l.], v. 2013, e615857, 2013. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3580897/. Acesso em: 13 ago. 2025.

KWON, H.-J.; LEEM, J.; KIM, D.-W.; KWON, C.-Y.; KIM, S.-H. Effect of acupuncture on patients with major psychiatric disorder and related symptoms caused by earthquake exposure: protocol for a scoping review of clinical studies. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 18, n. 1, e0281207, 2023. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0281207. Acesso em: 13 ago. 2025.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 13 ago. 2025.

MOIRAGHI, C.; POLI, P.; PISCITELLI, A. An observational study on acupuncture for earthquake-related post-traumatic stress disorder: the experience of the Lombard Association of Medical Acupuncturists/Acupuncture in the World, in Amatrice, Central Italy. **Medical Acupuncture**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 116-122, 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6484341/. Acesso em: 13 ago. 2025.

PALÚ, A. P. do N.; GREAFF, É. W.; TEIXEIRA, E. D.; DALLE CORT, G. H. N.; TEIXEIRA, I. D.; PEREZ, J. de A. O impacto dos desastres climáticos na saúde mental: revisão integrativa de literatura. **Journal of Interprofessional Health Education**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2025. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/healtheduc/article/view/77985. Acesso em: 14 ago. 2025.

RIBEIRO, M. P.; FREITAS, J. de L. Atuação do psicólogo na gestão integral de riscos e desastres: uma revisão sistemática da literatura.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, e14794, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202020000200008&script=sci_abstract. Acesso em: 16 ago. 2025.

SMITH, C. A.; ARMOUR, M.; LEE, M. S.; WANG, L.-Q.; HAY, P. J. Acupuncture for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 3, CD004046, 2018. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004046.pub4/full. Acesso em: 15 ago. 2025.

SOUSA, V. M. de. Acupuntura e o tratamento da ansiedade: revisão sistemática de literatura. **Amazônia: Science & Health**, Gurupi, v. 9, n. 2, p. 46-59, 2021. Disponível em: https://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3430. Acesso em: 13 ago. 2025.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS completa 17 anos**. UNA-SUS, Brasília, DF, 11 maio 2023. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/3761. Acesso em: 13 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Saúde Pública. **Guia de auriculoterapia para alcoolismo baseado em evidências**. Florianópolis: UFSC, 2020. 38 p. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2023/06/Guia-alcoolismo_final.pdf-26_06_2023.pdf. Acesso em: 13 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Pesquisa avalia impacto da catástrofe climática na saúde mental de moradores do RS**. Notícias UFRGS, Porto Alegre, 12 jun. 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/site/noticias/pesquisa-avalia-impacto-da-catastrofe-climatica-na-saude-mental-de-moradores-do-rs/. Acesso em: 13 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS, CUIDADOS INTEGRADOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: DESAFIOS PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Lucinete Barros dos Reis

Trabalho no Ministério desde 1984 e, em 2012, passei a ser responsável pela Captação de Doadores de Sangue do Hospital. Minha programação de trabalho ocorre interna e externamente. Na captação interna, abordo todo e qualquer transeunte do Hospital, sejam usuários, funcionários, parentes de usuários, fornecedores ou autoridades. Qualquer pessoa que circule no hospital pode ser abordada por mim, recebendo folhetos e explicações sobre a importância da doação de sangue.

Captar doadores de sangue no hospital é um grande desafio, pois, por ser um hospital de alta complexidade, situado em uma via expressa e rodeado por comunidades, o cenário torna o nosso trabalho bem mais desafiador. Temos vários fatores que dificultam a nossa tarefa, como o medo do processo de doação, a falta de tempo, a falta de uma cultura de doação, entre outros.

A captação externa ocorre quando visitamos escolas, universidades, quartéis, igrejas, centros espíritas, indústrias, bancos, lojas, clínicas da família, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), as ruas e tantos outros lugares que nos permitam falar, entregar folhetos e fazer o convite à doação. Fazemos também o trabalho de conscientização e convencimento do futuro doador. Enfim, as duas formas de captação são difíceis.

O doador interno, que geralmente é parente do usuário, nem sempre tem tempo ou está bem emocionalmente. Para o funcionário, a dificuldade também está relacionada ao tempo. O doador externo recebe-nos e nos escuta, mas pode comparecer ou não, devido aos desafios citados anteriormente.

Daí a importância do marketing e da divulgação, e aqui quero ressaltar o grande empenho e a ajuda da nossa comunidade hospitalar, que tem sido nossa apoiadora, bem como do acolhimento do doador e do envolvimento de todos, pois isso torna a nossa batalha mais leve. Não é somente quem doa que ajuda; quem divulga também ajuda. Doar sangue é um ato altruísta, voluntário e capaz de salvar vidas.

Temos um planejamento no qual falamos e distribuímos panfletos na entrada do hospital, nos ambulatórios, nas salas de espera para exames, na Praça da Liberdade, nas enfermarias, na cantina e nos rounds dos médicos, nos quais convidamos os staffs, residentes e estagiários a doar e divulgar a campanha. No entanto, costumo dizer que esse planejamento é flexível. Por exemplo, no dia em que recebemos um grupo de doadores proveniente de uma captação externa, realizamos o acolhimento e tiramos fotos, e toda a programação muda.

A captação é uma caixinha de surpresas. Tenho um projeto pronto desde 2017, intitulado “Projeto Pezinhos Vermelhos”, porém só consegui executá-lo em fevereiro de 2021. Enviei à Direção do Hospital um pedido para que o trajeto entre a portaria do Hospital, localizada na Avenida dos Andradas, 616, e a porta do Banco de Sangue fosse sinalizado com pezinhos vermelhos pintados. Essa sinalização colorida tem sido fundamental para a celeridade do atendimento dos doadores de sangue do HFB/GHC, facilitando a chegada do doador ao Banco de Sangue. São 139 pezinhos vermelhos.

O Hospital possui seis prédios. O Banco de Sangue não é visível a partir da entrada do Hospital. Na época, havia 4.800 funcionários e, de segunda a quinta-feira, um fluxo médio, ao longo de 24 horas, de 1.000 a 1.200 pacientes. Às sextas-feiras, o fluxo, em 24 horas, variava de 600 a 900 pacientes. A distância entre a entrada do Hospital e o Banco de Sangue é de 500 metros. Nem sempre é possível realizar o atendimento

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

pelos guardas e pelo pessoal de apoio sem provocar atrasos ou desestimular o possível doador. Considerando o volume de usuários e funcionários, a demanda é grande.

Os pezinhos vermelhos são uma importante ferramenta de comunicação, além de oferecerem maior segurança e utilidade para as pessoas. Trata-se de uma medida de sinalização que indica, de maneira clara, o local ao qual a pessoa deverá se dirigir. Destacamos que o custo foi baixo se comparado aos grandes benefícios. A sinalização foi pintada em um sábado, das 8h às 17h, com um intervalo para o almoço, pelos nossos colaboradores. Na época, como autora do projeto, fiquei deveras agradecida pela aprovação da ideia.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

VOLUNTARIADO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO – ATUALIDADES E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO NA PROMOÇÃO EM SAÚDE

Luciana Moreira Eufrázio
Patricia Lopes Ferreira Pinto dos Santos

INTRODUÇÃO

As ações educativas em saúde configuram-se como estratégias essenciais para a promoção da qualidade de vida e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos no manejo do processo saúde-doença. No contexto do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB/GHC), tais práticas são desenvolvidas a partir de uma abordagem interdisciplinar e transversal, alinhada aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que reconhece o paciente como sujeito ativo e coautor do cuidado.

As atividades educativas, pautadas na produção compartilhada do conhecimento e na corresponsabilização entre usuários, profissionais e familiares, contribuem para a construção crítica do saber em saúde. Essa perspectiva humanizadora visa à ampliação do acolhimento, à valorização dos saberes individuais e coletivos e à promoção da saúde integral, configurando um cenário de trabalho que estimula a interação entre diferentes saberes e práticas profissionais.

OBJETIVOS

Este trabalho busca descrever as ações educativas em saúde desenvolvidas pelo Voluntariado do Hospital Federal de Bonsucesso/GHC, destacando seu impacto na qualidade de vida dos usuários. Pretende-se analisar como essas práticas contribuem para o empoderamento dos sujeitos por meio da construção crítica e compartilhada do conhecimento, além de investigar o papel da interdisciplinaridade e da colaboração profissional na sua implementação.

Também será avaliada a eficácia dos grupos educativos e das campanhas de saúde na promoção da corresponsabilização, no fortalecimento de vínculos e na humanização do cuidado.

METODOLOGIA

As metodologias utilizadas são a participativa, a interdisciplinar e a lúdica. A metodologia participativa envolve usuários e familiares de forma ativa no processo educativo. Seu objetivo é estimular o protagonismo dos sujeitos no cuidado e na produção de conhecimento. É geralmente aplicada por meio de rodas de conversa, grupos operativos e oficinas temáticas.

A metodologia interdisciplinar integra diferentes áreas do saber para uma abordagem ampliada do processo saúde-doença. Seu objetivo é oferecer uma atenção integral ao paciente, reconhecendo a complexidade de sua condição. Sua aplicação ocorre por meio do planejamento conjunto entre equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros profissionais, para o desenvolvimento de ações educativas integradas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Como metodologia lúdica, realizamos oficinas pedagógicas em espaços práticos, com o objetivo de promover a troca de saberes e o engajamento de pacientes e acompanhantes. As atividades são realizadas por meio de oficinas de autocuidado, alimentação saudável, contação de histórias, grupos de poesia, música, entre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nossas atribuições estão relacionadas à pesquisa e à implementação de ações de cunho educativo. Atuamos com projetos e atividades educativas e sociais, colaborando diretamente com outros profissionais de saúde na promoção de ações voltadas à educação em saúde e à qualidade de vida.

A instituição em que trabalho tem como perfil a produção de sujeitos, com ênfase no empoderamento para a compreensão crítica da promoção da saúde, no acolhimento das necessidades desses sujeitos e na realização de um trabalho transversal. Nossa prática envolve a promoção de saberes focados na qualidade de vida e na produção crítica desses sujeitos, que são personagens ativos na construção do conhecimento.

Um exemplo concreto dessa atuação é o grupo de diabetes. As atividades propostas têm como foco avaliar a aprendizagem, facilitar a compreensão do tema abordado e favorecer a troca de experiências. A forma como os encontros são estruturados potencializa a atuação dos profissionais, que podem aferir a recepção de sua abordagem, além de enriquecer mutuamente o processo por meio da troca de experiências.

Compreendemos essas práticas como base de uma educação libertadora, pautada no princípio de que todos são produtores do saber. Essa abordagem está fundamentada nos preceitos da Política Nacional de Humanização, que reconhece cada indivíduo como coautor de sua saúde.

Como aspectos relevantes, destaca-se a percepção do hospital como espaço produtor de saberes e de sujeitos capazes de lidar com o processo de adoecimento, além de serem protagonistas na promoção da própria saúde. Também é estimulante a possibilidade de participar de um trabalho que resulta da interação de diferentes saberes, ideias e agentes, no qual cada um é importante e essencial para a consecução do resultado final, incluindo trabalhadores, usuários e seus familiares.

As atividades do setor são desenvolvidas de segunda a sexta-feira, nos períodos da manhã e da tarde. A maior parte dessas ações compreende o atendimento lúdico e educativo aos usuários, adultos ou crianças, em tratamento ambulatorial, participantes de grupos de educação em saúde ou internados nas clínicas, por meio do uso de recursos e técnicas variadas, como jogos, dinâmicas, distribuição de materiais informativos e exposição em mural.

Consideramos tais ações um diferencial no atendimento aos usuários do Hospital Federal de Bonsucesso/GHC, pois possibilitam à unidade, além dos cuidados em saúde que realiza, oferecer atenção aos aspectos emocionais, intelectuais e sociais, favorecendo o acesso à informação, a corresponsabilização, o acolhimento e a compreensão das práticas educativas em saúde, visando à promoção da cidadania e da qualidade de vida.

A AACVOL desenvolve suas atividades em duas linhas de ação. A primeira corresponde à promoção de ações de cunho educativo voltadas à saúde, como:

- Campanhas educativas sobre cuidados com a dengue, câncer de pele, economia de água, combate ao tabagismo e alimentação saudável, entre outros temas;
- Promoção, apoio e organização de eventos de educação em saúde no HFB, como a Semana da Saúde da Mulher, o Julho Verde, a Campanha Agosto Dourado, o Outubro Rosa e o Novembro Azul, entre outros;
- Apoio pedagógico a grupos de usuários para a promoção da educação em saúde no hospital, como o Grupo de Diabetes, o Grupo de Laringectomizados, o Grupo de Acompanhantes e a Roda de Mulheres do HFB;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Preparo de material educativo e atendimento aos pacientes junto ao leito e/ou no ambulatório, em atividades voltadas à educação sanitária e à promoção da cidadania.

As ações, campanhas e eventos de promoção da educação em saúde, bem como os grupos de usuários, favorecem o acesso à informação, a produção de conhecimentos sobre autocuidado, a corresponsabilização e a promoção de vínculos entre usuários e profissionais. Essas ações são desenvolvidas em parceria com profissionais de diversas áreas do HFB, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações educativas em saúde desenvolvidas no Hospital Federal de Bonsucesso/GHC, em especial pelo setor de Voluntariado e pela AACVOL, reafirmam o compromisso da instituição com uma atenção integral, humanizada e participativa. Ao integrar diferentes saberes, promover o protagonismo dos usuários e valorizar a corresponsabilização no cuidado, essas práticas fortalecem vínculos, ampliam o acesso à informação e contribuem para o empoderamento individual e coletivo.

A abordagem interdisciplinar, pautada nos princípios da Política Nacional de Humanização, transforma o hospital em um espaço produtor de conhecimento e de cidadania, no qual profissionais, pacientes e familiares constroem, de forma conjunta, caminhos para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida.

Assim, mais do que oferecer tratamento, o HFB consolida-se como um ambiente de aprendizado, acolhimento e transformação social.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NAS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL EM 2024

Natália Fernandes do Nascimento
Ivo de Oliveira Leal
João Ernesto Barbosa Piccoli
Rhuan Alexander da Silva Dornelles

RESUMO

As enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul em 2024 configuraram uma das maiores emergências em saúde pública da história recente do estado, impactando unidades de saúde, fluxos assistenciais e populações em situação de vulnerabilidade. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) e, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenharam papel estratégico na mitigação das desigualdades e no fortalecimento dos vínculos comunitários. Este relato de experiência descreve a oficina promovida pelo Apoio Institucional da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, realizada em julho de 2024 com profissionais e gestores da APS dos 497 municípios do estado. A metodologia qualitativa possibilitou analisar práticas, aprendizados e estratégias construídas coletivamente, destacando o protagonismo dos ACS na vigilância epidemiológica, no apoio psicossocial, na territorialização das ações e no diálogo intersetorial. Os resultados evidenciam que a atuação dos ACS foi crucial para a resposta imediata às enchentes, especialmente por meio da busca ativa de grupos prioritários, da integração com equipes de saúde da família e da promoção da educação em saúde em abrigos e comunidades. Conclui-se que o fortalecimento da APS, aliado ao apoio institucional e à valorização dos ACS, é essencial para a resiliência do sistema de saúde diante de desastres naturais e mudanças climáticas, garantindo equidade e justiça social no cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: agentes comunitários de saúde; atenção primária à saúde; desastres naturais.

ABSTRACT

The floods that occurred in Rio Grande do Sul in 2024 represented one of the most severe public health emergencies in the state's recent history, affecting health facilities, care flows, and vulnerable populations. In this context, Primary Health Care (PHC), and particularly Community Health Workers (CHWs), played a strategic role in reducing inequalities and strengthening community bonds. This experience report describes the workshop promoted by the Institutional Support Team for Primary Health Care of the Brazilian Ministry of Health, held in July 2024 with PHC professionals and managers from the state's 497 municipalities. The qualitative methodology enabled the analysis of practices, lessons learned, and strategies collectively developed, highlighting the leading role of CHWs in epidemiological surveillance, psychosocial support, territorialized actions, and intersectoral dialogue. The results show that the work of CHWs was crucial for the immediate response to the floods, especially through the active search for priority groups, integration with family health teams, and health education in shelters and communities. It is concluded that strengthening PHC, together

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

with institutional support and the appreciation of CHWs, is essential for the resilience of the health system in the face of natural disasters and climate change, ensuring equity and social justice in health care.

KEYWORDS: community health workers; primary health care; natural disasters.

RESUMEN

Las inundaciones ocurridas en Rio Grande do Sul en 2024 constituyeron una de las mayores emergencias de salud pública de la historia reciente del estado, afectando unidades de salud, flujos asistenciales y poblaciones en situación de vulnerabilidad. En este escenario, la Atención Primaria de Salud (APS) y, en particular, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) desempeñaron un papel estratégico en la reducción de desigualdades y en el fortalecimiento de los vínculos comunitarios. Este relato de experiencia describe el taller promovido por el Apoyo Institucional de la Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud de Brasil, realizado en julio de 2024 con profesionales y gestores de la APS de los 497 municipios del estado. La metodología cualitativa permitió analizar prácticas, aprendizajes y estrategias construidas colectivamente, destacando el protagonismo de los ACS en la vigilancia epidemiológica, el apoyo psicosocial, la territorialización de las acciones y el diálogo intersectorial. Los resultados evidencian que la actuación de los ACS fue crucial para la respuesta inmediata a las inundaciones, especialmente mediante la búsqueda activa de grupos prioritarios, la integración con los equipos de salud de la familia y la promoción de la educación en salud en albergues y comunidades. Se concluye que el fortalecimiento de la APS, junto con el apoyo institucional y la valorización de los ACS, es fundamental para la resiliencia del sistema de salud frente a desastres naturales y al cambio climático, garantizando equidad y justicia social en la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: agentes comunitarios de salud; atención primaria de salud; desastres naturales.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por organizar o cuidado e garantir atenção contínua às necessidades da população. Nesse cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se como elo vital entre os serviços de saúde e a comunidade, atuando não apenas na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas também no fortalecimento dos vínculos e na escuta ativa das realidades locais (Brasil, 2019).

Quando ocorrem desastres naturais, como as enchentes, essa função ganha novas dimensões e urgência. A experiência recente do Rio Grande do Sul, em 2024, é um exemplo emblemático. As inundações foram classificadas entre as mais graves emergências de saúde pública da história recente do estado, afetando mais de três mil unidades de saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais e farmácias, e interrompendo fluxos assistenciais essenciais.

As consequências recaíram de forma desigual, atingindo com maior intensidade grupos historicamente vulnerabilizados, como crianças, gestantes, pessoas idosas, populações indígenas e quilombolas (Brasil, 2024). Nesse contexto, a APS, especialmente os ACS, assumiu papel protagonista na mitigação das iniquidades em saúde agravadas pelas mudanças climáticas.

A resposta incluiu investimentos emergenciais e a utilização de ferramentas destinadas à APS municipal e à atenção em saúde mental, além do emprego de dispositivos estratégicos, entre eles o apoio institucional do Ministério da Saúde. Esse apoio consolidou-se como um mecanismo fundamental para articular gestores,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

equipes e territórios, oferecendo orientação técnica, promovendo a integração entre diferentes pontos da rede de atenção e fortalecendo a capacidade local de resposta.

Por meio desse apoio, foi possível auxiliar na construção de planos de contingência, qualificar fluxos assistenciais e garantir que as ações fossem territorializadas e sensíveis às vulnerabilidades socioambientais. Também foi possível favorecer o diálogo e a cooperação entre municípios e o âmbito federal, assegurando que as necessidades específicas das populações mais afetadas fossem priorizadas (Brasil, 2024).

Como parte das estratégias de resposta e preparação, foram realizadas oficinas regionais para a formulação de planos de contingência frente a chuvas intensas, integrando profissionais de diferentes áreas e níveis de atenção. Esses encontros evidenciaram que a resposta a desastres exige mais do que protocolos técnicos. Requer cooperação intersetorial, conhecimento profundo do território e sensibilidade para lidar com os impactos físicos, emocionais e sociais que acompanham a crise (Brasil, 2017a; Brasil, 2017b).

A oficina que fundamenta este relato reuniu profissionais de saúde, com destaque para os ACS, que atuaram diretamente nos territórios atingidos. Inspirada em experiências como a do Comitê Nacional de Enfermagem em Desastres (SOS Chuvas), buscou mapear desafios, registrar aprendizados e propor estratégias que fortalecessem a atenção equitativa, integrada e ambientalmente justa (Braga *et al.*, 2016).

A relevância dessa experiência está ancorada em marcos normativos nacionais, como a Lei nº 11.350/2006 e suas atualizações, as Leis nº 15.014/2024 e nº 14.536/2023, que regulamentam e reconhecem a profissão de ACS. Também se fundamenta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nas orientações do Ministério da Saúde para a atuação em situações de desastres, abrangendo desde a busca ativa até a vigilância epidemiológica em abrigos e comunidades (Brasil, 2006).

Assim, este relato busca ir além da descrição de uma atividade de capacitação. Pretende contribuir para a compreensão do papel estratégico e territorial do ACS diante das emergências climáticas, relacionando aspectos técnicos e humanos da prática em saúde e reforçando a necessidade de políticas que integrem justiça ambiental e equidade no cuidado.

A iniciativa teve como objetivo descrever a oficina realizada para gestores e trabalhadores da APS, em conjunto com o Apoio Institucional da APS do Ministério da Saúde, como parte de seu processo contínuo de suporte ao estado. A atividade foi direcionada aos profissionais de saúde, com destaque para os ACS, que atuaram diretamente nas comunidades afetadas.

De forma colaborativa, a iniciativa buscou mapear os desafios vivenciados nos territórios, registrar aprendizados práticos e propor estratégias que fortalecessem a resposta e a preparação para eventos climáticos extremos, alinhando-se aos princípios da justiça ambiental e da equidade em saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever e analisar a experiência da oficina promovida pelo Apoio Institucional da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde para os profissionais de saúde do Rio Grande do Sul, com ênfase no papel dos Agentes Comunitários de Saúde na resposta às enchentes de 2024, destacando aprendizados, estratégias territoriais e práticas que promovem a equidade em saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Objetivos específicos

Discutir as práticas e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde durante a emergência provocada pelas enchentes no Rio Grande do Sul;

Sistematizar os aprendizados, as estratégias e os planos de contingência construídos na oficina, destacando ações de prevenção, vigilância e apoio psicossocial;

Demonstrar o papel do apoio institucional do Ministério da Saúde na articulação, na capacitação e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde frente a desastres naturais.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência de natureza qualitativa, que busca descrever, analisar e refletir sobre a realização de uma oficina promovida pela apoiadora institucional da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, responsável pelo acompanhamento do estado do Rio Grande do Sul. A atividade foi voltada aos profissionais de saúde, com ênfase nos ACS e em sua atuação nas comunidades atingidas pelas enchentes de 2024.

A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a compreensão aprofundada do contexto, das práticas profissionais e das percepções dos participantes, possibilitando capturar nuances que vão além de dados numéricos e quantitativos (Bardin, 2011; Minayo, 2017). O relato focalizou elementos centrais da experiência, como o planejamento da oficina, as estratégias de apoio técnico, as dinâmicas de trabalho com os ACS, os desafios enfrentados e as aprendizagens coletivas sobre a atuação em situações de desastre.

A oficina foi realizada no dia 2 de julho de 2024, de forma virtual, por meio da plataforma Microsoft Teams e de um canal no YouTube. A atividade contou com o apoio e a participação efetiva do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul e do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems/RS). O público-alvo foi composto por gestores municipais de saúde e trabalhadores da APS dos 497 municípios do estado.

DISCUSSÃO

O papel do agente comunitário de saúde

O ACS é um profissional fundamental na APS, atuando diretamente nas comunidades, em áreas geográficas delimitadas (Brasil, 2006). Suas principais atribuições incluem:

- Visitas domiciliares: o ACS realiza visitas regulares às famílias cadastradas, identificando necessidades de saúde, orientando-as sobre hábitos saudáveis e promovendo a prevenção de doenças;
- Cadastro e acompanhamento: é responsável pelo cadastramento e pela atualização das famílias na Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado;
- Educação em saúde: promove ações educativas junto à comunidade, abordando temas como vacinação, higiene, alimentação saudável e prevenção de doenças crônicas, entre outros;
- Mediação cultural: atua como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, respeitando e valorizando as características culturais e sociais locais;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Vigilância epidemiológica: contribui para a identificação precoce de surtos e epidemias, comunicando casos suspeitos e orientando a população sobre medidas preventivas.

O ACS desempenha um papel essencial na APS, atuando como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Suas atribuições incluem visitas domiciliares regulares, identificação de problemas de saúde, promoção de ações educativas e prevenção de doenças. Essas atividades são fundamentais para fortalecer os vínculos comunitários e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde (Braga *et al.*, 2016; Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde reconhece a importância do ACS na organização do cuidado e na promoção da saúde, destacando sua atuação como parte integrante da equipe de Saúde da Família. Experiências práticas demonstram a eficácia da atuação desses profissionais em situações de crise, como desastres naturais.

Em situações de deslizamentos ocorridas no Rio de Janeiro, por exemplo, os Agentes Comunitários de Saúde desempenharam papel fundamental na resposta, realizando visitas domiciliares, orientando a população sobre medidas preventivas e colaborando com as equipes de saúde na identificação de necessidades emergenciais. Essas ações evidenciam a relevância da presença dos ACS nas comunidades, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade (Rocha, 2015).

Apesar de sua relevância, o trabalho dos ACS enfrenta desafios, como a necessidade de capacitação contínua, reconhecimento profissional e adequação das condições de trabalho. Investimentos em formação técnica e educação permanente são essenciais para qualificá-los diante das demandas crescentes da população.

Também é fundamental melhorar as condições de trabalho, incluindo remuneração justa, infraestrutura adequada e segurança no exercício da profissão, para garantir uma atuação eficaz e sustentável (Braga *et al.*, 2016; Brasil, 2006).

Legislação e diretrizes para o agente comunitário de saúde

O trabalho do ACS é formalmente regulamentado por legislações que estabelecem direitos, deveres e requisitos para o exercício da profissão. A Lei nº 11.350/2006 é o principal marco legal, definindo as atribuições do ACS, sua integração às equipes de Saúde da Família e a necessidade de vinculação territorial para a atuação contínua junto às comunidades (Brasil, 2006).

Essa lei assegura a profissionalização do ACS, reconhecendo seu papel estratégico na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na vigilância epidemiológica, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e ambiental (Brasil, 2006).

A PNAB, por sua vez, fornece as diretrizes organizacionais da APS, contemplando a inserção dos ACS nas equipes multiprofissionais. Segundo o Ministério da Saúde, a PNAB orienta a atuação desses profissionais na realização de visitas domiciliares, na educação em saúde, na mediação cultural e na vigilância de agravos, promovendo cuidado integral e longitudinal à população (Brasil, 2006).

A PNAB também enfatiza a importância do ACS na atenção territorializada, reconhecendo que o conhecimento local é fundamental para a detecção precoce de riscos e para a implementação de estratégias de saúde pública, inclusive em situações de desastres (Brasil, 2006).

A ESF constitui o modelo prioritário de organização da APS no Brasil, integrando os ACS como elementos centrais das equipes. A ESF promove a continuidade do cuidado, a atenção centrada na comunidade e a articulação entre diferentes níveis de atenção (Brasil, 2017c).

Experiências documentadas pelo Ministério da Saúde indicam que a participação dos ACS nas equipes da ESF contribui para a maior adesão das famílias aos programas de prevenção, a detecção precoce de agravos e o acompanhamento de condições crônicas, reforçando a efetividade da APS e sua capacidade de resposta a emergências locais (Brasil, 2006).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Desafios e perspectivas

A emergência causada pelas enchentes no Rio Grande do Sul em 2024 evidenciou desafios históricos na atuação dos ACS, especialmente no que se refere à formação e à capacitação.

A complexidade de lidar com desastres naturais exige habilidades adicionais, incluindo manejo de riscos, primeiros socorros, vigilância epidemiológica e apoio psicossocial às famílias afetadas. Investimentos em educação permanente e treinamentos específicos são essenciais para garantir que os ACS possam atuar de forma segura e eficaz, respondendo às demandas emergenciais sem comprometer a qualidade do cuidado (Brasil, 2017a; Brasil, 2017b).

Outro desafio crítico é a adequação das condições de trabalho durante situações de desastre. As enchentes interromperam fluxos de transporte, afetaram unidades de saúde e aumentaram a vulnerabilidade dos profissionais que precisavam alcançar famílias em áreas isoladas.

Garantir remuneração justa, infraestrutura adequada, equipamentos de proteção individual e suporte logístico é fundamental para permitir que os ACS realizem suas atividades com segurança e continuidade, especialmente em cenários de alto risco (Brasil, 2006).

Por fim, a experiência das enchentes reforçou a importância da integração entre os ACS, as equipes de Saúde da Família e outros serviços da rede de atenção. O fortalecimento do diálogo intersetorial, a articulação com a atenção especializada e o alinhamento com estratégias de apoio institucional do Ministério da Saúde permitiram organizar fluxos de atendimento, mapear vulnerabilidades e priorizar as populações mais afetadas.

Essa perspectiva integrativa não apenas potencializa a capacidade de resposta local, mas também contribui para a construção de uma APS territorialmente sensível e equitativa, capaz de enfrentar emergências futuras de forma mais organizada e eficiente.

A oficina reuniu profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção, incluindo ACS, enfermeiros, médicos da APS e gestores municipais, com representação dos 497 municípios do Rio Grande do Sul. Durante o encontro, foram realizadas dinâmicas de troca de experiências, discussões de casos reais e elaboração de planos de contingência territorializados, permitindo a identificação de vulnerabilidades específicas das comunidades afetadas pelas enchentes.

Reflexões e aprendizados

- Fortalecimento da atuação territorial dos ACS: os profissionais relataram maior clareza sobre a importância do mapeamento de áreas de risco, do monitoramento de famílias vulneráveis e da coordenação com outros serviços de saúde. Isso evidenciou que a presença contínua dos ACS nas comunidades foi crucial para a resposta imediata durante a emergência;
- Integração e articulação intersetorial: a oficina proporcionou diálogo direto entre ACS, equipes de Saúde da Família e gestores municipais, permitindo identificar lacunas na comunicação, definir fluxos de encaminhamento e alinhar estratégias de atenção à saúde mental e vigilância epidemiológica. O apoio institucional do Ministério da Saúde foi fundamental nesse processo, oferecendo instrumentos técnicos e suporte para organizar o atendimento emergencial;
- Aprendizados para futuras emergências: os participantes construíram protocolos simplificados e planos de ação que podem ser replicados em outras regiões vulneráveis a desastres climáticos. Foram sistematizadas boas práticas, como a atuação integrada em abrigos, a busca ativa de grupos prioritários e a adoção de estratégias de educação em saúde para a prevenção de doenças pós-enchentes;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Percepção dos profissionais: os ACS relataram que a oficina contribuiu para o reconhecimento de seu papel estratégico, para o aumento da segurança no exercício das atividades durante desastres e para a ampliação da confiança na coordenação com a rede de saúde municipal e estadual.

Em síntese, a oficina permitiu transformar experiências emergenciais em aprendizagens coletivas estruturadas, fortalecendo a capacidade de resposta do sistema de APS do Rio Grande do Sul diante de desastres naturais. A atividade também consolidou a relevância do apoio institucional do Ministério da Saúde como facilitador da articulação e da qualificação das ações territoriais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da oficina promovida pelo Apoio Institucional da APS do Ministério da Saúde evidenciou o papel central dos ACS na resposta a emergências e na mitigação das iniquidades em saúde decorrentes de desastres naturais, como as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em 2024.

Os ACS atuam como elo estratégico entre a comunidade e os serviços de saúde, realizando o mapeamento de vulnerabilidades, a educação em saúde, a vigilância epidemiológica e o apoio psicossocial, consolidando sua relevância para uma APS territorialmente sensível e equitativa.

Os resultados da oficina demonstraram que, além do cumprimento das legislações e diretrizes nacionais, como a Lei nº 11.350/2006, a PNAB e a Estratégia Saúde da Família, a capacitação contínua, a integração intersetorial e o suporte institucional são fundamentais para potencializar a capacidade de resposta das equipes de APS.

O envolvimento dos profissionais permitiu a construção coletiva de estratégias práticas e adaptáveis, fortalecendo a atuação local em situações de crise e contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à atenção à saúde e em sua qualidade.

Investir na valorização, na formação e no apoio técnico aos ACS não é apenas uma necessidade operacional, mas também uma medida de justiça social e ambiental, pois garante que as populações mais vulneráveis tenham acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, mesmo diante de eventos extremos.

Dessa forma, a experiência relatada reforça que o fortalecimento da APS, aliado à atuação territorializada e ao apoio institucional, constitui um elemento estratégico para a resiliência do sistema de saúde brasileiro e para a promoção da saúde e da equidade em contextos de mudanças climáticas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BRAGA, G. M. A. M. *et al.* Percepção do trabalho do agente comunitário de saúde pelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. **Oikos**: Revista Brasileira de Economia Doméstica, Viçosa, v. 27, n. 1, p. 79-95, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/3700. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres**: Vigidesastres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/vigidesastres. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_preparacao_respostas_emergencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Plano de contingência para emergência em saúde pública por inundação**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 43 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **Inundações**: diretrizes para profissionais de saúde: unidades básicas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inundacoes_diretrizes_profissionais_unidadesbasicas.pdf. Acesso em: 16 ago. 2025.

MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

ROCHA, V. da. **O papel do agente comunitário de saúde na prevenção de desastres naturais por deslizamento em comunidades da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS, RACISMO AMBIENTAL E ENVELHECIMENTO: A VULNERABILIDADE DOS IDOSOS NEGROS NO BRASIL

Jeferson Souto Pinheiro
Marlete Andrize de Oliveira

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas configuram uma crise global com repercussões locais profundas e desiguais. Esta proposta busca analisar a complexa interação entre as alterações climáticas, o processo de envelhecimento populacional e o racismo ambiental, com recorte para a população negra idosa no Brasil.

Para isso, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema com os descritores "mudanças climáticas e racismo ambiental", "mudanças climáticas e envelhecimento" e "racismo ambiental e envelhecimento" nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Foram selecionados oito artigos com base nos pontos de análise definidos pelos autores e alinhados aos objetivos desta pesquisa. Para esta análise, propôs-se a apresentação dos seguintes pontos: contextualização das mudanças climáticas, sua conexão com o envelhecimento e o racismo ambiental, os impactos específicos sobre idosos negros e os possíveis encaminhamentos para mitigar os efeitos adversos.

AS MUDANÇAS CLIMÁTICAS: UM BREVE CONTEXTO

As mudanças climáticas são transformações de longo prazo nos padrões de temperatura e clima, impulsionadas principalmente pela concentração excessiva de gases de efeito estufa (GEE) na atmosfera, provenientes da queima de combustíveis fósseis e do desmatamento (Oliveira *et al.*, 2024).

O Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC) aponta que o aquecimento global é resultado da ação humana, manifestando-se por meio de eventos como o aumento da temperatura média, a elevação do nível do mar e a intensificação de fenômenos climáticos extremos, como enchentes, secas e ondas de calor e de frio (Salvalaio *et al.*, 2023; Dias, 2023; Belmont, 2023). Tais eventos já causam danos substanciais e perdas irreversíveis aos ecossistemas e às populações em escala global (Oliveira *et al.*, 2024).

LAÇOS ENTRE MUDANÇAS CLIMÁTICAS E RACISMO AMBIENTAL

O racismo ambiental refere-se à maneira como políticas e práticas, intencionais ou não, impõem um fardo desproporcional de danos ambientais a grupos socialmente vulneráveis, especialmente com base na raça/cor (Dias, 2023). No Brasil, essa dinâmica é agravada pelas mudanças climáticas, cujas consequências, como enchentes e deslizamentos, afetam severamente as populações não brancas (Dias, 2023).

A população negra, que representa 56% do total da população do país, é a mais impactada pela crise climática (Belmont, 2023). Historicamente, processos de segregação socioespacial empurraram essa população para áreas de maior risco ambiental, como favelas e encostas, com infraestrutura precária (Dias, 2023; Belmont, 2023). Essa "necropolítica" define quais corpos são expostos a condições perigosas, refletindo um racismo institucional que perpetua a vulnerabilidade (Belmont, 2023).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Com o aumento da expectativa de vida, os idosos tornam-se um dos grupos mais vulneráveis aos efeitos das mudanças climáticas (Salvalaio *et al.*, 2023). O processo de envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que reduzem a capacidade de termorregulação do corpo, tornando os idosos mais suscetíveis a extremos de calor e frio (Oliveira *et al.*, 2024).

A homeostenose, definida como a diminuição das reservas fisiológicas, reduz a capacidade de enfrentar desafios homeostáticos (Oliveira *et al.*, 2024). Eventos climáticos extremos, como ondas de calor, aumentam significativamente a morbidade e a mortalidade entre os idosos, especialmente aqueles com doenças cardiovasculares e respiratórias preexistentes (Oliveira *et al.*, 2024; Soares *et al.*, 2012; Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024).

Além dos impactos sobre a saúde, as mudanças climáticas também afetam negativamente a mobilidade urbana dos idosos, principalmente durante chuvas e tempestades intensas (Salvalaio *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2012).

O RACISMO AMBIENTAL E O ENVELHECIMENTO

A intersecção do racismo ambiental com o envelhecimento cria uma dupla vulnerabilidade para idosos pertencentes a grupos racialmente marginalizados. Embora os artigos não detalhem explicitamente essa relação, ela pode ser compreendida por meio da sobreposição dos fatores de risco (Oliveira *et al.*, 2024; Salvalaio *et al.*, 2023; Dias, 2023; Belmont, 2023).

O racismo ambiental determina que certas populações, majoritariamente negras no Brasil, vivam em áreas com maior exposição a riscos ambientais e com menor acesso a infraestrutura de qualidade, como saneamento básico e serviços de saúde (Dias, 2023; Belmont, 2023). Quando essa população envelhece, as vulnerabilidades fisiológicas da idade somam-se às vulnerabilidades socioambientais impostas pelo racismo (Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024; Maluf e Rosa, 2011).

Portanto, um idoso que vive em uma área de risco de deslizamento terá sua capacidade de evacuação e de recuperação diante de desastres ainda mais comprometida pelas limitações físicas do envelhecimento (Belmont, 2023; Soares *et al.*, 2012; Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024).

OS IDOSOS NEGROS E OS IMPACTOS DESSES CONTEXTOS

Idosos negros no Brasil enfrentam os impactos combinados e agravados do envelhecimento, das mudanças climáticas e do racismo ambiental (Belmont, 2023). A localização de suas moradias em áreas de risco aumenta a exposição a desastres, como enchentes e deslizamentos, enquanto os recursos financeiros limitados dificultam sua preparação e recuperação (Dias, 2023; Maluf e Rosa, 2011).

A maior prevalência de doenças crônicas em populações negras, como a hipertensão, torna os idosos negros ainda mais suscetíveis aos efeitos das ondas de calor e da poluição do ar (Oliveira *et al.*, 2024). A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, saneamento básico e infraestrutura urbana adequada exacerba sua vulnerabilidade (Dias, 2023; Belmont, 2023; Maluf e Rosa, 2011).

Além dos impactos físicos, há um sofrimento social e psíquico decorrente da constante exposição ao risco e às perdas (Maluf e Rosa, 2011). A crise climática, portanto, aprofunda as desigualdades existentes,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

tornando-se uma crise de direitos humanos que afeta desproporcionalmente os idosos negros e seus territórios (Soares *et al.*, 2012).

Para as comunidades tradicionais, as pessoas idosas negras ocupam um lugar de importante prestígio. Quando a necropolítica atinge seus corpos, ela também fragiliza a transmissão da memória e a sustentação de todo um povo (Oliveira *et al.*, 2024; Dias, 2023; Belmont, 2023).

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR OS IMPACTOS

Para mitigar os impactos das mudanças climáticas sobre a população negra idosa, são necessárias ações integradas e com foco em justiça social, racial e climática (Belmont, 2023). É crucial que as políticas públicas de adaptação climática sejam planejadas de forma participativa, incluindo as demandas específicas da população negra e idosa (Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024). Essas estratégias incluem:

- Infraestrutura e moradia: melhorar o saneamento básico, a pavimentação de ruas e garantir moradia segura, realocando famílias de áreas de risco iminente para locais com infraestrutura adequada (Souza *et al.*, 2012; Maluf e Rosa, 2011);
- Saúde pública: fortalecer os serviços de saúde com a capacitação de profissionais, a realização de campanhas de conscientização e autocuidado voltadas a essa população e o monitoramento de doenças relacionadas ao clima (Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024; Souza *et al.*, 2012);
- Sistemas de alerta: aprimorar e fortalecer os sistemas de alerta para eventos extremos, com protocolos para a evacuação de pessoas com mobilidade reduzida (Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024; Souza *et al.*, 2012);
- Educação e informação: promover a educação ambiental e climática para aumentar a capacidade adaptativa, com foco em medidas de proteção individual e coletiva (Salvalaio, Pereira e Alvarez, 2024; Souza *et al.*, 2012);
- Combate ao racismo estrutural: implementar políticas que combatam ativamente o racismo estrutural e ambiental, incluindo a regularização fundiária de territórios quilombolas e a elaboração de planos de desenvolvimento urbano mais equitativos (Belmont, 2023).

CONCLUSÕES

Os impactos das mudanças climáticas não são distribuídos de forma homogênea; eles são moldados por estruturas sociais e raciais preexistentes. No Brasil, os idosos negros estão em uma posição de extrema vulnerabilidade em razão dessas intersecções.

Enfrentar essa realidade demanda mais do que políticas climáticas; exige uma transformação social profunda que desmantele as desigualdades estruturais e promova a justiça social, racial e ambiental como fundamento para um futuro justo e sustentável. A premissa de que não haverá justiça climática sem justiça racial deve nortear todas as ações futuras.

REFERÊNCIAS

BELMONT, M. (org.). **Racismo ambiental e emergências climáticas no Brasil**. São Paulo: Oralituras; Instituto de Referência Negra Peregum, 2023.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DIAS, R. F. **Racismo ambiental frente à era das mudanças climáticas**: uma análise da percepção social no Brasil. 2023. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciência Política) – Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2023.

MALUF, R. S.; ROSA, T. da S. (coord.). **Mudanças climáticas, desigualdades sociais e populações vulneráveis no Brasil: construindo capacidades**: subprojeto populações. Rio de Janeiro: COEP; CERESAN/UFRRJ, 2011. 2 v. (Relatório técnico, 5).

OLIVEIRA, R. R. de; SILVA, T. F. da; SCHMITT, M. A. M.; FREITAS, M. C. de. Impactos das ondas de frio e de calor e sua influência na saúde da pessoa idosa. In: ENFERMAIO, 28., 2025, Fortaleza. **Anais do XXVIII Enfermaio**: repercussões das mudanças climáticas no mundo e sua influência na saúde. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2025. p. 1-8. Disponível em: https://www.uece.br/eventos/enfermaio/anais/trabalhos_completos/1716-70926-29032025-201454.pdf. Acesso em: 26 jul. 2026.

SALVALAIO, R. C. do N.; BUSSOLOTTI, V. M.; PELLEGRINI, I. U.; SANTOS, J. S. A.; ALVAREZ, C. E. de. Mudanças climáticas e envelhecimento populacional: uma necessária revisão sistemática de literatura. **PARC**: Pesquisa em Arquitetura e Construção, Campinas, SP, v. 14, n. 00, e023024, 2023. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/parc/article/view/8671221. Acesso em: 26 jul. 2026.

SALVALAIO, R. C. do N.; PEREIRA, G. P.; ALVAREZ, C. E. de. A inserção das demandas dos idosos no planejamento da adaptação ao clima: uma revisão. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO, 20., 2024. **Anais [...]**. Porto Alegre: ANTAC, 2024. p. 1-11. Disponível em: https://eventos.antac.org.br/index.php/entac/article/view/5851. Acesso em: 26 jul. 2026.

SOARES, F. V.; GREVE, P.; SENDÍN, F. A.; BENZE, B. G.; CASTRO, A. P. de; REBELATTO, J. R. Relação entre alterações climáticas e fatores determinantes da mortalidade de idosos no município de São Carlos (SP) em um período de dez anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135-146, jan. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100016. Acesso em: 26 jul. 2026.

SOUZA, V. C. de; SOUZA, E. P. de; SILVA, S. S. F. da; NOGUEIRA, V. B. M.; RAMALHO, Â. M. C. As mudanças climáticas e a saúde do idoso: uma aproximação entre as formas de conhecimentos? **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 489-495, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/polemica/article/view/3740. Acesso em: 26 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL EM CENÁRIOS DE DESASTRES CLIMÁTICOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O SUS

Larissa Coimbra Pereira
Ana Cecília Marques
Ludymila da Silva Zuchetto
Júlia Lorenzetti Tomasetto

INTRODUÇÃO

As mudanças climáticas vêm aumentando a frequência e a intensidade de eventos extremos, como enchentes, deslizamentos de terra e poluição atmosférica agravada por queimadas. Esses cenários afetam desproporcionalmente grupos vulneráveis, entre os quais estão as gestantes, que, devido às adaptações fisiológicas da gestação, tornam-se mais suscetíveis a complicações decorrentes do calor extremo, da poluição do ar, da água contaminada e da insegurança alimentar.

Situações de desastre frequentemente levam ao deslocamento de famílias para abrigos temporários, nos quais a continuidade da atenção pré-natal e puerperal é desafiada. Nesse contexto, torna-se essencial organizar uma linha de cuidado materno-infantil adaptada, capaz de assegurar a integralidade e a qualidade da assistência, prevenindo agravos e reduzindo desigualdades em saúde.

OBJETIVO

Propor diretrizes para organizar a linha de cuidado materno-infantil em abrigos temporários frente às mudanças climáticas, baseadas em evidências e protocolos, garantindo a continuidade assistencial, a redução de riscos e a proteção à saúde da gestante e do recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura e de uma análise documental de protocolos e diretrizes relacionadas à saúde materno-infantil em contextos de desastres e deslocamento populacional. As buscas foram conduzidas nas bases SciELO, LILACS e PubMed, utilizando os descritores "cuidados maternos", "atenção pré-natal", "abrigos temporários" e "emergências climáticas", considerando artigos, manuais e relatórios publicados entre 2015 e 2025, em português e inglês.

Foram também revisados documentos do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *Manual Sphere* e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A síntese descritiva buscou identificar os impactos das mudanças climáticas sobre a saúde materno-infantil, as barreiras de acesso em abrigos e as estratégias de resposta.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados evidenciam que as mudanças climáticas e os desastres ambientais afetam a saúde materno-infantil por múltiplas vias interligadas. A exposição materna a poluentes atmosféricos, extremos de temperatura e água contaminada está associada a desfechos como parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino e distúrbios hipertensivos gestacionais.

Tais impactos não se limitam ao campo fisiológico. O estresse psicossocial gerado pela vivência de desastres, agravado pelo deslocamento e pela perda de referências territoriais, aumenta a vulnerabilidade das gestantes e pode precipitar complicações obstétricas.

Essa combinação de fatores ambientais e emocionais cria um cenário de risco que se intensifica nos abrigos temporários, nos quais são comuns barreiras como a ausência de triagem sistemática, a descontinuidade do pré-natal, a dificuldade de acesso a exames e consultas especializadas, a carência de privacidade, a insegurança alimentar e a insuficiência de espaços adequados para a amamentação.

Para enfrentar essas fragilidades, diretrizes nacionais, como o Guia Rápido do Rio Grande do Sul e as recomendações do Ministério da Saúde para a atuação em enchentes, propõem a identificação ativa de gestantes e puérperas, a emissão de caderneta provisória, a avaliação de risco, a atualização vacinal, a suplementação com ferro e ácido fólico, o rastreamento de infecções e o encaminhamento prioritário de casos de alto risco.

Essas orientações dialogam com referenciais internacionais, como o Pacote Mínimo de Serviços de Saúde Reprodutiva (MISP) e o *Manual Sphere*, que enfatizam a garantia de transporte seguro para maternidades, a oferta de kits para parto limpo, o cuidado imediato ao recém-nascido, o acesso à contracepção pós-parto, a criação de espaços protegidos para a amamentação e o suporte psicossocial.

No Brasil, a implementação da Rede Alyne, em 2024, representa um avanço na reestruturação da atenção materno-infantil, prevendo regulação ágil para casos de alto risco, integração intersetorial e fortalecimento do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado.

Nos abrigos, a APS deve assumir a função de núcleo organizador, realizando o censo diário de gestantes e puérperas, a avaliação clínica e obstétrica, a triagem de sinais de alerta, a testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis, o apoio à amamentação, a orientação sobre sinais de risco e o encaminhamento regulado para serviços especializados.

A articulação com a rede hospitalar e com a rede socioassistencial do SUAS é indispensável para garantir respostas rápidas e resolutivas. Ainda assim, persistem desafios para consolidar essa linha de cuidado, como a necessidade de capacitação contínua das equipes, a garantia de insumos essenciais e a padronização de indicadores que permitam monitorar a efetividade das ações.

Entre as métricas prioritárias, destacam-se o percentual de gestantes identificadas nas primeiras 24 horas após o ingresso no abrigo, a proporção de gestantes com consulta de seguimento em até sete dias, a cobertura vacinal atualizada e a taxa de encaminhamentos regulados para serviços de alto risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças climáticas e os desastres ambientais impõem desafios à assistência obstétrica, exigindo respostas estruturadas e sensíveis às vulnerabilidades das gestantes. A criação de uma linha de cuidado adaptada à realidade dos abrigos temporários, respaldada por diretrizes claras, integração intersetorial e monitoramento sistemático, é fundamental para garantir a integralidade, a equidade e a dignidade na atenção à gestante e ao recém-nascido no SUS.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O fortalecimento da APS como coordenadora dessas ações e a incorporação de boas práticas nacionais e internacionais são estratégias necessárias para mitigar os impactos sobre a saúde materno-infantil e assegurar a continuidade do cuidado, mesmo em situações de crise.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TELEATENDIMENTO NO SUS COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO EM REGIÕES ISOLADAS POR DESASTRES AMBIENTAIS: REVISÃO NARRATIVA

Larissa Coimbra Pereira
Ana Cecília Marques
Ludymila da Silva Zuchetto
Júlia Lorenzetti Tomasetto

INTRODUÇÃO

Eventos climáticos extremos têm provocado interrupções súbitas na oferta de serviços essenciais de saúde no Brasil, impondo barreiras adicionais ao acesso e à continuidade do cuidado, sobretudo em localidades geograficamente isoladas. Nessas situações, a fragilidade da infraestrutura física e a limitação de recursos humanos se agravam, aumentando o risco de desassistência das populações que, muitas vezes, já convivem com vulnerabilidades sociais e sanitárias.

A telessaúde, implementada no Brasil desde 2006 com o Programa Telessaúde Brasil Redes, desponta como um recurso capaz de atenuar esses efeitos. Por meio de tecnologias da informação e da comunicação, viabiliza o suporte clínico e a tomada de decisão a distância, permitindo que os profissionais mantenham o acompanhamento dos pacientes e que as condutas sejam ajustadas mesmo na ausência física de especialistas.

Em cenários de emergência, essa capacidade de conectar equipes e apoiar decisões clínicas pode significar a diferença entre manter o cuidado e interrompê-lo, especialmente quando os deslocamentos são inviáveis e a rede local opera no limite. No entanto, a incorporação efetiva dessa estratégia às respostas a crises ambientais depende da superação de desafios estruturais, operacionais e culturais, exigindo uma análise crítica de suas potencialidades e limitações à luz das experiências nacionais e internacionais.

OBJETIVO

Analisar evidências nacionais e internacionais sobre o uso do teleatendimento no SUS e em sistemas equivalentes como estratégia de continuidade do cuidado em regiões isoladas por desastres ambientais, identificando potencialidades, limitações e recomendações para sua ampliação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca nas bases SciELO, LILACS e PubMed, além de documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Foram utilizados os descritores “telemedicina”, “atenção primária à saúde”, “desastres” e “continuidade do cuidado”.

Incluíram-se publicações de 2010 a 2025, em português e inglês. A seleção considerou estudos que abordassem o teleatendimento em áreas remotas, em situações de desastre ou no contexto do SUS, bem como experiências internacionais comparáveis.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura analisada evidencia a magnitude do problema. Foram sistematizados e analisados 15.950 registros de desastres ambientais, mas apenas 29,4% continham dados sobre custos, totalizando quase R$ 4 bilhões. Os desastres climatológicos foram os mais recorrentes, embora não tenham sido os de maior impacto econômico.

Na relação entre custo e evento, os desastres hidrológicos apresentaram custos 3,2 e 3,6 vezes maiores do que os meteorológicos e geológicos, respectivamente. Pernambuco, Amazonas e Santa Catarina destacaram-se quanto ao custo total. Em relação ao custo por desastre, o destaque foi a Região Norte, especialmente o Acre.

Esses números indicam que as regiões mais afetadas por eventos de grande impacto econômico e estrutural são, muitas vezes, as menos equipadas para manter a continuidade do cuidado. Nesse cenário, o teleatendimento pode atuar como elemento-chave de mitigação, mantendo fluxos assistenciais mesmo diante de restrições de deslocamento.

A literatura mostra que o teleatendimento no SUS, por meio da teleinterconsulta e do telediagnóstico, promoveu o intercâmbio de saberes (44,1%), a redução do tempo de espera pelo atendimento de especialistas (42,5%) e a maior resolutividade da atenção primária, com casos de sucesso como a telecardiologia na Região Norte.

No contexto internacional, a telenfermagem e o telemonitoramento demonstraram eficácia na continuidade do cuidado de pacientes crônicos e em cuidados paliativos durante emergências. Contudo, a desigualdade na infraestrutura digital é expressiva. Apenas 1,2% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em municípios grandes da Região Norte possuíam equipamentos para teleconsulta, em comparação com 26,7% das unidades localizadas em municípios pequenos da Região Sul.

Somam-se a esse cenário a baixa interoperabilidade entre os sistemas, a capacitação insuficiente dos profissionais e as barreiras culturais que influenciam a aceitação da telessaúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teleatendimento no SUS configura-se como um recurso estratégico para assegurar a continuidade do cuidado em municípios isolados por desastres ambientais, integrando-se às respostas de emergência como instrumento de mitigação de danos e de redução das iniquidades em saúde.

Os benefícios já documentados, sejam clínicos, operacionais ou econômicos, evidenciam seu potencial para ampliar a resolutividade da rede, otimizar o uso de recursos e reduzir deslocamentos onerosos ou inviáveis em situações críticas. Entretanto, a efetividade dessa estratégia depende de investimentos estruturantes que ultrapassem a mera aquisição de equipamentos.

É necessário ampliar a cobertura e a qualidade da infraestrutura digital, reduzir as desigualdades regionais no acesso à tecnologia, promover a interoperabilidade dos sistemas de informação e garantir a formação continuada dos profissionais para a atuação em contextos adversos.

A elaboração de protocolos específicos para emergências climáticas, adaptados às características territoriais e socioculturais, é fundamental para padronizar condutas e agilizar decisões clínicas. A integração entre tecnologia, regulação, gestão territorial e práticas locais deve ser entendida como um eixo estruturante da resposta do SUS às mudanças climáticas.

Essa abordagem não apenas fortalece a capacidade de enfrentamento imediato, mas também cria um legado permanente de qualificação da rede, transformando a telessaúde de solução emergencial em componente regular e equitativo da garantia do direito à saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO DESASTRE DAS ENCHENTES NO MUNICÍPIO DE CANOAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lilian Lopes Mattos
Cristiane Kenes Nunes
Jessica Pereira Souza

INTRODUÇÃO

Em 2024, o Rio Grande do Sul foi assolado pela maior enchente da história do estado, superando a de 1941. Conforme informações da Defesa Civil, 182 pessoas perderam a vida, 29 seguem desaparecidas e mais de 800 ficaram feridas. As chuvas fortes começaram em 27 de abril, na Região dos Vales, prolongando-se por mais de dez dias. Esse evento sobrecarregou as bacias dos rios Taquari, Caí, Pardo, Jacuí, Sinos e Gravataí, resultando em seus transbordamentos.

Na sexta-feira, 3 de maio, os efeitos das chuvas começaram a ser sentidos em Porto Alegre e na Região Metropolitana. Em Canoas, o volume das águas foi tão intenso que rompeu e ultrapassou diques de proteção. Em virtude disso, milhares de pessoas foram desabrigadas e muitas ficaram desaparecidas.

Nesse cenário, a Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC), responsável pelos serviços de Atenção Primária à Saúde e por alguns serviços especializados do Sistema Único de Saúde (SUS), tomou medidas emergenciais para enfrentar a situação, mesmo sendo atingida diretamente, com dezenove serviços afetados.

OBJETIVO

Relatar a atuação da equipe multiprofissional do SUS diante do desastre causado pelas enchentes no município de Canoas, destacando as estratégias adotadas para o atendimento da população, os desafios enfrentados e as lições aprendidas para a gestão de crises em saúde pública.

METODOLOGIA

A experiência relatada neste trabalho decorre da vivência direta dos autores acerca da atuação da equipe multiprofissional da rede de Atenção Primária à Saúde diante do desastre causado pelas enchentes no município de Canoas.

RESULTADOS

Com a orientação para a evacuação dos bairros atingidos e o resgate das pessoas afetadas, foram surgindo abrigos nas regiões que não foram atingidas pela enchente. Ao todo, foram registrados 98 abrigos oficiais, porém chegamos a ter 120 abrigos cadastrados. Para cada um, a FMSC organizou equipes de saúde compostas

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, com escalas de 24 horas, para manter a assistência à saúde necessária durante o momento agudo da crise.

Posteriormente, a assistência prestada nos abrigos passou a ser multiprofissional, com psicólogos, assistentes sociais, dentistas, agentes comunitários de saúde, entre outros. A mobilização contou com o apoio constante de organizações e profissionais voluntários, incluindo o grupo SOS Obstetrizes, composto por profissionais da Universidade de São Paulo (USP), os Médicos Sem Fronteiras, a Cruz Vermelha, o Hospital Israelita Albert Einstein, o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, a Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), o Serviço Social da Indústria (SESI) e a Equipe de Saúde do Município de Forquilhinha.

As águas demoraram 20 dias para baixar. Após esse período, as famílias foram, aos poucos, retornando às suas residências. Os atendimentos itinerantes realizados pelas equipes tiveram papel fundamental na resposta humanitária durante a crise, pois não prestaram apenas cuidados imediatos, mas também ofereceram suporte essencial em condições adversas, por meio do fornecimento de itens básicos, da escuta qualificada e do auxílio em tarefas do cotidiano.

Nas áreas inundadas, as equipes de saúde itinerantes desempenharam papel crucial na vigilância epidemiológica, respondendo rapidamente a potenciais surtos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das enchentes revelou a vulnerabilidade das infraestruturas de saúde. Os desafios enfrentados abrangeram desde dificuldades logísticas para acessar áreas isoladas até a demanda por recursos adicionais e treinamento especializado para as equipes.

Diante disso, é essencial implementar propostas de melhoria que reforcem a capacidade de resposta a desastres, garantam a continuidade dos serviços de saúde e promovam a recuperação e a resiliência das comunidades afetadas, por meio da articulação entre diversas organizações e os governos estadual e federal.

Descritores: atenção primária à saúde; saúde pública; desastre climatológico.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TÍTULO PROJETO PÚRPURA: ASSISTÊNCIA, PROTEÇÃO E IGUALDADE - RESPOSTA HUMANITÁRIA À CRISE CLIMÁTICA NO RIO GRANDE DO SUL COM FOCO EM DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Kelly Caroline Costa Portolan
Évilin Costa Gueterres
Ana Cristina Artz
Luciane Gomes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, o Rio Grande do Sul enfrentou a maior crise climática de sua história recente, com enchentes que afetaram 456 municípios e mais de 2 milhões de pessoas. Nesse contexto, meninas, mulheres e a população LGBTQIA+ vivenciaram vulnerabilidades agravadas, incluindo o aumento de casos de violência sexual em abrigos e nas ruas.

O Projeto Púrpura, desenvolvido pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil, em parceria com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems/RS), foi estruturado como uma resposta humanitária emergencial com foco na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (DSR), integrando assistência, ações de educação em saúde e fortalecimento das redes de proteção.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Garantir o acesso integral, humanizado e qualificado aos DSR de meninas, mulheres e da população LGBTQIA+ em cenários de crise climática.

Objetivos específicos

- Garantir assistência integral no pré-natal, com encaminhamento das gestantes de alto risco;
- Ampliar o acesso a métodos contraceptivos e insumos essenciais;
- Realizar testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C, com vinculação aos serviços e retenção dos casos em abandono no tratamento;
- Proporcionar acolhimento humanizado e atendimento especializado em casos de violência sexual;
- Integrar ações do Programa Saúde na Escola (PSE) para a promoção e a prevenção em saúde sexual e reprodutiva.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

METODOLOGIA

O projeto foi implementado em sete unidades de saúde nos municípios de Canoas, São Leopoldo, Guaíba e Porto Alegre, priorizando áreas com alto impacto climático e vulnerabilidade social. As ações envolveram a alocação de equipes qualificadas em DSR, a entrega de insumos essenciais, com apoio logístico do 3º Batalhão de Suprimentos, e a realização de atendimentos e atividades extramuros voltadas à promoção e à prevenção em saúde nas escolas dos territórios. O projeto esteve em execução entre setembro de 2024 e janeiro de 2025.

RESULTADOS

Indicadores de atendimento

- Pessoas atendidas: 1.267, sendo 243 meninas de 15 a 19 anos, 357 mulheres de 20 a 24 anos, 613 mulheres com mais de 25 anos e 54 pessoas LGBTQIA+;
- Pré-natal: 223 gestantes assistidas, das quais 12 foram encaminhadas para serviços de média complexidade;
- Testes rápidos: 443 realizados, com a identificação de 17 casos de sífilis, oito de HIV e um de hepatite C, todos vinculados ao tratamento;
- Testes de gravidez: 362 realizados;
- Casos de violência sexual: 89 identificados, dos quais apenas oito foram formalmente denunciados como abuso sexual. Os demais foram detectados em consultas, muitas vezes tendo como porta de entrada queixas de saúde mental;
- Contraceptivos: 313 dispensações em consultas, além de 45.000 contraceptivos orais ou injetáveis e 144.000 preservativos masculinos distribuídos como parte das estratégias de educação em saúde;
- Ações escolares: 12 atividades do PSE, alcançando cerca de 600 adolescentes.

Raça/cor e gênero

- A população preta representa cerca de 22% da população do Rio Grande do Sul, percentual que chega a 28% quando incluída a população parda, mas apresentou maior participação nos atendimentos realizados pelo projeto:
  - 37,85% nos testes de gravidez;
  - 36,74% nas dispensações de métodos contraceptivos;
  - 63,58% nos exames citopatológicos.
- Os dados evidenciam uma dupla vulnerabilidade, social e sanitária, para mulheres negras e pardas;
- A população LGBTQIA+ apresentou baixo quantitativo de acesso aos serviços, situação agravada pelo impacto da crise sobre os ambulatórios especializados para pessoas trans, conhecidos como ambulatórios T, limitando ainda mais o cuidado;
- Foi identificada dificuldade de meninas e mulheres vítimas de violência relatarem diretamente os abusos. A maioria dos casos foi revelada durante o acolhimento, sendo predominantes as situações de violência intrafamiliar.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DISCUSSÃO

O Projeto Púrpura confirmou que crises climáticas amplificam desigualdades preexistentes, evidenciando a relação direta entre desastres ambientais e vulnerabilidades sociais, de gênero, raça e orientação sexual. A experiência demonstrou que a atuação articulada e coordenada, aliando assistência em direitos sexuais e reprodutivos, educação em saúde e ampla dispensação de insumos de prevenção, foi capaz de reduzir barreiras imediatas de acesso e oferecer assistência qualificada em um contexto de emergência.

A análise dos dados revelou que, mesmo representando uma minoria demográfica, mulheres negras e pardas buscaram e receberam atendimento em proporção significativamente maior do que sua representação na população estadual. Esse dado sugere não apenas maior exposição a riscos, mas também a importância da proximidade territorial e da abordagem humanizada para favorecer a adesão aos serviços.

Por outro lado, o número reduzido de atendimentos à população LGBTQIA+ aponta para desafios específicos relacionados à disponibilidade e ao funcionamento de serviços especializados, como os ambulatórios T, que foram diretamente impactados pela crise. Esse cenário exige estratégias direcionadas de busca ativa e acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo seu papel como ordenadora do cuidado. Também evidencia a importância da qualificação dos profissionais de saúde e da atuação de articuladores territoriais na realização do primeiro acolhimento.

Outro aspecto crítico identificado foi a dificuldade de meninas e mulheres vítimas de violência sexual procurarem os serviços apresentando essa situação como demanda inicial. A maioria dos relatos surgiu no momento do acolhimento, frequentemente após a apresentação de problemas de saúde mental ou queixas inespecíficas. Esse comportamento reforça a necessidade de qualificação constante das equipes para identificar sinais indiretos de violência e adotar fluxos de atendimento que garantam escuta ativa, sigilo e encaminhamento seguro.

Esses achados ressaltam que, embora a abordagem integrada do projeto, combinando assistência, educação em saúde e fortalecimento das redes de proteção, tenha se mostrado efetiva nesta amostra para mitigar impactos imediatos, há uma demanda estrutural por políticas públicas permanentes.

É urgente institucionalizar equipes e protocolos de DSR nos planos de contingência estaduais e municipais, assegurando que, em futuras emergências, a resposta humanitária inclua, de forma estruturada e planejada, ações voltadas à equidade de gênero, raça e orientação sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Púrpura demonstrou que respostas coordenadas e articuladas, envolvendo diferentes níveis de gestão e organismos internacionais, podem garantir acesso qualificado aos DSR em contextos de crise.

Reforça-se a importância de inserir equipes especializadas em DSR nas respostas a emergências, direcionar ações às populações com maior vulnerabilidade, com foco em gênero e raça, e manter ações contínuas de educação em saúde em escolas e comunidades como parte das estratégias de resposta.

A continuidade e a institucionalização dessas iniciativas são essenciais para mitigar desigualdades e assegurar direitos em futuros desastres climáticos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PANORAMA DA LEPTOSPIROSE NO RIO GRANDE DO SUL ENTRE 2020 E 2025

Hárisson Lucas Hossa
Camila Felix Simianer
Isabela Martins Lamas
Guilherme Tomasi

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose bacteriana de relevância mundial, transmitida principalmente pelo contato humano com água ou solo contaminados pela urina de roedores infectados. Sua forma grave pode evoluir com falência renal, hemorragias e disfunção sistêmica, resultando em elevada letalidade. No Brasil, a doença apresenta caráter endêmico, com surtos diretamente associados a enchentes e inundações, como ocorreu no Rio Grande do Sul entre abril e junho de 2024.

OBJETIVO

Analisar e comparar as taxas de leptospirose e seus desfechos no Rio Grande do Sul, no período de abril a junho, entre 2020 e 2025.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico, observacional e retrospectivo, realizado com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas incluíram o número de internações, a média de permanência, o número de óbitos e a taxa de mortalidade associados à leptospirose no período analisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2020, foram registradas 29 internações e três óbitos, com taxa de mortalidade de 10,34%. Em 2021, houve 22 internações e apenas um óbito, com taxa de mortalidade de 4,55%. Em 2022, observou-se aumento para 51 internações e dois óbitos, com taxa de mortalidade de 3,92%.

Essa tendência se manteve em 2023, quando ocorreram 53 internações e apenas um óbito, resultando na menor taxa de mortalidade do período, de 1,89%. Em 2024, verificou-se um crescimento abrupto, com 132 internações e dez óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 7,58%.

Em 2025, houve redução para 38 internações, com três óbitos, o que manteve elevada a taxa de mortalidade, que foi de 7,89%. O tempo médio de internação variou de forma inconsistente ao longo do período, oscilando entre quatro e oito dias, sem tendência linear.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul entre abril e junho de 2024 foram determinantes para o pico de casos e mortes, destacando a importância da doença como marcador sentinela do impacto das mudanças climáticas sobre a saúde coletiva.

Os valores evidenciam a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica em períodos de risco climático, da integração das políticas de saúde com ações de saneamento e meio ambiente e do preparo das redes assistenciais para uma resposta rápida diante de desastres.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O COMPUTADOR PODE NOS AJUDAR A VENCER O DIABETES? LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Marco Aurélio Silva
Évelin Itaela Vogt

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O diabetes é uma doença que afeta a vida de mais de 530 milhões de pessoas em todo o mundo, e esse número não para de crescer. Diante de um desafio tão grande, a tecnologia surge como uma importante aliada. A inteligência artificial (IA) é uma das principais apostas atuais. Ela consegue processar e analisar uma grande quantidade de informações sobre os pacientes, como exames, estilo de vida e até atividades cotidianas, para ajudar a prever, prevenir e tratar a doença.

Já existem aplicativos que monitoram a glicemia e sistemas que ajustam a dose de insulina automaticamente. No entanto, sabe-se que a adoção em larga escala ainda esbarra em alguns problemas, como o alto custo, a falta de transparência dos algoritmos e o risco de que essa tecnologia possa aumentar as desigualdades sociais.

OBJETIVOS

A pesquisa teve como objetivo realizar uma revisão crítica sobre o uso da IA no tratamento do diabetes e analisar seus limites, suas possibilidades e as questões éticas relacionadas à sua utilização.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão integrativa nas bases PubMed, Scopus, IEEE Xplore, Web of Science e Cochrane Library. Foram utilizados descritores em português e inglês relacionados a "diabetes mellitus", "inteligência artificial", *machine learning*, *deep learning*, "redes neurais", "predição de risco", "adesão ao tratamento", "monitoramento remoto" e "controle glicêmico".

Foram incluídos artigos empíricos publicados entre 2015 e 2025, em inglês ou português, que abordassem diretamente o uso da IA no cuidado de pessoas com diabetes. Excluíram-se estudos teóricos, revisões sem análise crítica ou trabalhos sem acesso ao texto completo. A extração de dados contemplou os objetivos, as técnicas de IA utilizadas, as bases de dados, os desfechos, o desempenho dos modelos e as limitações apontadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos sete estudos demonstrou que a IA já está sendo aplicada em cinco frentes. Na previsão de risco, os algoritmos conseguiram prever o risco de diabetes mellitus tipo 2 com precisão de até 86%. Entretanto, esses modelos ainda precisam ser testados em outras populações.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

No diagnóstico precoce, modelos de *deep learning* demonstraram capacidade de prever a doença até 13 anos antes do aparecimento dos sintomas, mas a tecnologia ainda não é facilmente aplicável à prática cotidiana. No controle automático da glicemia, a IA integrada a bombas de insulina e sensores ajudou a manter a glicemia dos pacientes na faixa ideal por um período 25% maior.

Quanto à adesão ao tratamento, aplicativos e sensores inteligentes ajudaram a reduzir a hemoglobina glicada, indicador utilizado para avaliar o controle do diabetes, em até 1,2%. O desafio, nesse caso, é manter os pacientes engajados. Nas análises éticas e operacionais, constatou-se que a falta de regras, de padronização e de políticas públicas constitui uma importante barreira para a implementação segura e justa da IA.

Apesar de todos os avanços, ainda existem grandes desafios. A maioria dos modelos de IA funciona como uma "caixa-preta", pois não é possível compreender com clareza como chegam às suas conclusões. Isso dificulta a confiança dos médicos. A tecnologia também pode acabar sendo acessível apenas para quem tem maior poder aquisitivo, o que pode ampliar as desigualdades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências mostram que a inteligência artificial tem grande potencial para transformar o cuidado das pessoas com diabetes. No entanto, para que essa tecnologia seja acessível a toda a população, é necessário um esforço conjunto. É preciso ampliar a validação dos modelos, estabelecer regulamentações e desenvolver políticas públicas que garantam o acesso universal, e não apenas o acesso de grupos específicos.

A tecnologia deve ser uma aliada do bem-estar social, e não mais um fator de ampliação das desigualdades.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O CUIDADO AO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DURANTE AS ENCHENTES NO MUNICÍPIO DE CANOAS

Lilian Lopes Mattos
Cristiane Kenes Nunes
Andressa dos Santos Schoen

INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal, conforme o Ministério da Saúde, representa uma etapa fundamental para garantir um parto e um nascimento saudáveis. Esse acompanhamento visa à promoção e à manutenção do bem-estar físico e emocional da gestante. Quando realizado de forma adequada, o pré-natal contribui significativamente para uma gestação mais segura e tranquila.

Um de seus principais objetivos é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando suporte integral às suas necessidades e garantindo um cuidado qualificado durante todo o período gestacional (1-2). A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada da gestante na rede de atenção à saúde.

O Rio Grande do Sul viveu uma das piores catástrofes climáticas já registradas, com enchentes que atingiram diversos municípios, causando destruição, desabrigamento e mortes. O município de Canoas foi um dos mais atingidos, contabilizando 160 mil pessoas deslocadas de suas casas e cerca de 10 mil pessoas em abrigos. Dezenove Unidades de Saúde (US) foram diretamente afetadas, limitando o acesso à APS em nove US.

OBJETIVO

Relatar a experiência do cuidado pré-natal durante o desastre provocado pelas enchentes no município de Canoas, destacando os desafios enfrentados, as estratégias adotadas para a continuidade da assistência às gestantes e as lições aprendidas para a gestão do cuidado materno em situações de emergência.

METODOLOGIA

A experiência relatada neste trabalho decorre da vivência direta das autoras, em conjunto com uma equipe de enfermeiras mobilizadas pela urgência da situação e pela formação técnica voltada ao cuidado materno-infantil, durante o mês de maio de 2024 e os períodos subsequentes.

RESULTADOS

Até que as US fossem recuperadas, diversas formas de assistência foram disponibilizadas à população. Foi implementada uma estratégia inédita, adaptada à situação emergencial causada pelo impacto das enchentes, que afetaram metade da cidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O projeto SOS Obstetrizes foi desenvolvido por enfermeiras obstetras da Universidade de São Paulo (USP) com o propósito de oferecer suporte a gestantes, puérperas e recém-nascidos em áreas afetadas pelas inundações. Foram realizadas consultas, encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, solicitação de exames, administração de vacinas, discussão de casos clínicos e prescrições, entre outras ações essenciais.

No contexto das atividades itinerantes, foram percorridos diversos abrigos para garantir a continuidade do atendimento às gestantes e puérperas. A experiência do cuidado evidenciou a importância da continuidade da assistência e tornou essencial a criação de estratégias emergenciais para mantê-la, mesmo em cenários adversos.

Também se destacou a necessidade de adaptação das equipes e dos gestores, que devem estar preparados para atuar de forma itinerante, ajustando protocolos e fluxos de atendimento. A mobilização interinstitucional e o voluntariado desempenharam um papel fundamental, demonstrando que parcerias estratégicas entre profissionais da rede pública, voluntários e organizações são essenciais em momentos de crise.

As ações incluíram o acompanhamento contínuo das gestantes, a implementação de ações de imunização e o monitoramento de doenças associadas ao desastre ambiental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, entre as principais contribuições para a atuação em situações de desastres climáticos, ressalta-se a necessidade de aprimoramento e fortalecimento das estratégias de cuidado materno-infantil em situações de emergência.

A capacitação contínua das equipes para o atendimento itinerante é fundamental para preparar os profissionais para atuar em cenários adversos. A articulação entre diferentes níveis de atenção e instituições parceiras nos planos municipais e estaduais de gestão de riscos possibilita uma resposta mais ágil e eficiente.

Descritores: atenção primária à saúde; saúde da mulher; cuidado pré-natal; saúde pública.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A EDUCAÇÃO EM E NA SAÚDE COMO RESISTÊNCIA NO ENFRENTAMENTO AOS AGROTÓXICOS AGRÍCOLAS EM RONDA ALTA (RS)

Carla Agostini
Rafael Arenhaldt

RESUMO

Este artigo foi escrito com base em uma pesquisa acadêmica desenvolvida durante o Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, que resultou na dissertação "Agrotóxicos Agrícolas e a Notificação de Intoxicações Exógenas: Análises para a Educação em Saúde". O estudo abordou o cenário dos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta (RS), caracterizado, de um lado, por quantitativos altíssimos de comercialização desses produtos e, de outro, por números insignificantes de registros do principal agravo à saúde causado pela exposição aos agrotóxicos agrícolas, as intoxicações exógenas. Também foi considerada a possibilidade de intervenção para a transformação desse cenário por meio dos processos de educação voltados à saúde, a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular em Saúde. O território da pesquisa foi o município de Ronda Alta, tendo como público selecionado os profissionais de saúde da Atenção Básica e do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital dos Trabalhadores de Ronda Alta, bem como a população exposta aos agrotóxicos agrícolas. A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma proposta intersetorial com as instituições municipais que já possuíam vínculo com os agricultores, como o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, as Secretarias Municipais de Agricultura, Saúde e Assistência Social, a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, por meio de seu escritório municipal, e o Conselho Municipal de Saúde. Também foi elaborado um Produto Técnico de Comunicação, no formato de *podcast*, com o objetivo de popularizar as informações da pesquisa, em parceria com a Rádio Comunitária Navegantes.

PALAVRAS-CHAVE: agrotóxicos; educação em saúde; educação permanente em saúde; intoxicação; notificação de doenças.

RESUMEN

Este artículo se basó en la investigación académica desarrollada durante la maestría profesional en Educación para la Salud, que dio lugar a la disertación "Plaguicidas Agrícolas y la Notificación de Intoxicaciones Exógenas: Análisis para la Educación para la Salud". El estudio abordó la situación de los plaguicidas agrícolas en Ronda Alta, Rio Grande do Sul, caracterizada, por un lado, por un volumen de ventas extremadamente alto de estos productos y, por otro, por cifras insignificantes de registros del principal problema de salud causado por la exposición a los plaguicidas agrícolas, las intoxicaciones exógenas. También abordó la posibilidad de intervención para transformar esta situación mediante procesos de educación para la salud, la Educación Permanente en Salud y la Educación Popular en Salud. El territorio de la investigación fue el municipio de Ronda Alta, y el público seleccionado estuvo compuesto por los profesionales de la salud de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital de los Trabajadores de Ronda Alta, así como por la población expuesta a plaguicidas agrícolas. La investigación se desarrolló mediante una propuesta intersectorial con instituciones municipales que ya tenían vínculo con los agricultores, como el Sindicato de Trabajadores Rurales, las Secretarías Municipales de Agricultura, Salud y Asistencia Social, la Empresa de Asistencia Técnica

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

y Extensión Rural, mediante su oficina municipal, y el Consejo Municipal de Salud. También se elaboró un Producto Técnico de Comunicación, en formato de *podcast*, con el objetivo de popularizar la información de la investigación, en colaboración con la Rádio Comunitária Navegantes.

PALABRAS CLAVE: plaguicidas; educación para la salud; educación permanente en salud; intoxicaciones; notificación de enfermedades.

É preciso não ter medo, é preciso ter coragem de dizer

(Carlos Marighella)

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Ronda Alta é uma pequena cidade localizada no extremo norte gaúcho que, devido às condições de clima e de solo, apresenta forte potencial agrícola, com predomínio da monocultura da soja cultivada no modelo convencional (Ronda Alta, 2017). A cultura da soja representou, sozinha, em 2013, 55,63% do Produto Interno Bruto (PIB) municipal, com valor declarado de R$ 31.436.690,69, seguida pelo leite, com 14,89%, pelo trigo, com 12,27%, e pelo milho, com 7,09% do PIB municipal (Sitagro, 2013 apud Ronda Alta, 2017).

Essa característica faz com que, a cada safra de grãos cultivada, sejam utilizadas quantidades elevadas de agrotóxicos nesse território. Só para se ter uma ideia, o volume de agrotóxicos comercializados em Ronda Alta, em 2023, foi de 181.386,875 litros e 66.790,777 kg (Rio Grande do Sul, 2025), o equivalente a 18,55 litros por habitante. Em 2024, os quantitativos de comercialização foram ainda maiores, totalizando 234.739,739 litros e 73.259,930 kg, o equivalente a 24,00 litros por habitante (Rio Grande do Sul, 2025).

A Rede Mobilizadores aponta que cada brasileiro ingere, em média, cerca de 5,2 litros de venenos por ano, quantidade que equivale ao consumo de duas garrafas e meia de refrigerante ou de 14 latas de cerveja (Rede Mobilizadores, 2016). Já um estudo do Instituto Nacional de Câncer (Inca) apontou que o consumo médio de agrotóxicos por brasileiro é de 7,5 litros de veneno por ano. No Rio Grande do Sul, estado onde a pesquisa foi desenvolvida, esse número é ainda maior, chegando a 8,3 litros por habitante (Inca, 2023). Assim, o quantitativo de litros por habitante registrado em Ronda Alta é maior do que o apresentado em todas as referências citadas.

Por sua vez, a exposição aos agrotóxicos causa efeitos diretos sobre a saúde humana, tendo como consequência as intoxicações exógenas causadas por agrotóxicos agrícolas. Todo episódio suspeito de intoxicação é de registro obrigatório no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde (MS) (Rio Grande do Sul, 2016).

Outra característica de Ronda Alta que agrava a exposição aos agrotóxicos agrícolas é o fato de que as lavouras produtoras de grãos não se restringem à sua área rural. Toda a área urbana da cidade também é cercada por lavouras produtoras de grãos, como mostra a Figura 1.

Essa característica faz com que tanto os agricultores que trabalham diretamente com esses produtos quanto toda a comunidade sejam expostos aos agrotóxicos, ainda que de formas distintas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Figura 1. Lavouras produtoras de grãos no entorno da área urbana da cidade de Ronda Alta.

Fonte: A autora, 2019.

Em contraste com os números altíssimos de comercialização de agrotóxicos em Ronda Alta, os registros oficiais dos agravos à saúde ocasionados pela utilização em larga escala desses produtos são insignificantes. Até 2018, Ronda Alta fazia parte da lista de municípios silenciosos em relação a esse tipo de agravo. Em 2019, houve um único registro; em 2020, mais um; e, em 2022, dois registros, totalizando quatro casos de intoxicações exógenas cujo agente tóxico foi o agrotóxico de uso agrícola no município de Ronda Alta (Sinan, 2023).

O fato de não haver notificações registradas desse tipo de intoxicação não significa que elas não aconteçam. Uma estimativa do Ministério da Saúde (MS) aponta que, todos os anos, no Brasil, mais de 400 mil pessoas são contaminadas por agrotóxicos, o que resulta em cerca de quatro mil mortes por ano em consequência dessas intoxicações (Moreira *et al.*, 2002 apud Abrasco, 2012).

Publicações sistematizadas pela Organização Internacional do Trabalho e pela Organização Mundial da Saúde (OIT/ILO/WHO) apontam que, entre os trabalhadores dos países em desenvolvimento, os agrotóxicos são responsáveis, anualmente, por 70 mil intoxicações agudas e crônicas que evoluem para o óbito, além de haver pelo menos sete milhões de doenças agudas e crônicas não fatais relacionadas aos agrotóxicos (Ilo, 2005; Ilo/Who, 2005 apud Abrasco, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a subnotificação das intoxicações causadas por agrotóxicos seja de 1:50, isto é, para cada caso notificado, existem outros 50 sem notificação (Paraná, 2018). Isso significa que, em Ronda Alta, até 2022, teriam ocorrido outras 200 intoxicações que não foram registradas.

Durante a construção do referencial teórico para o projeto de pesquisa, compreendeu-se que havia a possibilidade de intervenção para a transformação do atual cenário dos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta por meio dos processos de educação voltados para a saúde. Essa compreensão fundamentou-se no entendimento de que os processos de trabalho em saúde estão centrados não apenas na atenção, mas também na gestão e na educação (Pires, 2008 apud Signor *et al.*, 2015) e de que, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil pela Lei nº 8.080/1990, a educação é entendida também como uma área da saúde (Brasil, 1990).

Então, priorizou-se a escolha da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, por entender que essas duas políticas públicas de educação voltadas para a saúde se adequavam melhor à proposta

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

da pesquisa, tendo em vista que a causa da subnotificação é multifatorial e pode estar relacionada tanto aos profissionais de saúde quanto à população exposta (Paraná, 2018).

Partindo desse princípio, escolheu-se a Educação Permanente em Saúde para ser trabalhada com os profissionais de saúde, uma vez que essa política foi instituída pelo MS como uma ferramenta de aprendizagem cuja principal característica é a importância de reconhecer a realidade e as demandas encontradas nos próprios locais de trabalho, nos quais o aprender e o ensinar se integram ao cotidiano das organizações. A finalidade primordial da educação permanente é possibilitar a transformação das práticas profissionais e dos processos de trabalho nos serviços de saúde (Brasil, 2018).

Já a Educação Popular em Saúde foi selecionada para ser trabalhada com a população exposta aos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta, principalmente com os agricultores, por serem, entre os grupos expostos, aqueles que sofrem os maiores impactos. A educação popular em saúde é entendida como "Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde" (Brasil, 2012, p. 20).

Para além da caracterização do grave cenário dos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta, para mim, esse território é mais do que um simples local a ser pesquisado. É o meu lugar no mundo, não como propriedade, mas como pertencimento. Diante da possibilidade de realizar uma pesquisa acadêmica, como ser humano, não me satisfazia a ideia "da simples pesquisa acadêmica" que precisa ser cumprida como um protocolo acadêmico para a obtenção do título de mestre.

Minhas escolhas de vida, com suas implicações pessoais, políticas, sociais e acadêmicas, somadas ao fato de eu ser uma trabalhadora da área da saúde, atuando há mais de 20 anos nesse território, permitiram-me realizar uma pesquisa extramuros acadêmicos com a população exposta aos agrotóxicos agrícolas, com a comunidade de Ronda Alta, que é também a minha.

Desse modo, foi possível fazer com que a ciência chegasse e estivesse a serviço, de fato, daqueles que mais precisam dela, por meio de um enfoque intersetorial com as instituições municipais que já possuíam vínculo com os agricultores, como o Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR), a Secretaria Municipal de Agricultura (SMA), a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater/Ascar-RS), por meio de seu escritório municipal, e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Esta pesquisa foi muito mais do que um protocolo acadêmico, pois permitiu que a universidade pública cumprisse seu papel social e que eu também me realizasse como ser humano no meu lugar no mundo.

Participaram ainda das ações da pesquisa o Conselho Municipal de Saúde e a Rádio Comunitária Navegantes, instituição que contribuiu significativamente para a popularização das informações da pesquisa acadêmica e científica por meio da produção de um Produto Técnico de Comunicação, no formato de *podcast*, intitulado *Momento Saúde*, tendo em vista o grande alcance que esse meio de comunicação apresenta em Ronda Alta.

O *podcast*, composto por dez episódios, foi gravado, editado e transmitido em parceria e de forma gratuita nos estúdios da Rádio Comunitária Navegantes, na frequência FM 104,9, e na página do Facebook da emissora. Esse Produto Técnico de Comunicação teve como objetivo alcançar um quantitativo maior de pessoas, ampliando a consciência crítica sobre os impactos dos agrotóxicos agrícolas na saúde humana, auxiliando no reconhecimento dos sintomas das intoxicações por agrotóxicos e, consequentemente, na superação da subnotificação. Buscou-se, assim, promover a saúde e prevenir os agravos relacionados às intoxicações exógenas agudas por agrotóxicos por meio do rádio. A ciência chegando onde o povo está! O *podcast* está disponível ainda em https://podcasters.spotify.com/pod/show/carla-agostini.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

OBJETIVOS

Propor ações de Educação Permanente em Saúde e de Educação Popular em Saúde para qualificar o processo de notificação das intoxicações exógenas causadas por agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta, em uma proposta intersetorial, otimizando os espaços das instituições municipais, além de popularizar o conhecimento da pesquisa acadêmica por meio de um Produto Técnico de Comunicação no formato de *podcast*.

METODOLOGIA

Este artigo foi escrito com base na pesquisa acadêmica realizada durante o Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que resultou na dissertação "Agrotóxicos Agrícolas e a Notificação de Intoxicações Exógenas: Análises para a Educação em Saúde".

A dissertação foi vinculada ao projeto de pesquisa "Intoxicações Exógenas Causadas por Agrotóxicos Agrícolas em Ronda Alta (RS): Ações para Qualificar o Processo de Notificação", o qual foi submetido e aprovado tanto pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, via Plataforma Brasil, sob o Parecer nº 5.699.137, de 13 de outubro de 2022. As ações do projeto que resultaram na dissertação foram iniciadas somente após a emissão do parecer favorável das duas instâncias.

A pesquisa foi desenvolvida como uma pesquisa qualitativa participante, com interpretação hermenêutica, em concordância com a perspectiva de Minayo e Sanches (1993, p. 242), por reconhecerem "o social como um mundo de significados passível de investigação", utilizando-se um Diário de Reflexões para a coleta e a análise dos dados.

A escolha pela Pesquisa Participante, de Carlos Rodrigues Brandão, deu-se pelo fato de essa metodologia poder ir muito além da "simples coleta de dados" em campo, tomando para si os territórios onde a ação social é realizada (Brandão, 2008, p. 8), pois são próprios da pesquisa participante os "projetos de envolvimento e mútuo compromisso de ações sociais de vocação popular" (Brandão; Borges, 2007, p. 53). Essa característica é peculiar também à Educação Popular em Saúde (Brandão, 2008, p. 8).

A escolha da hermenêutica deu-se por permitir não apenas o relato do estudo, mas também sua interpretação (Schmidt, 2012), trazendo consigo "a perspectiva do interpretar, da produção de sentido e da impossibilidade de separar o sujeito do mundo objetivado" (Hermann, 2003, p. 16).

O território da pesquisa foi o município de Ronda Alta (RS), tendo como público selecionado a população exposta aos agrotóxicos agrícolas, representada pelos usuários dos serviços de saúde da Atenção Básica, pelos agricultores associados ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ronda Alta (STR), pelos agricultores assistidos pelo escritório municipal da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater/Ascar-RS) e pelos agricultores atendidos pela Secretaria Municipal de Agricultura (SMA).

Também foram selecionados os profissionais de saúde da Atenção Básica, vinculados às Unidades Básicas de Saúde e às equipes da Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) 1, 2, 3 e 4, bem como os profissionais de saúde do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital dos Trabalhadores de Ronda Alta (ATRA). Esse hospital é conveniado ao programa "Porta Aberta" para o atendimento de urgências e emergências. A pesquisa foi realizada em quatro etapas.

Na primeira etapa, o projeto de pesquisa foi apresentado aos Responsáveis Técnicos (RT) das instituições municipais convidadas a participar da pesquisa, com o objetivo de sensibilizá-los sobre a gravidade do cenário dos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta, bem como garantir a adesão dessas instituições à pesquisa.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Na segunda etapa, o projeto de pesquisa foi apresentado durante uma reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de divulgar a pesquisa e sensibilizar os representantes das instituições municipais que fazem parte desse conselho sobre sua importância diante do grave cenário dos agrotóxicos agrícolas e dos impactos desses produtos sobre a saúde em Ronda Alta.

Na terceira etapa, foram realizadas atividades de Educação Permanente em Saúde com os profissionais de saúde da Atenção Básica e com os profissionais de saúde do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital ATRA. As formações aconteceram nos meses de fevereiro e março de 2023. Foram realizadas duas atividades de formação, com duração de duas horas cada, em cada UBS/ESF, além de uma atividade de formação, com duração de quatro horas, destinada aos profissionais de saúde do ATRA.

Essa etapa contabilizou nove atividades de formação, 47 profissionais de saúde participantes e 20 horas de formação com os serviços de saúde selecionados. Além disso, 17 profissionais de saúde tiveram acesso a uma pasta virtual contendo as referências bibliográficas da pesquisa para consulta e estudo posterior. A pasta, criada no Google Drive, foi solicitada pelos próprios profissionais de saúde que participaram da pesquisa, em razão da importância e da amplitude do tema.

Na quarta etapa, foram realizadas as atividades de Educação Popular em Saúde com a população exposta aos agrotóxicos agrícolas de Ronda Alta, durante os meses de abril e maio de 2023. Foram realizadas oito atividades de formação com os grupos de promoção da saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, nos bairros urbanos e nas comunidades do interior de Ronda Alta.

Cada atividade teve duração média de três horas, com a participação de 127 usuários dos serviços de saúde. Também foram realizadas duas atividades de formação com os agricultores associados ao STR e atendidos pelo escritório municipal da Emater/Ascar-RS, com a participação de 17 agricultores, contabilizando mais seis horas de formação.

Ao todo, foram realizadas 11 atividades de Educação Popular em Saúde com a comunidade de Ronda Alta e, considerando que cada formação teve duração média de três horas, totalizaram-se 33 horas de atividades formativas e a participação de 144 pessoas.

Em relação aos agricultores atendidos pela SMA, mesmo após vários contatos com os responsáveis por essa secretaria, não obtive retorno. Como pesquisadora, entendo que esse também é um dado importante coletado pela pesquisa. Primeiramente, esse fato demonstra, de forma concreta, a dificuldade de realizar um trabalho interprofissional no "mundo real". Em segundo lugar, evidencia claramente a falta de interesse do setor da agricultura pela temática dos agrotóxicos agrícolas sob o olhar da saúde e na perspectiva dos impactos desses produtos sobre a saúde humana, tendo em vista que esse é o setor que mais consome esses produtos globalmente e, por isso, um de seus grandes defensores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizar uma pesquisa intersetorial foi um grande desafio, mas essa escolha foi justificada pela complexidade e pela abrangência do tema. Após um estudo intenso para a construção do referencial bibliográfico da pesquisa, entendi que era impossível realizar uma "boa pesquisa", com resultados significativos, abordando a temática dos agrotóxicos agrícolas somente com a saúde ou somente com os agricultores.

Para ter efeito, a pesquisa precisava ser realizada de forma coletiva, e assim foi. Eu diria que foi uma pesquisa coletiva, comunitária e feita com o auxílio de muitas mãos, com o engajamento ativo das instituições e de seus responsáveis técnicos em todo o processo, desde a apresentação da ideia inicial.

Foi por isso que a pesquisa deu certo e, mesmo em um território "dominado" pelos agrotóxicos,

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

desenvolveu-se de forma tranquila e sem discussões, além de alcançar números surpreendentes de participação. Ao todo, entre reuniões com os RT, apresentação do projeto de pesquisa e atividades de formação, foram realizadas 25 atividades presenciais, totalizando a participação direta de 238 pessoas, entre membros da população exposta, profissionais de saúde, responsáveis técnicos e conselheiros municipais de saúde. Além disso, 17 profissionais de saúde compartilharam um repositório virtual para ampliar seus conhecimentos no campo dos agrotóxicos agrícolas.

As atividades intersetoriais com o STR e a Emater foram significativas e potentes, por contarem com outros profissionais da área técnica, reforçando os impactos desses produtos sobre a saúde dos agricultores, grupo que, entre a população exposta, mais sofre suas consequências. Essa participação permitiu-me sentir menos sozinha na caminhada. Essas instituições também já possuíam vínculos sólidos estabelecidos com seus agricultores, o que me permitiu, como pesquisadora, potencializar esses espaços.

Enquanto autora da pesquisa, posso afirmar, depois da caminhada realizada por diferentes públicos, setores e instituições, que as intoxicações exógenas causadas por agrotóxicos agrícolas acontecem de forma grave e rotineira em Ronda Alta. Infelizmente, elas não estão sendo registradas no sistema oficial do MS.

Essa situação decorre, entre outros fatores, da falta de compreensão, por parte da população exposta, sobre a necessidade de procurar o serviço de saúde de referência. Primeiramente, há desconhecimento sobre a sintomatologia das intoxicações exógenas, que é vaga e imprecisa. Assim, mesmo após passarem mal depois de utilizarem esses produtos, os agricultores não relacionam os sintomas ao agrotóxico nem conseguem identificar que ele foi a causa.

Quando ocorre uma intoxicação, alguns agricultores também optam pelo uso de "antídotos" caseiros, como limão, cachaça, leite ou vinagre, ou preferem a automedicação, dirigindo-se "à sua farmácia de confiança", geralmente privada.

Em relação aos profissionais de saúde, a subnotificação em Ronda Alta é favorecida por duas questões principais. A primeira é o conhecimento limitado sobre o território em que estão atuando, pois a grande maioria dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa desconhecia completamente as características de trabalho e produção do seu território de atuação.

A segunda questão envolve as informações limitadas tanto sobre a obrigatoriedade de realizar o registro desse tipo de agravo no Sinan quanto sobre o procedimento necessário para efetuá-lo.

Quando iniciei a elaboração do projeto de pesquisa, ainda em 2019, Ronda Alta tinha uma única intoxicação exógena registrada no Sinan. Posteriormente, houve mais um registro e, durante a pesquisa, outros dois, totalizando quatro notificações.

Após as ações da pesquisa, que aconteceram em 2023, os dados fornecidos pelo Sinan, disponíveis até 2024, registram, orgulhosamente, 11 notificações em 2025. Sim, ainda são poucas, mas também significam que outras 550 intoxicações exógenas por agrotóxicos agrícolas aconteceram em Ronda Alta e não foram registradas.

Esses quantitativos permitem-me afirmar que, sim, em Ronda Alta, temos um grave problema de saúde pública envolvendo os agrotóxicos agrícolas. Trata-se de um problema que "antes não tínhamos", mas que agora, caso os serviços de saúde queiram, conseguiremos "enxergar". Mais importante ainda, esses dados podem servir de base para um planejamento em saúde mais adequado pela gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida, por si só, não mudou a realidade dos agrotóxicos agrícolas em Ronda Alta, mas contribuiu para que fossem iniciadas as discussões sobre esse problema de saúde pública no território. Representou, portanto, o início dessa importante discussão.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Desde que me tornei pesquisadora e, portanto, autora de um trabalho científico acadêmico, sempre me senti um pouco frustrada com a ciência e com as universidades em geral. Meu descontentamento decorre da seguinte reflexão. De que adianta a melhor ciência, a mais moderna, se, de fato, ela não consegue estar perto da comunidade? De que adianta se permanece murada e presa no ambiente acadêmico, disponível somente a alguns poucos privilegiados?

Sempre pensei: quando é que vamos deseletizar a educação, a nossa educação brasileira? Minha compreensão é a mesma de Milton Nascimento quando esse artista, ao cantar a música "Nos Bailes da Vida", anuncia: "Todo artista tem de ir aonde o povo está". Neste caso específico, a ciência deve ir aonde o povo está, com as pessoas e com as comunidades.

Então, surgiu a minha vez de fazer ciência. Eu escolhi ir aonde o povo está, junto à população selecionada para minha pesquisa, nos bairros e nas comunidades do interior de Ronda Alta. E eu fui. Aprendi com Paulo Freire que, mesmo num cenário de adversidades, não podemos arriar nem desistir, mas, sim, esperançar:

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperançar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo… (Paulo Freire)

Meu desejo, após a realização desta pesquisa, é nunca deixar de caminhar e esperançar, enquanto acadêmica, profissional de saúde e ser humano, em prol das reais necessidades da população na qual estou inserida. A escrita deste artigo é mais um passo nessa caminhada.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: parte 2: agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. 135 p. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Dossie_Abrasco_02.pdf. Acesso em: 7 dez. 2019.

BRANDÃO, C. R. **A pesquisa participante**: um falar sobre ausências e silêncios. São Paulo: [s. n.], 2008. Disponível em: https://apartilhadavida.com.br/wp-content/uploads/escritos/PESQUISA/PESQUISA%20PARTICIPANTE/A%20PESQUISA%20PARTICIPANTE%20-%20UM%20FALAR%20SOBRE%20AUS%C3%8ANCIAS%20E%20SIL%C3%8ANCIOS%20-%20rosa%20dos%20ventos.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 6, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19988. Acesso em: 30 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Agrotóxico**. Rio de Janeiro: INCA, 20 maio 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxico. Acesso em: 26 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Intoxicação exógena: dados epidemiológicos de 2011 a 2024** [base de dados]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan. Acesso em: 10 ago. 2025.

FREIRE, P. **O esperançar de Paulo Freire**. Pensador, [s. d.]. Disponível em: https://www.pensador.com/frase/Mjg0MjkzMw/. Acesso em: 6 maio 2023.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

HERMANN, N. **Hermenêutica e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002. Acesso em: 20 dez. 2025.

NASCIMENTO, M. **Nos bailes da vida**. Letras.mus.br, [s. d.]. Disponível em: https://www.letras.mus.br/milton-nascimento/47438/. Acesso em: 6 maio 2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Intoxicações agudas por agrotóxicos**: atendimento inicial do paciente intoxicado. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Material técnico. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/intoxicacoesagudasagrotoxicos2018.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

BÚRIGO, A. **Impacto dos agrotóxicos na alimentação, saúde e meio ambiente**. Rio de Janeiro: Rede Mobilizadores; COPPE/UFRJ, 2016. 30 p. Disponível em: http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Cartilha-Agrotoxicos-final.pdf. Acesso em: 7 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Agricultura, Pecuária e Desenvolvimento Rural. **Sistema Integrado de Gestão de Agrotóxicos (SIG@):** volume de agrotóxicos comercializado no município de Ronda Alta, 2023-2024 [planilha eletrônica]. Porto Alegre: Secretaria da Agricultura, Pecuária e Desenvolvimento Rural, 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre, v. 18, n. 1-2, mar./jun. 2016. Disponível em: https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/12111248-be-v18-n12-2016-internet.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

RONDA ALTA (RS). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Agricultura. **Plano Municipal de Desenvolvimento Rural 2017-2021**. Ronda Alta, RS: Prefeitura Municipal, 2017.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. Tradução de Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 264 p. (Coleção Pensamento Moderno).

SIGNOR, E.; SILVA, L. A. A. da; GOMES, I. E. M.; RIBEIRO, R. V.; KESSLER, M.; WEILLER, T. H.; PESERICO, A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, jan./mar. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766. Acesso em: 20 dez. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

TERREIROS, SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E SAÚDE COLETIVA: SABERES TRADICIONAIS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO E À DESIGUALDADE EM SAÚDE

Ana Cristina Bergalo
Rosemar Silva da Silva
Rose Mari Ferreira

RESUMO

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades raciais e de gênero, herança de um processo colonizador, racista e patriarcal. O racismo estrutural é um marcador social presente em diversos segmentos da sociedade, e o campo da saúde não é exceção. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como objetivo promover a saúde dessa população, priorizando o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e representa uma conquista do povo negro. O racismo estrutural é o alicerce invisível que sustenta desigualdades históricas e legitima a exclusão da população negra dos espaços de poder, direitos e oportunidades. É na encruzilhada conceitual que raça, gênero e classe se cruzam e nos apontam as desigualdades produzidas por um sistema capitalista, colonial e patriarcal. O objetivo deste texto é discutir a interseccionalidade entre raça, gênero e saúde, a partir da análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), da atuação da Rede Alyne e do papel dos terreiros como espaços de acolhimento e cuidado integral. O acolhimento nos terreiros de religiões de matriz africana, como o candomblé e a umbanda, constitui um importante espaço de cuidado integral para as mulheres, articulando dimensões físicas, emocionais e espirituais.

Palavras-chave: racismo; população negra; acolhimento; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Brazil is a country marked by deep racial and gender inequalities, a legacy of a colonizing, racist, and patriarchal process. Structural racism is a social marker present in various sectors of society, and the health field is no exception. The National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population aims to promote the health of this population by prioritizing the fight against racism and discrimination within SUS institutions and services, and it represents an achievement of the Black population. Structural racism is the invisible foundation that sustains historical inequalities and legitimizes the exclusion of the Black population from spaces of power, rights, and opportunities. It is at the conceptual crossroads, where race, gender, and class intersect, that the inequalities produced by a capitalist, colonial, and patriarchal system become evident. The purpose of this text is to discuss the intersectionality between race, gender, and health through the analysis of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN), the work of the Alyne Network, and the role of terreiros as spaces of welcome and comprehensive care. The welcoming practices in Afro-Brazilian religions, such as Candomblé and Umbanda, constitute an important space of comprehensive care for women, bringing together physical, emotional, and spiritual dimensions.

KEYWORDS: racism; Black population; care; Unified Health System.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESUMEN

Brasil es un país marcado por profundas desigualdades raciales y de género, herencia de un proceso colonizador, racista y patriarcal. El racismo estructural es un marcador social presente en diversos sectores de la sociedad, y el campo de la salud no es una excepción. La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra tiene como objetivo promover la salud de esta población, priorizando la lucha contra el racismo y la discriminación en las instituciones y los servicios del SUS, y representa una conquista del pueblo negro. El racismo estructural es la base invisible que sostiene las desigualdades históricas y legitima la exclusión de la población negra de los espacios de poder, derechos y oportunidades. Es en la encrucijada conceptual donde raza, género y clase se cruzan y nos revelan las desigualdades producidas por un sistema capitalista, colonial y patriarcal. El objetivo de este texto es discutir la interseccionalidad entre raza, género y salud, a partir del análisis de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), de la actuación de la Red Alyne y del papel de los terreiros como espacios de acogida y cuidado integral. La acogida en los terreiros de religiones de matriz africana, como el Candomblé y la Umbanda, constituye un importante espacio de cuidado integral para las mujeres, articulando dimensiones físicas, emocionales y espirituales.

PALABRAS CLAVE: racismo; población negra; acogida; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país marcado por profundas desigualdades raciais e de gênero, herança de um processo colonizador, racista e patriarcal. A população negra experimenta cotidianamente as múltiplas formas de opressão, que são sinalizadas por marcadores sociais, tais como menor nível de escolaridade e de renda, menor acesso à saúde e aos serviços sociais, além de condições precárias de moradia e trabalho (Carvalho *et al.*, 2023).

O racismo estrutural é um marcador social presente em diversos segmentos da sociedade (Almeida, 2019), e o campo da saúde não é exceção. O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a equidade como um dos princípios norteadores para diminuir a desigualdade no atendimento à saúde da população (Brasil, 1990). No entanto, quando pensamos pelo viés de raça e gênero, principalmente quando nosso enfoque recai sobre as mulheres negras, sobretudo as que vivem em regiões periféricas, esse princípio de equidade muitas vezes é negligenciado (Werneck, 2016).

Em relação ao acesso aos cuidados em saúde, enfocamos aqui o processo da gestação, que coloca as pessoas que gestam em situação de vulnerabilidade e que, por esse motivo, deveriam receber atenção qualificada. No entanto, dados informam que, nesse momento da vida, evidencia-se a violência obstétrica, que pode ser definida, segundo Braga (2025), como:

> [...] atitudes desrespeitosas, agressivas ou negligentes durante a gestação, parto e pós-parto, que violam a dignidade e os direitos da mulher. Isso inclui tratamentos grosseiros, imposição de procedimentos desnecessários ou dolorosos sem avisou prévio ou consentimento, negação de acompanhante, impedimento de comunicação com familiares, realização de cesáreas sem justificativa clínica e separação desnecessária do bebê após o parto (Braga, 2025, p. 4).

Quando essa violência é praticada contra pessoas negras, evidencia-se o racismo institucional, que, de acordo com Almeida (2019, p. 37-38), se caracteriza "como o resultado do funcionamento das instituições, que

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça". A violência obstétrica é uma das faces mais perversas dessas desigualdades que afligem principalmente as mulheres negras, enquanto expressão do racismo institucional.

À população negra foi negado o direito de acesso à saúde durante muito tempo e podemos observar, dada a realidade histórica, que essa negação ainda pode ser evidenciada. Diante dessa situação e após anos de luta dos movimentos negros e, mais especificamente, do movimento de mulheres negras, foi instituída, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009).

Qual seria, então, o papel da saúde coletiva, enquanto campo de produção de conhecimento, diante da realidade do racismo? Madel Luz (2009, p. 306) nos aponta que "adotando-se como guia analítico o conceito de campo torna-se menos difícil a compreensão da multiplicidade e da coexistência (por vezes conflituosa) dos saberes e práticas na saúde coletiva".

Nesse sentido, torna-se imperativo que haja um posicionamento da saúde coletiva diante de práticas, fartamente documentadas na literatura, que violam os direitos humanos das pessoas colocadas em situação de vulnerabilidade, com destaque, neste texto, para as mulheres negras. Também é necessário que esse campo reconheça a importância de outros saberes, de conhecimentos provenientes de espaços como os terreiros.

Este artigo tem por objetivo discutir a interseccionalidade entre raça, gênero e saúde, a partir da análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2009), da atuação da Rede Alyne (Brasil, 2024) e do papel dos terreiros como espaços de acolhimento e cuidado integral. A proposta parte da compreensão de que práticas comunitárias e saberes tradicionais, especialmente aqueles oriundos das religiões afro-brasileiras, podem contribuir para um modelo de atenção à saúde mais humano, plural e antirracista.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a busca pela promoção da equidade em saúde: uma conquista da população negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, com o objetivo de promover a saúde dessa população, priorizando o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS, representa uma conquista do povo negro. Ao adotar como prioridade o combate ao racismo e à discriminação, apresenta-se estrategicamente como uma forma de reduzir as desigualdades étnico-raciais nos serviços de saúde (Brasil, 2009).

A importância da PNSIPN se manifesta não apenas na formulação de diretrizes, mas também na valorização dos saberes e das práticas de matriz africana, conforme o Capítulo II, inciso IV, no fortalecimento da participação social e na qualificação dos profissionais de saúde para o enfrentamento do racismo institucional.

A PNSIPN impulsiona a construção de um Sistema Único de Saúde mais justo, plural e sensível às especificidades étnico-raciais, sendo uma ferramenta essencial para a promoção da justiça social e da cidadania plena da população negra brasileira (Brasil, 2009; Brasil, 2017).

Os caminhos trilhados para a formulação da PNSIPN iniciaram-se antes do ano de 2000. A luta dos movimentos sociais negros e, especialmente, a luta das mulheres negras, que historicamente lideram as diversas demandas por direitos da população negra, intensificaram-se ao longo dos anos de 1990, denunciando as práticas de esterilização forçada de mulheres negras (Werneck; Mendonça e White, 2000).

A formulação da PNSIPN teve sua origem e justificativa nos movimentos sociais negros, como nos aponta Jurema Werneck:

> [...] grande parte das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

> população negra teve origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação dos sujeitos negros organizados, de suas análises, conhecimentos e valores (Werneck, 2016, p. 539).

A saúde da população negra apresenta marcadores sociais específicos aos quais essa população está exposta, como o acesso à educação, à moradia, ao saneamento básico, ao emprego e à renda, que determinam sua vulnerabilidade social e afetam diretamente sua saúde física, mental e espiritual.

A morte precoce da população negra não é uma fatalidade, mas o resultado concreto do racismo e da negligência do Estado brasileiro diante das desigualdades (Werneck, 2016). Assim, compreender os determinantes sociais sob a ótica das relações raciais é essencial para a construção de políticas públicas que promovam a equidade e a justiça social em saúde.

Racismo e as práticas de violência contra mulheres negras

Silvio Almeida (2019) nos ajuda a compreender que o racismo não é apenas um comportamento individual ou um ato isolado de discriminação. Ele está estruturado na forma como a sociedade se organiza. O racismo estrutural, segundo o autor, é o alicerce invisível que sustenta desigualdades históricas e legitima a exclusão da população negra dos espaços de poder, direitos e oportunidades.

Já o racismo institucional é uma das formas pelas quais essa estrutura se manifesta no cotidiano, quando instituições de ensino, saúde e justiça operam práticas que, mesmo sem intenção explícita, produzem desigualdade racial (Almeida, 2019).

Esse processo se torna ainda mais grave quando olhamos para a situação das mulheres negras. Jurema Werneck (2016) chama a atenção para o fato de que o racismo, quando aliado ao sexismo, impacta diretamente a saúde dessas mulheres, restringindo seu acesso aos serviços e gerando adoecimentos evitáveis.

Esse é um ponto de contato importante com a análise de Angela Davis (2016), que nos mostra como a violência contra as mulheres negras é histórica e multifacetada. Essa violência não se limita ao ambiente doméstico ou às ruas. Ela também está presente na negligência médica, na maternidade compulsória, no encarceramento e no abandono por parte do Estado.

De acordo com o *Guia de Defesa Popular da Justiça Reprodutiva*, organizado pelo Coletivo Margarida Alves, define-se a violência obstétrica como:

> [...] todo mau trato ou agressão, física, psicológica, verbal ou sexual, no contexto da gravidez, parto ou abortamento, cometido por um profissional de saúde contra a pessoa de quem deveria cuidar. No caso do parto, as formas de violência obstétrica mais comuns são a cesariana forçada, a negação de tratamento para dor, a agressão verbal e psicológica. No caso do abortamento, a negação de tratamento para dor, a intimidação e o estigma, a agressão verbal e psicológica, e a ameaça de criminalização (Alves, 2020, p. 25).

Não é incomum que ocorra violência obstétrica contra mulheres gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente quando esses corpos são negros. Tal violência desponta como um marcador de poder institucional, no qual o direito ao questionamento em relação ao serviço prestado pela instituição lhes é negado. Ferreira nos aponta que: "O corpo negro, no componente racista da cultura, é um corpo forte, sobre o qual pode recair o peso do trabalho intenso, desprovido de sensibilidade dolorosa ou subjetiva, o que completa a naturalização da violência" (Ferreira, 2022, p. 8).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Patricia Hill Collins (2019) acrescenta outra camada a essa reflexão ao apresentar o conceito de "imagens de controle". São estereótipos que moldam a forma como a sociedade enxerga e trata as mulheres negras, como a imagem da mulher que suporta tudo, que não sente dor e que é naturalmente promíscua ou agressiva.

Essas imagens não são inofensivas. Elas justificam violências, omissões e políticas que desumanizam essas mulheres, sustentando a estrutura de exclusão denunciada por Almeida (2019). Portanto, ao unir essas vozes, compreendemos que a violência contra as mulheres negras é sustentada por uma rede complexa de estigmas, práticas institucionais e estruturas históricas que precisam ser enfrentadas de forma coletiva e interseccional.

A interseccionalidade entre raça, gênero e saúde: o caso alyne pimentel

O conceito de interseccionalidade foi cunhado por Kimberlé Crenshaw, pensadora afro-estadunidense, nos anos de 1990, quando a intelectual negra apontava para o entrecruzamento de opressões ao qual estavam expostas as mulheres negras.

Crenshaw evidenciou que as categorias homem e mulher, quando analisadas de forma não entrecruzada, não eram suficientes para justificar as iniquidades nas quais as mulheres negras estavam inseridas. A categoria mulher apresentava a mulher branca, enquanto a categoria homem representava o homem negro. Nesse sentido, as mulheres negras não conseguiam figurar em nenhuma das duas variáveis (Crenshaw, 2002).

Embora o termo interseccionalidade tenha sido atribuído a Crenshaw, no Brasil, bem antes dos anos 1990, as intelectuais negras Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro já denunciavam o entrecruzamento de opressões que atingiam e ainda atingem as mulheres negras (Ferreira *et al.*, 2024).

É nessa encruzilhada conceitual que raça, gênero e classe se cruzam e nos apontam as desigualdades produzidas por um sistema capitalista, colonial e patriarcal. A encruzilhada, entendida "como disponibilização conceitual que aponta outras possibilidades de problematização da vida, da arte e dos conhecimentos", é o que nos apresenta Luiz Rufino (2020, p. 267).

No campo da saúde, essa abordagem conceitual demonstra o conjunto de vulnerabilidades enfrentado cotidianamente por mulheres negras, pobres e periféricas, as quais não podem ser analisadas de forma isolada. É nesse cruzo que ecoa um grito de dor ancestral que permeia a existência de mulheres pretas diante do racismo estrutural e institucional, tão presente em nossa sociedade.

Carla Akotirene nos aponta que "É da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade" (2019, p. 24) e a intelectual continua nos brindando com sua narrativa de que "o pensamento feminista se deu mediante a construção a ferro e água atlânticas, e a interseccionalidade veio até nós como ferramenta ancestral" (2019, p. 25).

Mais uma vez, a encruzilhada se apresenta como o local em que se moldam e se determinam as condições de acesso desigual aos serviços de saúde por mulheres negras e periféricas, cujas existências e resistências são permeadas pela ausência de escuta, de cuidado e de direitos.

Alyne da Silva Pimentel Teixeira foi uma dessas mulheres, vítima do racismo institucional. Mãe de uma criança de cinco anos e grávida de seis meses, buscou o que lhe era de direito, acolhimento, atenção e vida, ao procurar uma unidade de saúde de Belford Roxo (RJ) para atendimento devido a sinais e sintomas de mal-estar. Entretanto, recebeu a porta aberta da negligência.

Sua morte, em 2002, ecoa como denúncia viva do racismo institucional. Mulher negra, da Baixada Fluminense, morreu por causa de uma hemorragia evitável. Morreu porque sua dor não foi ouvida, porque seu tempo não foi contado (Brasil, 2024).

Alyne Pimentel morreu porque era mulher negra, pobre e periférica (Castoia, Severi e Firmino, 2020). Morreu em decorrência de uma morte materna evitável. Aqui se faz importante trazer o conceito de morte

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

materna estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 1994, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a definiu como "a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (Dias *et al.*, 2015).

Em 2007, a família de Alyne Pimentel entrou com uma ação no Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da Organização das Nações Unidas (ONU). Em 2011, o Comitê emitiu uma condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado desde o surgimento das complicações.

O país tornou-se o primeiro a receber uma condenação em uma instância internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação dos direitos humanos das mulheres e do direito a uma maternidade segura (Brasil, 2024).

No ano de 2024, o governo federal lançou a Portaria nº 5.350, que instituiu o programa Rede Alyne em substituição à Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, por meio de ações efetivas de cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. O programa também busca diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027 (Brasil, 2024).

Segundo dados da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS) do Ministério da Saúde, o número de óbitos em 2024 entre mulheres pretas e pardas foi de 289 casos e, entre mulheres brancas, de 124 casos. A alta razão de mortes maternas evitáveis no Brasil atinge principalmente mulheres negras e pardas com idade entre 25 e 34 anos, baixa escolaridade e, consequentemente, menor renda (Brasil, 2025).

Entre o sagrado e o cuidado: terreiros na promoção da saúde coletiva

O acolhimento nos terreiros de religiões de matriz africana, como o candomblé e a umbanda, constitui um importante espaço de cuidado integral para as mulheres, articulando dimensões físicas, emocionais e espirituais.

Esses locais, historicamente marginalizados, funcionam como redes de apoio comunitário que oferecem práticas terapêuticas em sintonia com os princípios da saúde coletiva, especialmente no que se refere à integralidade, à equidade e à participação social (Brasil, 2013).

No terreiro, o cuidado físico se manifesta no uso de ervas medicinais, banhos terapêuticos e orientações sobre alimentação. O cuidado emocional é promovido por meio da escuta ativa, do aconselhamento e do fortalecimento de vínculos comunitários. O cuidado espiritual, por sua vez, se expressa em rituais de limpeza, oferendas e conexão com as divindades, favorecendo o equilíbrio existencial (Gomes *et al.*, 2008).

Enquanto espaço de acolhimento e pertencimento, o terreiro desenvolve um trabalho terapêutico essencial que transcende a visão biomédica, nem sempre capaz de compreender o ser humano em sua integralidade. Assim, o diálogo entre saberes tradicionais e saúde coletiva revela-se fundamental para a promoção de um cuidado que respeite as identidades, as culturas e as necessidades dessas mulheres.

A saúde coletiva, enquanto campo interdisciplinar, reconhece que os determinantes sociais da saúde ultrapassam o modelo biomédico. Nesse sentido, os terreiros se configuram como dispositivos estratégicos de saúde comunitária.

Eles promovem a autonomia, oferecendo às mulheres um espaço no qual suas subjetividades e tradições são valorizadas. Também fortalecem redes de apoio, alinhando-se à importância do apoio social na promoção da saúde, e atuam no combate às opressões, enfrentando o racismo religioso e a violência de gênero, fatores reconhecidos como determinantes do adoecimento, por meio da resistência cultural e do fortalecimento identitário (Oliveira, 2020).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Essas práticas dialogam diretamente com as diretrizes da PNSIPN (Brasil, 2017), que reconhece a influência do racismo e das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais do processo saúde-doença e estabelece, em seu inciso IV, a promoção e a valorização dos saberes e das práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana.

Assim, o reconhecimento institucional desses saberes fortalece o papel dos terreiros como espaços legítimos de cuidado, resistência e promoção da saúde, contribuindo para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente equitativo e culturalmente sensível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento nos terreiros representa uma estratégia de cuidado em saúde que integra saberes tradicionais e saúde coletiva, especialmente para mulheres negras e periféricas. A interseção entre esses conceitos evidencia a necessidade de políticas públicas que reconheçam esses espaços como equipamentos de saúde complementares ao SUS, respeitando suas especificidades culturais e religiosas.

Este texto apresentou uma discussão sobre a interseccionalidade entre raça, gênero e saúde, a partir da análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2009), da atuação da Rede Alyne (Brasil, 2024) e do papel dos terreiros como espaços de acolhimento e cuidado integral.

O texto não tem a pretensão de esgotar o assunto, e as autoras sugerem que sejam realizadas mais pesquisas e discussões a respeito das variáveis aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRAGA, A. C.; VASCONCELLOS, I. M.; BRAGA, T. C. V.; BARBOSA, C. M. M.; VIEIRA, A. B. C. Violência obstétrica no Brasil: cicatriz patente no sistema de saúde brasileiro. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 8, n. 2, e78445, 2025

Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/78445. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne**: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 14 jul. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório: 18 a 20 de agosto de 2004**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_nacional_saude_pop_negra.pdf. Acesso em: 4 ago. 2025.

CARVALHO, P. S. M. G. et al. Saúde da mulher negra: desafios e perspectivas na assistência à saúde. In: **Saúde da mulher**. 11. ed. [S. l.]: Editora Pasteur, 2023. cap. 14, p. 127-137. Disponível em: https://editorapasteur.com.br/publicacoes/capitulo/?codigo=2669. Acesso em: 14 jul. 2025.

CATOIA, C. de C.; SEVERI, F. C.; FIRMINO, I. F. C. Caso "Alyne Pimentel": violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e60361, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/CNfnySYtXWTYbsc987D8n5S/. Acesso em: 4 ago. 2025.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Guia de defesa popular da justiça reprodutiva**. Belo Horizonte: Coletivo Margarida Alves, 2020. Disponível em: https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/03/CARTILHA-Guia-deDefesa-Popular-da-Justi%C3%A7a-ReprodutivaWEB.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/. Acesso em: 29 jul. 2025.

DAVIS, A. **Mulheres, cultura e política**. São Paulo: Boitempo, 2017.

DIAS, J. M. G.; OLIVEIRA, A. P. S. de; CIPOLOTTI, R.; MONTEIRO, B. K. S. M.; PEREIRA, R. de O. Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150034. Acesso em: 3 ago. 2025.

FERREIRA, R. M.; SILVA, R. S. da; MENDES, M. F. M. de; MARTINS, J. R. Interseccionalidade como ferramenta analítica: um diálogo das autoras negras com o Grupo de Pesquisa Afetações do IFRS Campus Alvorada. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 10, supl. 2, 2024. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2025/01/RSR-16o-CIRU-volume-2-resumos-expandidos-1.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

GOMES, H. H. S.; DANTAS, I. C.; CATÃO, M. H. C. de V. Plantas medicinais: sua utilização nos terreiros de umbanda e candomblé na Zona Leste da cidade de Campina Grande (PB). **Revista de Biologia e Farmácia**, Campina Grande, v. 3, n. 1, p. 110-129, 2008. Disponível em: https://www.ccs.ufpb.br/nephf/contents/documentos/artigos/fitoterapia/plantas-medicinais-sua-utilizacao-nos-terreiros-de-umbanda-e-candomble-na-zona-leste-da-cidade-de-campina-grande-pb.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/. Acesso em: 2 jul. 2025.

OLIVEIRA, A. M. B. de. Mulheres de terreiro e patriarcado: uma proposta de reflexão. **Revista Calundu**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 19-38, jan./jun. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/32232. Acesso em: 10 ago. 2025.

RUFINO, L. **Pedagogia das encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/. Acesso em: 14 jul. 2025.

WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (org.). **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas; Criola; Global Exchange, 2000.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PLANEJAMENTO URBANO, ESGOTO PLUVIAL E VIGILÂNCIA COMUNITÁRIA: DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA CIDADES ANTIGAS DO RIO GRANDE DO SUL FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS

Vinícius Viana Gonçalves
Patricia da Costa Shibayama

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

As recentes catástrofes ambientais no Rio Grande do Sul, intensificadas pelas mudanças climáticas e pelo colapso da infraestrutura urbana, têm exposto as fragilidades históricas das cidades mais antigas do estado em relação ao esgoto pluvial. Municípios como Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande enfrentam sistematicamente enchentes, alagamentos e contaminações hídricas que impactam a saúde coletiva, a mobilidade urbana e a vida comunitária.

O problema se agrava pela herança de um urbanismo higienista do século XX, que priorizou a canalização e o escoamento rápido da água da chuva em detrimento de soluções sustentáveis (Instituto Trata Brasil, 2025, p. 23). Além disso, a insuficiência de manutenção e a sobreposição entre drenagem e esgoto sanitário ampliam os riscos de contaminação fecal, como demonstrado por Henriques (2021, p. 4), revelando uma ameaça direta à saúde pública.

Neste contexto, a vigilância comunitária emerge como ferramenta essencial para o monitoramento, a prevenção de riscos e a participação social no planejamento urbano.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios estruturais relacionados ao esgoto pluvial em cidades antigas do Rio Grande do Sul e discutir soluções sustentáveis que integrem planejamento urbano, vigilância comunitária e saúde pública. Busca-se:

Identificar as fragilidades da infraestrutura de drenagem urbana em contextos de mudanças climáticas;

Apontar os impactos sanitários e sociais da má gestão do esgoto pluvial;

Propor soluções sustentáveis baseadas na natureza (SBN), articuladas à participação comunitária e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem qualitativa, baseada em revisão bibliográfica e documental. Foram mobilizadas análises técnicas recentes sobre drenagem e manejo de águas pluviais urbanas (Instituto Trata Brasil, 2025, p. 25), além de um estudo empírico que investigou a contaminação fecal em sistemas de macrodrenagem em Campina Grande (Henriques, 2021, p. 6). Também foram considerados dados da Defesa Civil do Rio Grande do Sul (RS) e a legislação nacional, especialmente a Lei nº 11.445/2007.

A metodologia articula três eixos:

1. Diagnóstico estrutural e normativo da drenagem urbana;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2. Impactos sanitários documentados em contextos de falha estrutural;
3. Estratégias preventivas e comunitárias de enfrentamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise evidencia que grande parte das cidades brasileiras e, em especial, as mais antigas do Rio Grande do Sul, carece de planos diretores específicos de drenagem e manejo de águas pluviais. Segundo o Instituto Trata Brasil (2025), a ausência de planejamento integrado, aliada ao déficit de financiamento e à falta de pessoal técnico qualificado, compromete a resiliência urbana diante de chuvas intensas.

Henriques *et al.* (2021) demonstraram empiricamente que a sobreposição entre drenagem pluvial e esgoto sanitário resulta em severa contaminação das águas, com presença de *Escherichia coli* em mais de 90% das amostras analisadas em Campina Grande, por exemplo. Embora o estudo se refira a uma cidade do Nordeste, o cenário se repete em municípios gaúchos, onde enchentes recentes revelaram esgoto *in natura* circulando junto às águas pluviais, elevando o risco de surtos de doenças de veiculação hídrica.

As soluções convencionais, como a canalização rígida e a impermeabilização, mostram-se insuficientes e, paradoxalmente, contribuem para agravar os problemas de enchentes e contaminação (Instituto Trata Brasil, 2025). Diante disso, destacam-se as Soluções Baseadas na Natureza (SBN), como pavimentos permeáveis, jardins de chuva, telhados verdes, parques lineares e bacias de retenção.

Essas práticas, além de reduzirem o escoamento superficial, promovem a infiltração da água, a biodiversidade urbana e a criação de espaços de convivência comunitária.

Outro ponto central é a necessidade de engajamento comunitário na vigilância e no monitoramento dos riscos. A participação popular pode se expressar por meio de comitês de bacias hidrográficas, conselhos locais de saúde e iniciativas autônomas de monitoramento. Ao identificar entupimentos, pontos de alagamento ou extravasamento de esgoto, a comunidade contribui para a prevenção de riscos antes que se convertam em tragédias.

A experiência internacional aponta para a integração entre planejamento urbano e participação social como elemento-chave da resiliência. O modelo de *Sustainable Urban Drainage Systems* (SUDS), no Reino Unido, e as práticas de *Low Impact Development* (LID), nos Estados Unidos, reforçam a importância de soluções descentralizadas e comunitárias, que podem inspirar adaptações nos municípios gaúchos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emergências climáticas no Rio Grande do Sul escancaram a vulnerabilidade das cidades mais antigas diante de chuvas extremas. A negligência histórica com o esgoto pluvial não apenas agrava as enchentes, mas também expõe a população a graves riscos sanitários.

A superação desse cenário exige:

- A elaboração de planos diretores de drenagem urbana, articulados ao planejamento urbano e à política de saneamento;
- A adoção de soluções baseadas na natureza, capazes de reverter a lógica da impermeabilização total das cidades;
- A integração entre o poder público e as comunidades locais, fortalecendo a vigilância comunitária como eixo central do monitoramento e da prevenção de riscos;
- A articulação com o SUS, de modo que a gestão do esgoto pluvial seja tratada também como uma questão de saúde coletiva.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Portanto, a construção de cidades resilientes passa por um duplo movimento: modernizar a infraestrutura urbana com soluções sustentáveis e mobilizar a sociedade civil em processos participativos de vigilância e ação comunitária. Esse é o caminho para que as cidades do Rio Grande do Sul transformem sua herança urbana em um futuro de resiliência, equidade e saúde.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO TRATA BRASIL; GO ASSOCIADOS. **Estudo sobre drenagem e manejo de águas pluviais urbanas no Brasil**. São Paulo: Instituto Trata Brasil; GO Associados, 2025. 89 p. Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2025/04/Estudo-Estudo-sobre-o-setor-de-drenagem-e-manejo-de-aguas-pluviais-urbanas-no-Brasil.pdf. Acesso em: 27 jul. 2026.

HENRIQUES, J. A.; OLIVEIRA, R. de; COURA, M. de A.; LIBÂNIO, M.; BAPTISTA, M. B. Água de drenagem ou esgoto sanitário? Uma análise do sistema de macrodrenagem em cidade de médio porte na Região Nordeste. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 935-943, set./out. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-415220190223. Acesso em: 27 jul. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Defesa Civil. **Defesa Civil atualiza balanço das enchentes no RS**: 24/4. Porto Alegre, 24 abr. 2025. Disponível em: https://defesacivil.rs.gov.br/defesa-civil-atualiza-balanco-das-enchentes-no-rs-10-7-66b67813ba21f-66c4eed627af9-680aa31f76e02. Acesso em: 17 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DE DOENÇAS INFECCIOSAS APÓS EVENTOS CLIMÁTICOS

Ingrid Teixeira Favorato
Aline Ramos Velasco
Fernanda Rocha Gorgulho

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma doença infecciosa causada por bactérias do gênero *Leptospira*, sendo considerada uma doença negligenciada e subnotificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estimam-se cerca de 500 mil novos casos por ano em todo o mundo, com uma taxa de mortalidade que varia de 10% a 70% nos casos graves.

Já a dengue é uma infecção viral transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Essa doença representa um problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina. Devido às mudanças climáticas, como chuvas intensas, secas prolongadas, aumento da poluição e desastres naturais, essas doenças tornam-se cada vez mais frequentes.

OBJETIVO

Verificar o que a literatura aponta sobre as ações do enfermeiro na prevenção, no controle e no tratamento das doenças infecciosas mais prevalentes durante as enchentes no Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão simples, com artigos publicados em português e selecionados entre 2020 e 2025. Para a busca, foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores "leptospirose", "dengue", "enfermagem", "controle", "doenças infecciosas", "mudanças climáticas" e "Rio Grande do Sul", empregados isoladamente ou de forma combinada, por meio dos operadores booleanos AND e OR.

RESULTADOS

Uma pesquisa realizada em 2024, após as enchentes no Rio Grande do Sul, demonstrou que a leptospirose não representava uma ameaça de surto na região. Dos 485 pacientes testados para leptospirose, apenas 3,5% foram diagnosticados com a doença. Em contrapartida, dos 303 pacientes que realizaram o teste para dengue, 33,7% tiveram o diagnóstico confirmado.

No geral, 283 pacientes realizaram ambos os testes, dos quais 67,5% obtiveram resultados negativos para as duas doenças. Entretanto, foram confirmados casos de hantavírus, influenza A e HIV.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A pesquisa em questão destaca que o predomínio da dengue foi inesperado, uma vez que a inundação ocorreu durante o outono, época em que as temperaturas caem abaixo da faixa considerada ideal para a atividade do mosquito na Região Sul do país.

Isso demonstra o impacto das doenças sensíveis ao clima e os grandes desafios impostos pelas mudanças climáticas aos profissionais de saúde, que devem atuar desde a educação e a conscientização da comunidade até a adaptação dos protocolos de assistência para atender às necessidades emergentes dos indivíduos afetados por doenças relacionadas ao clima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem desempenha um papel crucial na prevenção, no controle e no tratamento das doenças infecciosas emergentes, dada sua posição na assistência e na prestação de cuidados à saúde, além de sua compreensão holística das interações entre a saúde e o ambiente.

Sua atuação envolve a identificação das populações vulneráveis e a realização de ações de educação em saúde, contribuindo para a redução da incidência dessas doenças e para a melhoria da saúde pública.

Referências

FERREIRA, J. E. de S. M.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P. Cuidados de enfermagem em tempos de mudanças climáticas: rumo a um futuro resiliente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eEDT013, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/cpwCbQxczKwfFqNg5NNhq4K/?lang=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Estudo de pesquisadores do GHC descobre que a maior parte dos casos com suspeita de leptospirose na enchente de 2024 era de outras doenças, especialmente dengue**. Porto Alegre: GHC, 14 ago. 2025. Disponível em: https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=36558. Acesso em: 17 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GESTAÇÃO E VULNERABILIDADE URBANA: INVESTIGANDO O IMPACTO DO ÍNDICE DE ADAPTAÇÃO URBANA SOBRE NASCIMENTOS PREMATUROS

Paula Engel Martini
Manuella Reffatti Ciocca
Estela Augusta Sanchez Cirne
Júlia Schmitz Moschen

INTRODUÇÃO

A duração da gestação é um indicador essencial para a saúde materno-infantil, fortemente associado aos desfechos neonatais, à morbimortalidade e ao desenvolvimento em longo prazo. Entre esses desfechos, destaca-se a prematuridade, definida como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação.

Fatores socioeconômicos e ambientais desempenham papel determinante nesse processo, influenciando tanto o início quanto a manutenção da gravidez a termo. Nesse contexto, o Índice de Adaptação Urbana (UAI) surge como uma medida capaz de refletir as condições de infraestrutura, mobilidade, habitação e acesso a serviços nas áreas urbanas.

A análise integrada entre a duração da gestação e o UAI pode fornecer evidências relevantes sobre como o contexto urbano interfere nos resultados obstétricos. Considerando as disparidades regionais presentes no Brasil, investigar essa relação em diferentes capitais pode contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas à equidade na saúde materno-infantil e ao aprimoramento das condições urbanas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico que analisou a relação entre a duração da gestação e o Índice de Adaptação Urbana (*Urban Adaptation Index*, UAI) nas capitais brasileiras, entre 2018 e 2023. Os dados de nascimentos foram obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SINASC/DATASUS), considerando a proporção de prematuros, com menos de 37 semanas, por município/região.

O UAI foi classificado segundo critérios oficiais, variando entre níveis de baixa e alta adaptação urbana. O embasamento teórico baseou-se em artigos localizados nas bases SciELO e PubMed.

OBJETIVO

Analisar a relação entre a duração da gestação e o Índice de Adaptação Urbana nas capitais brasileiras, no período entre 2018 e 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados referentes ao período de 2018 a 2023, observou-se uma proporção expressiva de nascimentos prematuros, ocorridos antes de 37 semanas de gestação, nas capitais analisadas. Quando esses dados

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

são confrontados com os respectivos valores do Índice de Adaptação Urbana (UAI), é possível compreender de forma mais ampla a realidade enfrentada por essas regiões e os efeitos combinados da vulnerabilidade urbana e climática sobre a saúde perinatal.

Municípios que apresentam baixa pontuação no UAI, como Recife (0,46), Aracaju e Boa Vista (0,54) e Natal (0,57), registraram proporções elevadas de partos prematuros. Destaca-se o município de Recife, com 1.885 nascimentos antes da 37ª semana de gestação, e Natal, que apresentou 1.252 casos, correspondendo a 12,7% do total de nascimentos no período. Em Boa Vista, foram contabilizados 1.077 partos prematuros (15%) e, em Aracaju, 773 ocorrências (10,6%).

Tais capitais enfrentam vulnerabilidades estruturais significativas, frequentemente agravadas por desastres naturais, como enchentes, deslizamentos e ondas de calor, além de limitações quanto à cobertura de saneamento básico, à moradia adequada e à insuficiente integração com políticas públicas voltadas à redução de riscos ambientais.

Por outro lado, capitais com elevada pontuação no UAI, como Curitiba e Belo Horizonte (0,98) e Porto Alegre (0,85), também apresentaram números expressivos de partos prematuros, com percentuais variados. Curitiba registrou 1.779 nascimentos prematuros (15,0%), Belo Horizonte totalizou 2.789 (10,9%) e Porto Alegre contabilizou 1.503 casos (11,5%).

Esses dados indicam que, embora uma elevada capacidade de adaptação urbana possa mitigar os impactos adversos das mudanças climáticas sobre a saúde materno-infantil, ela não é suficiente para eliminar totalmente os riscos, os quais permanecem influenciados por fatores socioeconômicos, estruturais e pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados não permite estabelecer uma relação causal direta ou central entre a vulnerabilidade urbana e climática e a ocorrência de nascimentos prematuros. Os resultados evidenciam a complexidade inerente ao fenômeno da prematuridade, que resiste a interpretações reducionistas e unidimensionais.

Trata-se de uma condição multifatorial, resultante da interação entre determinantes sociais, econômicos, assistenciais, ambientais, biológicos e comportamentais. Assim, a leitura crítica dos dados aqui apresentados deve ampliar a compreensão sobre os múltiplos contextos que envolvem o nascimento prematuro, reconhecendo não apenas os limites das abordagens quantitativas, mas também a necessidade de aprofundar investigações que considerem a natureza complexa e interdependente dos fatores implicados.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, J. E. de S. M.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P. Cuidados de enfermagem em tempos de mudanças climáticas: rumo a um futuro resiliente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eEDT013, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/cpwCbQxczKwfFqNg5NNhq4K/?lang=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

GUNZEL, G. *et al.* Estudo de pesquisadores do GHC descobre que a maior parte dos casos com suspeita de leptospirose na enchente de 2024 era de outras doenças, especialmente dengue. **Grupo Hospitalar Conceição**, Rio Grande do Sul, 2025. Disponível em: https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=36558. Acesso em: 17 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

DESASTRES NATURAIS E MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL - UMA ANÁLISE DE VULNERABILIDADES ACUMULADAS (2010-2022)

Paula Engel Martini
Sophia Vanz de Andrade Canabarro
Daniela Seibert Alves
Nathália Feiten Stecker

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um relevante indicador da qualidade da assistência à saúde e denuncia as fragilidades do sistema de saúde no Brasil. Apesar dos diferentes avanços alcançados pela saúde brasileira nas últimas décadas, o país ainda encontra dificuldades para reduzir o número de óbitos maternos.

Paralelamente, o Brasil é cada vez mais afetado por desastres naturais. Cabe destacar, como exemplo, as enchentes que assolaram o estado do Rio Grande do Sul em 2024. Gestantes e puérperas em situações de vulnerabilidade social já enfrentam barreiras estruturais no pré-natal e no parto. Tais barreiras são potencializadas pelos desastres, que frequentemente comprometem ou interrompem o acesso das usuárias ao Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, é essencial compreender de que forma os desastres naturais se relacionam com a mortalidade materna no Brasil, considerando as desigualdades regionais e as vulnerabilidades acumuladas ao longo do tempo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa e enfoque observacional. Os dados acerca da mortalidade materna foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados relacionados aos desastres naturais foram obtidos no Atlas Digital de Desastres Naturais do Brasil, compreendendo o período de 2010 a 2022, incluindo óbitos, pessoas afetadas, pessoas desalojadas e desabrigadas e prejuízos econômicos, organizados por unidade federativa para comparação entre os estados.

Para o suporte teórico e a contextualização dos resultados, foi conduzida uma busca de artigos e demais documentos na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), considerando publicações relacionadas à mortalidade materna e aos impactos dos desastres naturais.

OBJETIVO

Analisar a relação entre desastres naturais e a mortalidade materna no Brasil no período de 2010 a 2023, buscando compreender como a ocorrência de eventos climáticos extremos impacta a saúde de gestantes e puérperas, bem como as vulnerabilidades acumuladas em diferentes regiões do país.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2010 e 2022, o Brasil registrou 23.062 óbitos maternos, com marcadas disparidades regionais. A análise geográfica desses dados, quando cruzada com as informações do Atlas Digital de Desastres Naturais, sugere possíveis intersecções entre as vulnerabilidades ambientais e a saúde reprodutiva.

Embora não seja possível estabelecer uma relação de causalidade direta entre eventos climáticos extremos e o aumento da mortalidade materna, observam-se padrões preocupantes de sobreposição entre áreas com altos índices de óbitos maternos e aquelas severamente impactadas por desastres naturais.

Na Bahia, por exemplo, foram registrados 1.830 óbitos maternos no período, além de 206 mortes relacionadas a desastres, mais de 2,9 milhões de pessoas afetadas e prejuízos superiores a R$ 46 bilhões. Situações semelhantes foram observadas em Minas Gerais, com 1.633 óbitos maternos e R$ 71 bilhões em perdas, e no Rio de Janeiro, que apresentou o segundo maior número de mortes maternas do país, com 2.283 casos, além de mais de 1.800 óbitos por desastres naturais e prejuízos de R$ 20,9 bilhões.

Nos estados das regiões Norte e Nordeste, como Pará, Pernambuco, Ceará e Maranhão, há uma combinação de elevada mortalidade materna com indicadores significativos de populações atingidas por enchentes, secas e deslizamentos. O Pará, por exemplo, contabilizou 1.447 óbitos maternos e quase dois milhões de pessoas afetadas por eventos extremos, com perdas superiores a R$ 15 bilhões.

Tais territórios enfrentam desafios estruturais históricos, incluindo a escassez de leitos obstétricos, a baixa cobertura de assistência pré-natal e limitações logísticas para o transporte de gestantes, especialmente em áreas remotas ou de risco. Esses fatores, quando associados a contextos de emergência ambiental, tendem a agravar ainda mais os obstáculos ao acesso a um cuidado obstétrico seguro e oportuno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise evidencia que, em contextos de emergência ambiental, a vulnerabilidade das gestantes é amplificada. As situações de crise impactam diretamente a continuidade e a qualidade da assistência pré-natal, o acesso oportuno ao parto seguro e a atuação dos serviços de urgência obstétrica.

Em muitas localidades, a infraestrutura de saúde, já fragilizada, sofre colapsos adicionais durante enchentes, deslizamentos ou períodos de seca prolongada, limitando o funcionamento das unidades de saúde, dificultando o deslocamento de profissionais e pacientes e reduzindo o estoque de insumos essenciais.

Nesse cenário, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se ainda mais central, por ser, frequentemente, o único responsável por garantir a assistência em regiões atingidas por eventos extremos. No entanto, sua capacidade de resposta ainda é heterogênea, variando conforme a presença de protocolos de emergência, a integração com a Defesa Civil e o preparo das equipes locais.

A ausência de políticas públicas específicas que integrem a saúde materna e a gestão de riscos ambientais representa um obstáculo à redução da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional. **Atlas Digital de Desastres no Brasil**: atlas digital interativo de desastres naturais do Brasil. [S. l.]: Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional, [s. d.]. Disponível em: https://atlasdigital.mdr.gov.br/paginas/mapa-interativo.xhtml. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**: óbitos maternos por Unidade da Federação [base de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

dados]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def. Acesso em: 8 ago. 2025.

FRANCHI, J. V. de O.; PELLOSO, S. M.; FERRARI, R. A. P.; CARDELLI, A. A. M. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3292, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPbnFcmHR8qWRjyYbypzktK/. Acesso em: 8 ago. 2025.

GONÇALVES, M. F.; TEIXEIRA, É. M. B.; SILVA, M. A. dos S.; CORSI, N. M.; FERRARI, R. A. P.; PELLOSO, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e0063, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063. Acesso em: 8 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RÁDIO TRAVESSIA – A RÁDIO FLUTUANTE EPISÓDIO 4: E AS ILHAS?

Gabriela Brasil Severgnini
Jorge Marcos Mazarem Izaguirre
Rosemar Silva da Silva
Márcia Fernanda de Mello Mendes

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, o Rio Grande do Sul enfrentou uma das maiores tragédias climáticas de sua história recente. Chuvas intensas e ventos fortes provocaram alagamentos, deslizamentos e enchentes que atingiram 471 municípios, resultando em mais de 180 mortes e no deslocamento de milhares de pessoas.

A catástrofe evidenciou a fragilidade da infraestrutura, a vulnerabilidade das populações ribeirinhas e periféricas e a ausência de políticas públicas eficazes de prevenção. Nesse contexto, a disseminação de informações falsas nas redes sociais agravou a crise, comprometendo ações de socorro, gerando pânico e dificultando a comunicação entre órgãos oficiais e a população.

Diante desse cenário, em 12 de maio, poucos dias após o início da tragédia, surgiu a Rádio Travessia, a Rádio Flutuante, projeto de comunicação popular criado por professores, estudantes e profissionais das áreas da saúde, da comunicação e da educação. Estruturada em formato de *podcast*, a iniciativa tem como principais objetivos o enfrentamento da desinformação, a promoção da educação climática e o registro da memória coletiva da tragédia.

Com versões em Libras, a Rádio assegura a acessibilidade às comunidades surdas, reforçando o compromisso com uma comunicação ampla e inclusiva. Sua produção busca oferecer conteúdos confiáveis, elaborados com base em fontes científicas, em linguagem clara e próxima da realidade das populações atingidas.

Entre os temas abordados, estão a prevenção de doenças, os impactos socioambientais, as estratégias de gestão de crises e as políticas públicas relacionadas à adaptação climática. Mais do que responder às necessidades imediatas do período das enchentes, a Rádio procura preservar a memória coletiva do desastre, valorizando as narrativas e as experiências dos moradores das áreas afetadas.

METODOLOGIA

Por meio de uma metodologia participativa, relatamos aqui parte do episódio 4, que abordou a situação das ilhas de Porto Alegre e contou com a participação da bibliotecária e liderança comunitária Francine Conde, moradora da Ilha da Pintada e integrante do coletivo Colaí Movimento de Cultura, que atua junto à juventude local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relato de Francine Conde evidenciou a cosmovisão particular das populações ribeirinhas, marcadas por forte pertencimento territorial, além das dificuldades enfrentadas diante da destruição provocada pelas

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

enchentes. As comunidades do Bairro Arquipélago foram as primeiras a serem atingidas em Porto Alegre, mas, segundo relatos, permanecem invisibilizadas pelo poder público e pela mídia.

Enquanto bairros centrais e nobres da capital receberam ampla cobertura jornalística e rápida mobilização de recursos, as ilhas seguem, meses depois, com infraestrutura precária, escolas em risco de desmoronamento, postos de saúde improvisados e famílias vivendo em condições insalubres.

A percepção de abandono é agravada pela lentidão no recolhimento de resíduos, pela falta de equipamentos de proteção adequados no processo de limpeza e pelo avanço da erosão nas margens, que ameaça a própria existência física das ilhas.

O relato da convidada também revelou uma dimensão subjetiva e cultural das perdas. Para os moradores, a ilha não é apenas um território de moradia, mas parte constitutiva da identidade individual e coletiva: "somos todos um pouco ilha e a ilha é um pouco a gente".

Nesse sentido, a enchente não destruiu apenas casas e bens materiais, mas desestabilizou modos de vida, tradições e formas de organização comunitária. A saída forçada do território foi vivida como um luto, uma ruptura simbólica comparável à perda de um familiar próximo.

Os episódios demonstram que as enchentes não podem ser tratadas como eventos isolados ou meramente naturais. São processos sociais e políticos que envolvem escolhas urbanísticas, desmatamento, ausência de políticas de prevenção e negligência histórica do poder público.

A fala dos entrevistados ressalta que tais desastres possuem "nome, sobrenome e ideologia", indicando a necessidade de responsabilização e de construção de alternativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afirmando seu compromisso com o fortalecimento do controle social, a Rádio Travessia propõe-se a construir um espaço de diálogo, aprendizado e mobilização em momentos de crise. Ao documentar a memória social do desastre e abrir espaço para que as próprias comunidades se reconheçam como sujeitos de fala, a Rádio contribui para a reivindicação de dignidade e justiça ambiental.

O projeto fortalece ainda a aproximação entre universidades, coletivos culturais e lideranças locais. Ao reunir especialistas, pesquisadores e moradores no processo de produção, a Rádio não apenas informa, mas também fomenta a mobilização social e a incidência política.

Assim, ao unir ciência, cultura e vivências locais, a Rádio Travessia constrói um espaço de diálogo e resistência, reafirmando que o direito à informação, à memória e à dignidade é parte fundamental da reconstrução social diante de desastres climáticos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES REALIZADAS ATRAVÉS DA SUSTENTABILIDADE PLANETÁRIA NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Michele dos Santos Rodrigues Cotrim
Aline Ramos Velasco

INTRODUÇÃO

O Relatório Brundtland, publicado em 1987 pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), também conhecido como "Nosso Futuro Comum", define sustentabilidade como a capacidade de atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atender às próprias necessidades.

Durante muito tempo, os hospitais e os sistemas de saúde concentraram-se apenas na cura e na reabilitação dos pacientes. Essas instituições começaram a se preocupar e a compreender, tardiamente, seu papel como agentes consumidores de recursos naturais e geradores de resíduos perigosos.

Nesse contexto, surgiram grandes desafios ambientais, como o consumo excessivo de água e energia, o descarte de resíduos críticos e o uso intensivo de materiais descartáveis. Portanto, pensar em sustentabilidade no ambiente hospitalar tornou-se uma exigência ambiental, social e ética, relacionada também à valorização dos profissionais de enfermagem, que atuam diretamente na segurança do paciente e produzem impactos positivos na comunidade.

OBJETIVO

Realizar uma revisão integrativa para avaliar a importância do papel do enfermeiro e sua colaboração na identificação dos avanços e desafios relacionados à implementação da sustentabilidade no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE.

Para o levantamento dos artigos, foram associados os descritores "enfermagem", "sustentabilidade" e "Sistema Único de Saúde", com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. Como critérios de inclusão, foram consideradas publicações acerca da temática proposta, disponíveis na íntegra, publicadas entre 2020 e 2025 e em português. Como critérios de exclusão, consideraram-se as publicações indisponíveis para leitura e aquelas apresentadas em duplicidade. Por fim, foram selecionados sete artigos para discussão.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na quinta fase da pesquisa, foi possível definir as seguintes categorias temáticas: Enfermagem e Sustentabilidade e Sistema Único de Saúde e Sustentabilidade.

Os estudos evidenciaram que os enfermeiros se destacaram na gestão da sustentabilidade hospitalar, com a implementação de protocolos, o monitoramento do consumo de água e energia, a otimização de materiais e equipamentos e a realização de capacitações para o descarte adequado dos resíduos.

A categoria Sistema Único de Saúde e Sustentabilidade foi apresentada por meio de seus princípios norteadores, a saber, universalidade, equidade e integralidade, compreendidos como orientadores da sustentabilidade planetária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, os estudos apontam que o enfermeiro possui a importante atribuição de promover a sustentabilidade planetária no ambiente hospitalar, implementando práticas voltadas à redução do impacto ambiental, ao uso adequado dos recursos e ao fortalecimento da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

DANTAS, H. L. de L.; COSTA, C. R. B.; COSTA, L. de M. C.; LÚCIO, I. M. L.; COMASSETTO, I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien**: Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 12, n. 37, p. 334-345, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345. Acesso em: 20 dez. 2025.

FERREIRA, M. J. C. **Enfermagem e o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no contexto hospitalar**: o desenvolvimento de uma matriz teórica. 2023. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

KANNO, N. de P.; PEDUZZI, M.; GERMANI, A. C. C. G.; SOÁREZ, P. C. de; SILVA, A. T. C. da. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00213322, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322. Acesso em: 20 dez. 2025.

MORAES FILHO, I. M. de; TAVARES, G. G. Enfermagem atual e futura na promoção da saúde planetária: atuação para o desenvolvimento sustentável. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 33, e20230415, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0415pt. Acesso em: 20 dez. 2025.

MORAIS, T. C. A. de; ALBUQUERQUE, A. Ensaio sobre a análise bioética do mecanismo da perspectiva do paciente da Conitec sob a ótica do referencial dos direitos humanos do paciente. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 117-124, 2024. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/41425. Acesso em: 20 dez. 2025.

SOÁREZ, P. C. de. Avaliação de tecnologias em saúde: informada pela ciência ou a serviço da política? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, art. 64, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2021055003234. Acesso em: 20 dez. 2025.

WHITMEE, S. et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. **The Lancet**, London, v. 386, n. 10007, p. 1973-2028, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1. Acesso em: 20 dez. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAMENTO AO SURTO DE DENGUE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Von der Heyde de Oliveira
Simone Valvassori

INTRODUÇÃO

A dengue é uma arbovirose transmitida pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, que se apresenta em quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). Porto Alegre enfrentou epidemias dessa arbovirose nos anos de 2022, 2023 e 2024, com mais de 5.000 casos confirmados da doença em cada ano.

Em março de 2025, Porto Alegre preparava-se para a quarta epidemia, declarando emergência em saúde pública devido ao cenário epidemiológico observado, em razão do aumento exponencial dos casos confirmados de dengue. Nesse momento, a Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) organizou um serviço de apoio e retaguarda às unidades vinculadas ao GHC, a fim de proporcionar suporte para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados de dengue que necessitavam desse auxílio.

Assim, em 31 de março de 2025, foram iniciadas as atividades na tenda de hidratação endovenosa (EV) e de coleta dos exames NS1 e IgM para dengue na Unidade de Saúde (US) Coinma. Em 9 de abril de 2025, iniciou-se a coleta de exames de hematimetria nas 12 unidades de saúde da GAPS.

OBJETIVO

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar a experiência exitosa de manejo da emergência de saúde pública pela Atenção Primária à Saúde (APS), diante do grande número de casos suspeitos e confirmados de dengue em 2025.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado nas vivências das autoras durante o período citado, com a organização dos fatos, a descrição dos processos e a posterior análise dos dados coletados nos atendimentos relacionados à dengue entre março e maio de 2025.

A reflexão sobre os resultados dos processos de trabalho para o enfrentamento da emergência de saúde pública foi realizada por meio da análise crítica das experiências vivenciadas pelas autoras, em conjunto com os dados numéricos apresentados.

DISCUSSÃO

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Conforme as orientações do manual de manejo clínico da dengue do Ministério da Saúde (MS), foram organizados o cuidado e a classificação de risco. Os pacientes dos grupos A e B foram atendidos na APS. Já os pacientes dos grupos C e D tinham prioridade no atendimento, com o acionamento da rede de urgência, quando necessário, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacir Scliar funcionou como retaguarda para esses casos nas 12 unidades da GAPS/GHC.

Cabe lembrar que a clínica é soberana. A avaliação e a escuta qualificada são capazes de identificar sinais de alarme. Por isso, o atendimento era iniciado imediatamente, antes que o quadro clínico do paciente evoluísse para uma condição de maior gravidade, sendo realizados cuidados primordiais, como a hidratação.

A unidade de origem priorizava os casos de pacientes com sintomas de dengue, a fim de agilizar o atendimento e o encaminhamento à tenda de hidratação. Em caso de dificuldades de locomoção por meios próprios, a unidade acionava, de forma ágil, o transporte por ambulância via GHC.

A GAPS contou com reserva técnica de horários para o transporte em ambulância dos pacientes que necessitassem ser removidos das unidades de saúde do GHC para as UPA. Foi instalada uma tenda de hidratação endovenosa na US Coinma, com horário de funcionamento das 8h às 17h, entre o fim de março e o início de junho de 2025.

O paciente, sempre que possível, recebia o atendimento na unidade de origem. Os encaminhamentos para a tenda de hidratação eram realizados somente quando não havia capacidade instalada na unidade de origem. Quando algum paciente permanecia em hidratação endovenosa após o encerramento do horário de funcionamento da unidade ou da tenda, era realizada sua regulação, via SAMU ou ambulância do GHC, pelo Fluxo TRA 30, para a UPA Moacir Scliar.

Os recursos humanos para o atendimento na tenda foram organizados por meio de uma escala extra da equipe de enfermagem, com investimento financeiro do GHC. A equipe de enfermagem executava as prescrições de terapia endovenosa destinadas aos usuários da rede GHC e coletava exames específicos para dengue (NS1 e IgM), que eram processados no laboratório da rede municipal.

A equipe médica era composta pelo médico escalado na equipe da US Coinma para o atendimento e a retaguarda à demanda espontânea da própria unidade. Esse profissional não atendia à agenda programada nem realizava consultas agendadas, permanecendo disponível como retaguarda para a equipe da US Coinma e para a tenda de hidratação.

A gerência esteve presente de diversas formas, principalmente buscando atender às necessidades das equipes, apoiando e disponibilizando materiais e recursos humanos e logísticos, para que os colaboradores e os usuários recebessem um atendimento adequado, com o menor desgaste e risco possível.

Contamos com o apoio e a cooperação de vários setores do GHC, como transporte, engenharia, comunicação social, UPA Moacir Scliar, almoxarifado, manutenção, responsável pela confecção de apoios de braço e suportes de soro, laboratório e logística, além, é claro, do trabalho integrado entre o GHC e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

RESULTADOS

Entre o fim de março e o início de abril, nas 12 unidades de saúde e na tenda de hidratação, foram realizados 6.391 atendimentos, nos quais foram registrados códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) relacionados à dengue.

Também foram realizadas 1.277 hidratações endovenosas. O registro das hidratações EV iniciou-se em 16 de abril de 2025, após o ajuste dos fluxos de trabalho. A análise dos números permite identificar que, a partir desse período, aproximadamente 29% dos pacientes necessitaram de hidratação.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidenciou a importância da organização intersetorial e do suporte em rede para o manejo adequado da dengue em um cenário epidêmico, contribuindo para a qualificação da assistência e para a redução dos riscos aos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Plano de contingência nacional para dengue, chikungunya e Zika**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

PORTO ALEGRE (RS). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de contingência**: dengue, Zika e chikungunya. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2025. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/onde-esta-o-aedes/Plano%20Municipal%20de%20Conting%C3%AAncia%20Arboviroses%202025.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ORGANIZAÇÃO DO ABRIGO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PELOTAS DURANTE ENXURRADAS DE MAIO/2024

Bruna Abbud da Silva
Lilian Tavares
Mariana Borges
Mariana Vargas

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, fortes chuvas no Rio Grande do Sul provocaram enchentes que atingiram diversas regiões, incluindo Pelotas. As inundações deixaram muitas famílias desabrigadas, especialmente aquelas com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras deficiências.

Nesse contexto, a Prefeitura de Pelotas implementou um abrigo especializado, visando preservar as rotinas e assegurar o acesso aos serviços de saúde e reabilitação. O abrigo funcionou em duas fases, inicialmente, com mais de 80 pessoas, e, posteriormente, com cerca de 50.

OBJETIVOS

Garantir a continuidade dos cuidados de saúde e reabilitação destinados às crianças com TEA e outras deficiências durante a situação de emergência;

Proporcionar um ambiente adaptado, com recursos sensoriais e suporte especializado, que minimizasse os impactos da mudança de rotina e do deslocamento forçado;

Assegurar a acessibilidade física e o atendimento às necessidades específicas das famílias afetadas.

METODOLOGIA

A ação foi conduzida pela Prefeitura de Pelotas, em parceria com profissionais de saúde e com o apoio da comunidade acadêmica. O processo incluiu:

- Seleção do local: o primeiro abrigo foi escolhido por oferecer acessibilidade, banheiros adaptados e quartos separados, com capacidade para mais de 80 pessoas;
- Implantação de recursos especializados: criação de uma sala sensorial para reduzir estímulos excessivos e auxiliar no controle de crises;
- Atividades estruturadas: organização de atividades lúdicas e rotinas para a manutenção do bem-estar das crianças;
- Transição de espaço: com a diminuição da demanda, as famílias foram transferidas para uma segunda sede, adequada para cerca de 50 pessoas;
- Equipe de apoio: participação de estudantes e profissionais de saúde para a realização de atendimento contínuo, orientações e suporte às famílias.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O abrigo desempenhou um papel fundamental na preservação das rotinas das crianças com TEA, garantindo o acesso a cuidados essenciais mesmo durante a crise. A sala sensorial e as atividades adaptadas contribuíram para reduzir o estresse e melhorar a adaptação das crianças.

Entretanto, desafios importantes foram identificados, entre eles, a convivência em ambiente coletivo, que gerou altos níveis de estresse e tensão entre as famílias; os relatos de desconforto relacionados à alimentação, à falta de privacidade e à adaptação forçada a novas rotinas; e a percepção de que os serviços oferecidos eram temporários, sem continuidade assegurada após o encerramento da situação emergencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidenciou que respostas rápidas e coordenadas são essenciais para proteger populações vulneráveis em situações de desastre. A criação de um abrigo especializado, com espaços sensoriais e apoio multiprofissional, mostrou-se estratégica para a preservação do bem-estar das crianças com TEA e outras deficiências.

A articulação entre a Prefeitura, as universidades e a sociedade civil foi decisiva para o sucesso da iniciativa. Como lição aprendida, destaca-se a necessidade de:

- Investir em infraestrutura e recursos permanentes para o atendimento especializado;
- Capacitar continuamente os profissionais para a atuação com populações vulneráveis;
- Incluir, nos planos de contingência, ações específicas para pessoas com deficiência, garantindo não apenas o atendimento emergencial, mas também a continuidade do cuidado no período posterior à crise.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM ABRIGO PÚBLICO EM PELOTAS (RS)

Ingrid Miriam Oliveira
Bruna Abbud da Silva

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as mudanças climáticas têm provocado impactos cada vez mais intensos na saúde, na economia e no ambiente. O Rio Grande do Sul viveu, entre abril e maio de 2024, a pior enchente de sua história, que afetou milhões de pessoas: cerca de 2,1 milhões foram impactadas, 650 mil ficaram desalojadas e 71.500 precisaram de abrigos públicos. Projeções indicam que, até 2040, a Região Sul deve enfrentar chuvas ainda mais intensas, reforçando a urgência de preparar serviços e políticas de saúde para eventos extremos (Brasil, 2015).

Esses desastres atingem de forma desproporcional as populações vulneráveis, ampliando os riscos de perda de renda, insegurança alimentar e doenças infecciosas, como a leptospirose (Queiroz *et al.*, 2022). Estimativas globais sugerem que deslocamentos em massa decorrentes de cheias tendem a se tornar cada vez mais frequentes (Rowling, 2019), tornando a criação de abrigos e a organização de serviços de saúde uma demanda crescente. Ainda assim, há escassez de registros práticos sobre como estruturar esses serviços, o que dificulta a capacitação e a resposta dos profissionais de saúde.

Foi nesse contexto que o campus da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi transformado em abrigo público para cerca de 200 pessoas. Este relato busca compartilhar a experiência de uma equipe multidisciplinar na implantação de um serviço de saúde no local, destacando desafios, estratégias e aprendizados que possam inspirar ações semelhantes no futuro.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado na atuação das equipes de saúde durante o funcionamento do abrigo instalado de 7 a 31 de maio de 2024 no ginásio do campus da Escola Superior de Educação Física da UFPel, na cidade de Pelotas. O local acolheu aproximadamente 56 famílias, correspondentes a cerca de 200 pessoas em situação de vulnerabilidade, majoritariamente oriundas dos bairros Navegantes e Laranjal, bem como de outras áreas de risco do município (Carvalho, 2024).

A assistência foi realizada por equipes multidisciplinares formadas por alunos e docentes voluntários da UFPel e da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), abrangendo as áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e odontologia. O atendimento médico contou com residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC).

Os dados aqui relatados são fruto da observação das equipes, de registros do acervo pessoal da autora principal e da interação contínua com as pessoas abrigadas durante o período de funcionamento do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A chegada súbita de dezenas de pessoas ao abrigo exigiu respostas rápidas para a identificação das necessidades em saúde e o registro das pessoas abrigadas. A solução inicial foi utilizar um formulário criado no

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Google Forms, o que permitiu triagens ágeis e o envio automático dos dados para planilhas *online*.

Posteriormente, adotou-se o uso exclusivo do prontuário e-SUS, por meio de um *notebook* doado pela universidade, que ficou localizado na sala de apoio médico. A equipe acredita que a integração precoce do e-SUS por meio de *smartphones* poderia ter otimizado o processo desde o início e facilitado a continuidade do cuidado.

Para coordenar o voluntariado, foram utilizadas planilhas compartilhadas, nas quais os voluntários colocavam seus nomes conforme sua disponibilidade e o número de vagas, evitando tanto o excesso quanto a falta de profissionais. A comunicação entre os voluntários foi realizada por meio de grupos de WhatsApp organizados por setores, além de um grupo restrito aos líderes de cada setor do abrigo, o que possibilitou respostas rápidas às demandas e melhor articulação das equipes.

A diversidade de condições crônicas, como insuficiência renal em diálise, câncer, HIV e tuberculose, entre outras, destacou a importância de fluxos definidos. Na ausência de protocolos prontos para o contexto do abrigo, a equipe desenvolveu um sistema de teleconsultoria com especialistas para orientar condutas específicas, o que foi crucial para a tomada de decisões clínicas complexas.

Pacientes em diálise ou em tratamento oncológico receberam monitorização e foram encaminhados conforme a necessidade, e os casos de tuberculose ativa foram transferidos para unidades hospitalares por razões de controle de infecção e isolamento (Ministério da Saúde, 2019).

Limitações estruturais do abrigo, como a ausência de maca ginecológica ou de refrigeração para vacinas, foram contornadas por meio do encaminhamento das pessoas abrigadas à Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, o que foi possível graças à proximidade da unidade e à sua localização em uma área protegida das enchentes.

Foram identificadas altas taxas de pediculose e escabiose, especialmente entre as crianças. A triagem de sintomas no momento da admissão e o tratamento no mesmo dia, combinados à distribuição de pentes finos e às operações de lavanderia para a higienização das roupas e das roupas de cama, reduziram rapidamente a transmissão. A estratégia incluiu o tratamento por núcleo familiar, quando necessário, e a aplicação de um protocolo desenvolvido pelo Departamento de Dermatologia da UCPel.

A perda de moradia e a incerteza sobre o futuro geraram sofrimento psicológico intenso entre muitas das pessoas abrigadas. A intervenção psicológica foi central para o acolhimento e o manejo de crises de ansiedade e sintomas depressivos.

Foram utilizados protocolos predefinidos para o manejo da saúde mental em contextos de trauma (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024), evitando o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e privilegiando técnicas não farmacológicas e grupos de escuta que promoveram a formação de vínculos e a expressão coletiva. Casos de psicose aguda ou abstinência demandaram avaliação médica diária e encaminhamentos ao serviço hospitalar de referência, quando necessários.

A integração da universidade, tanto como espaço físico quanto como mobilizadora de saberes, foi essencial para o sucesso das ações. A participação dos estudantes ampliou a capacidade de resposta e, ao mesmo tempo, exigiu a superação de práticas centradas no modelo hospitalar, em favor de um cuidado que valorizasse a autonomia das pessoas abrigadas e a convivência comunitária.

O treinamento ágil dos voluntários, aliado às reuniões diárias entre as lideranças dos voluntários e das pessoas abrigadas, garantiu ajustes constantes nas práticas assistenciais e maior sintonia com as necessidades reais do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência no abrigo de Pelotas mostrou que, mesmo em meio a dificuldades e com recursos limitados, foi possível organizar um serviço de saúde multidisciplinar, com triagem rápida, cuidado às pessoas

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

com doenças crônicas e infecciosas, controle de surtos e apoio em saúde mental. A cooperação entre o município, a universidade e o voluntariado foram decisivos para sustentar as ações.

Entre os principais aprendizados, estão a necessidade de protocolos específicos para abrigos, o uso precoce de sistemas de informação para dar continuidade ao cuidado e a capacitação de profissionais para atuar em emergências climáticas e em cenários adversos. Apesar das limitações, como a ausência de análise quantitativa formal, a experiência documentada oferece caminhos replicáveis em situações semelhantes e pode inspirar diretrizes para futuras respostas a desastres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Brasil 2040: cenários e alternativas de adaptação à mudança do clima**. Brasília, DF: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2015. Disponível em: https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Brasil_2040.pdf. Acesso em: 16 mar. 2025.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. de V. da C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e141ED, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-28982024141EDP. Acesso em: 17 mar. 2025.

G1 RS; RBS TV; TV GLOBO. **Cheias no RS afetaram mais de 3 mil estabelecimentos de saúde, afirma Fiocruz**. G1, Rio Grande do Sul, 22 maio 2024. Disponível em: https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/05/22/cheias-no-rs-afetaram-mais-de-3-mil-estabelecimentos-de-saude-afirma-fiocruz.ghtml. Acesso em: 16 mar. 2025.

PODER360. **Enchentes no RS causaram prejuízo de R$ 87 bilhões, diz BID**. Poder360, 23 set. 2024. Disponível em: https://www.poder360.com.br/brasil/enchentes-no-rs-causaram-prejuizo-de-r-87-bilhoes-diz-bid/. Acesso em: 17 mar. 2025.

QUEIROZ, S. J.; OLIVEIRA, R. de M.; OLIVEIRA, V. C. de; SILVA, R. A. R. da; SILVA, A. L. A. e. Ações de ajuda humanitária aos profissionais de enfermagem atingidos pela enchente no sul da Bahia. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 15, e2024160, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-2024160. Acesso em: 17 mar. 2025.

ROWLING, M. **Flooding is predicted to displace 50 million people a year by 2100**: what's being done? World Economic Forum, 2019. Disponível em: https://www.weforum.org/stories/2019/12/floods-climate-change-risk-migration/. Acesso em: 3 jan. 2022.

CARVALHO, M. **Abrigo de Pelotas é referência em acolhimento e integração**. Prefeitura Municipal de Pelotas, Pelotas, 15 maio 2024. Disponível em: https://www.pelotas.com.br/noticia/abrigo-de-pelotas-e-referencia-em-acolhimento-e-integracao. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 19 mar. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **TelePSI**: fluxogramas de crise. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/saudemental/wp-content/uploads/2024/05/telepsi_desastres-guia-completo.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

LEPTOSPIROSE EM GESTANTES NO BRASIL: IMPACTO DE EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS ENTRE 2020 E 2024

Isadora Grings Pereira
Julia Zagoury Carafini
Victória Biscaglia Neves
Laura Maria Plocharski Pedroso Brock

INTRODUÇÃO

A leptospirose é uma zoonose bacteriana causada por *Leptospira* spp., transmitida principalmente pelo contato com água, solo ou alimentos contaminados pela urina de animais, especialmente roedores. Chuvas intensas e enchentes aumentam o risco de exposição, e as mudanças climáticas podem elevar tanto a frequência quanto a magnitude dos surtos.

A apresentação clínica varia desde quadros de febre leve e autolimitada até formas graves, acompanhadas de insuficiência renal, insuficiência hepática, hemorragia pulmonar e disfunção multiorgânica. Em gestantes, a doença pode resultar em aborto, natimortalidade ou infecção congênita.

O risco de desfechos adversos é maior no segundo trimestre, e os sinais e sintomas da leptospirose podem se confundir com condições específicas da gestação, como a pré-eclâmpsia e a síndrome HELLP. O diagnóstico precoce e a terapia antibiótica adequada são essenciais para reduzir as complicações maternas e fetais.

OBJETIVO

Analisar a correlação entre as taxas de eventos climáticos e a incidência de leptospirose em gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SINAN/DATASUS) sobre casos de leptospirose em gestantes no Brasil, entre 2020 e 2024.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas disponíveis. A relação com eventos climáticos, como enchentes, foi observada a partir da distribuição temporal e espacial dos casos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. A análise foi embasada em artigos localizados na base PubMed.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período analisado, observou-se variação no número de casos de leptospirose em gestantes no Brasil. Em 2020, foram registrados 1.833 casos, com destaque para a Região Sudeste, que concentrou 665

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

casos, correspondentes a 36,3% do total nacional. Em 2021, houve 1.744 casos confirmados, sendo a Região Sul responsável pelo maior número de notificações, com 543 casos (31,1%).

Em 2022, registrou-se um aumento expressivo, totalizando 3.343 casos no país, com a Região Sul novamente em destaque, somando 1.229 casos (36,8%). Em 2023, o número de notificações cresceu ainda mais, atingindo 4.090 casos, dos quais 2.025 (49,5%) ocorreram na Região Sul.

Já em 2024, houve uma leve redução no número de casos em nível nacional, com 3.194 registros, e a Região Nordeste assumiu a liderança, registrando 1.000 casos (31,3%).

A análise da distribuição geográfica ao longo dos anos evidencia que determinados estados concentram, de forma recorrente, a maior parte das notificações, possivelmente em razão de fatores climáticos, como períodos de chuvas intensas e enchentes, que favorecem a disseminação da doença.

Tal cenário é evidenciado ao se observar o estado do Rio Grande do Sul, que sofreu com intensas enchentes nos anos de 2023 e 2024, períodos em que houve um pico expressivo da doença. Em 2024, foram notificados 519 casos de leptospirose em gestantes no Rio Grande do Sul, representando um aumento expressivo em relação aos 31 casos registrados no estado em 2023.

Desses, 401 evoluíram para a cura (77,3%), enquanto 40 gestantes evoluíram para óbito diretamente em decorrência do agravo (7,7%). Em comparação com o ano anterior, o número de óbitos maternos por leptospirose aumentou de dois, em 2023, para 40, em 2024, o que sugere uma possível relação entre o agravamento do cenário epidemiológico e as enchentes ocorridas no período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise temporal e geográfica dos casos de leptospirose em gestantes no Brasil, entre 2020 e 2024, evidencia uma possível influência dos fatores climáticos, especialmente das enchentes, na dinâmica de transmissão da doença.

As variações regionais refletem tanto características ambientais quanto estruturais, como as condições de saneamento básico, a gestão urbana e a capacidade de resposta rápida a eventos extremos. A recorrência de altos índices nas regiões Sul e Sudeste, em especial no Rio Grande do Sul, demonstra a vulnerabilidade dessas áreas a chuvas intensas e inundações, que potencializam a exposição ao agente etiológico.

A elevação expressiva dos casos em 2023 e 2024 sugere que eventos climáticos extremos, cada vez mais frequentes devido às mudanças climáticas globais, tendem a impactar significativamente o perfil epidemiológico da leptospirose, colocando as gestantes em maior risco devido às complicações materno-fetais associadas.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível adotar estratégias preventivas integradas, que aliem o fortalecimento da vigilância epidemiológica à mitigação dos riscos ambientais. Medidas como o controle de roedores, a melhoria do escoamento pluvial, a realização de campanhas de educação em saúde e a adoção de protocolos específicos para o atendimento rápido às gestantes expostas são fundamentais para reduzir a morbimortalidade.

A antecipação e a resposta coordenada aos períodos de maior risco climático, com foco nas populações vulneráveis, devem compor a agenda de saúde pública, sobretudo em um contexto de intensificação dos eventos extremos. Assim, a análise reforça que o enfrentamento da leptospirose demanda não apenas ações em saúde, mas também políticas intersetoriais voltadas à resiliência climática e urbana.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

REFERÊNCIAS

SELVARAJAH, Sujitha; RAN, Shaolu; ROBERTS, Nia Wyn; NAIR, Manisha. Leptospirosis in pregnancy: a systematic review. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 15, n. 9, e0009747, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8462732/. Acesso em: 10 ago. 2025.

PULIYATH, G.; SINGH, S. Leptospirosis in pregnancy. **European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**, v. 31, n. 10, p. 2491-2496, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22549729/. Acesso em: 11 ago. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO INCLUSIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O PAPEL DA CEPPAM NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Maria Salette Verdi da Silva
Ângela Gomes Susiane Czenvimski Ferreira
Alberi Adolfo Feltrin

A comunicação é um aspecto fundamental na prestação de serviços de saúde de qualidade (WHO, 2019). No entanto, a falta de comunicação eficaz nos serviços de saúde é um fator contribuinte significativo para a ocorrência de erros de diagnóstico, conforme destacado por estudos recentes (Schulze, 2020; Branco, 2019). A comunicação inadequada entre profissionais de saúde e pacientes pode levar a uma compreensão incompleta ou distorcida dos sintomas, da história clínica e das necessidades do paciente, aumentando o risco de diagnósticos incorretos ou tardios (WHO, 2019). Nesse contexto, a comunicação inclusiva torna-se essencial para garantir a acessibilidade e a inclusão de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, bem como de pacientes que se comunicam em línguas diferentes do português.

Entre suas diretrizes, o Sistema Único de Saúde (SUS) confere especial destaque à equidade. Esse princípio estabelece que a assistência à saúde deve considerar, em todos os sentidos, as características particulares de cada pessoa.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), vinculado ao Ministério da Saúde, segue os princípios e as diretrizes do SUS, conforme estabelecido pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Seu foco principal é a pessoa em sua integralidade e com suas especificidades.

Para a efetivação dessas diretrizes, o GHC atualmente trabalha com uma série de instâncias que visam promover uma condição de igualdade para grupos historicamente discriminados. Nesse contexto, em 2005, instituiu-se, por intermédio da Portaria nº 141/2005, a Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e da Mobilidade do Grupo Hospitalar Conceição (CEPPAM-GHC).

A CEPPAM tem como objetivo assessorar, acompanhar e propor políticas de inserção de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, gestantes, idosos e obesos no âmbito do GHC. A comissão atua na eliminação de barreiras de comunicação dentro da instituição, facilitando a comunicação entre os usuários do SUS e os profissionais de saúde.

A comunicação inclusiva é um aspecto fundamental da atuação da CEPPAM, pois visa garantir que todos os pacientes tenham acesso a informações e serviços de saúde de qualidade, independentemente do idioma em que se comunicam ou de suas condições específicas.

O Projeto Comunicação Facilitada é uma iniciativa da CEPPAM e da Gerência de Participação Social e Diversidade do GHC, a qual visa disponibilizar trabalhadores capacitados em outras línguas para auxiliar na comunicação com os usuários. O projeto é desenvolvido em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC e tem como objetivo garantir que os pacientes que se comunicam em línguas diferentes do português tenham acesso a informações e serviços de saúde de qualidade.

Os resultados do Projeto Comunicação Facilitada mostram que a comunicação inclusiva é fundamental para garantir a acessibilidade e a inclusão de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, bem como de pacientes que se comunicam em línguas diferentes do português. O projeto foi avaliado positivamente pelos usuários e pelos profissionais de saúde, que destacaram a importância da comunicação eficaz para a prestação de serviços de saúde de qualidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A CEPPAM e o Projeto Comunicação Facilitada são exemplos de iniciativas importantes para promover a comunicação inclusiva e eliminar barreiras de comunicação no SUS. A comunicação inclusiva é essencial para garantir a acessibilidade e a inclusão de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, bem como de pacientes que se comunicam em línguas diferentes do português. É fundamental que os serviços de saúde sejam adaptados para atender às necessidades de todos os pacientes, independentemente do idioma em que se comunicam ou de suas condições específicas.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Communication in health care**. Geneva: World Health Organization, 2019.

SCHATTNER, A. *et al.* Communication errors in the ICU: a systematic review. **Journal of Critical Care**, v. 38, p. 245-253, 2017.

ACHULZE, C. J. Erros de diagnóstico: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 77, n. 3, p. 234-241, 2020.

BRANCO, J. Comunicação eficaz em saúde: um desafio para os profissionais de saúde. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 96, n. 2, p. 145-152, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 141, de 14 de janeiro de 2005. Institui a Comissão Especial de Políticas de Promoção da Acessibilidade e da Mobilidade do Grupo Hospitalar Conceição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESPOSTA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA HOSPITALAR AO DESABASTECIMENTO DE INSULINA REGULAR: EXPERIÊNCIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 2024/2025

Marcos Rafael Silva Almeida
Rafaela de Oliveira Munhoz
Catiane Tiecher Cusinato
Maria Elisa Gassen Toffoli

INTRODUÇÃO

O cenário global de mudanças climáticas e crises sanitárias tem imposto desafios crescentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo respostas rápidas, integradas e sustentáveis. Entre essas situações, o desabastecimento de medicamentos essenciais representa um risco direto à continuidade do cuidado, demandando articulação intersetorial e planejamento estratégico.

Nesse contexto, o presente trabalho relata a experiência do Serviço de Farmácia do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) diante do desabastecimento internacional de insulina humana regular, ocorrido entre 2024 e 2025, e as medidas implementadas para garantir a manutenção do tratamento dos pacientes hospitalizados. O episódio demonstra como ações coordenadas e integradas podem minimizar os impactos e preservar a qualidade e a segurança do cuidado, reforçando a resiliência do SUS.

OBJETIVO

Descrever o processo de identificação, planejamento e execução das ações adotadas pelo Serviço de Farmácia do GHC para enfrentar o desabastecimento de insulina humana regular, assegurando a continuidade terapêutica e minimizando os riscos aos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado nas ações desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia do GHC durante o período de desabastecimento. As etapas incluíram:

- Monitoramento inicial: a partir do comunicado oficial da fabricante, em maio de 2024, sobre a indisponibilidade temporária da insulina regular em frasco, decorrente de problemas na cadeia global de suprimentos e de ajustes produtivos;
- Análise de risco: avaliação dos estoques, do consumo médio mensal e das perspectivas de reposição;
- Elaboração do plano de contingência, entre janeiro e fevereiro de 2025: busca de alternativas terapêuticas e articulação com setores internos, equipes médicas e órgãos públicos para o fornecimento emergencial;
- Definição da substituição terapêutica: adoção das insulinas análogas de ação rápida, lispro ou asparte, como substitutas temporárias, com a validação do Serviço de Endocrinologia;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

- Apoio técnico e informativo: elaboração de documentos internos e materiais orientativos para as equipes de saúde;
- Vigilância contínua: monitoramento diário dos estoques, redistribuição interna e recebimento de lotes emergenciais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira ação concreta foi a construção de um plano de contingência, envolvendo múltiplos setores e instâncias de gestão. A substituição da insulina regular por análogos de ação rápida exigiu ajustes nas doses e cuidados com o perfil farmacocinético, sendo implementada de forma gradual e segura.

O período mais crítico ocorreu entre maio e julho de 2025, quando os estoques garantiam apenas alguns dias de tratamento. Nesse cenário, destacaram-se:

- A redistribuição de insulinas entre as unidades do próprio complexo hospitalar;
- O recebimento de lotes emergenciais do Ministério da Saúde;
- As entregas parciais de insulina lispro por fornecedores.
- A integração entre o Serviço de Farmácia, o Serviço de Endocrinologia, o setor de suprimentos, a gestão de riscos e as instâncias governamentais evitou a interrupção do tratamento e permitiu a adaptação ao novo regime terapêutico sem intercorrências graves.

Do ponto de vista estratégico, o caso evidenciou a vulnerabilidade do abastecimento de medicamentos essenciais, como a insulina, cuja produção global está concentrada em poucos fabricantes, tornando o suprimento suscetível a eventos climáticos, desastres naturais e crises geopolíticas. A experiência também reforçou a necessidade de protocolos clínicos flexíveis, estoques reguladores e diversificação de fornecedores, bem como do uso racional de medicamentos para prevenir desperdícios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O episódio do desabastecimento internacional de insulina humana regular no GHC demonstrou que respostas rápidas, articuladas e baseadas em uma comunicação transparente são fundamentais para manter a continuidade e a segurança do cuidado em cenários críticos.

Em um contexto de emergências climáticas e instabilidade global, a capacidade de adaptação e inovação na gestão de insumos de saúde é um pilar essencial para a resiliência do SUS. O caso do GHC ilustra como a atuação proativa do farmacêutico hospitalar, integrada aos diferentes setores, pode reduzir os impactos e garantir a qualidade assistencial, mesmo em situações de crise.

PALAVRAS-CHAVE: insulina humana regular; serviço de farmácia hospitalar; Sistema Único de Saúde; resiliência dos sistemas de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO NA RUA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE AS ENCHENTES EM PORTO ALEGRE

Carla Felix dos Santos

O Consultório na Rua (CnaR) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa assegurar que as pessoas em situação de rua tenham acesso à saúde. Esse grupo enfrenta diversas formas de vulnerabilidade, incluindo a pobreza, a falta de abrigo e de alimentação adequada, ao mesmo tempo em que sofre com a violência e com as dificuldades de acesso aos serviços públicos, além de apresentar laços familiares e comunitários fragilizados ou rompidos.

A equipe do Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), chamada "Pintando Saúde", iniciou suas atividades em 2010, quando ficou evidente o impacto do uso de *crack* como uma questão de saúde pública, assim como o elevado número de ocorrências de violência associadas ao uso problemático ou nocivo de álcool e outras substâncias. No contexto da saúde, esses fatores tornavam ainda mais precárias as condições de vida das pessoas em situação de rua, complicando o acompanhamento e o tratamento de doenças crônicas, infecções e problemas de saúde mental.

Essa população é diversificada, com diferentes perfis, incluindo homens, mulheres, adolescentes, crianças e idosos que dependem da rua para obter seu sustento. As péssimas condições de vida, associadas à marginalização social e aos preconceitos, dificultam o acesso aos cuidados de saúde.

Para promover a equidade no SUS, o Consultório na Rua cuida da saúde da população em situação de rua (PSR) de forma itinerante, com uma equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Também realiza ações colaborativas com Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais e serviços de urgência e emergência, conforme a necessidade.

Em 2024, um dos maiores desafios foi a escassez de documentos oficiais e o deslocamento contínuo da população, especialmente após eventos climáticos que destruíram ou inviabilizaram muitos dos seus pontos de permanência durante as enchentes, dificultando a localização e a identificação das pessoas que foram realocadas para diferentes abrigos. Somada a isso, a dificuldade de manter registros de saúde atualizados frequentemente limitou o acompanhamento das condições de saúde e comprometeu a continuidade do atendimento.

A baixa adesão ao tratamento também se apresentou como um obstáculo, devido à falta de um local fixo para armazenar medicamentos ou à inexistência de um espaço protegido na rede de assistência social no qual os usuários pudessem seguir recomendações de saúde, como descansar ou se alimentar adequadamente.

Apesar de o Consultório na Rua funcionar como porta de entrada para o SUS, existem dificuldades na integração dos cuidados com outras instâncias de atenção, como hospitais e serviços especializados, o que resulta na descontinuidade do atendimento e no agravamento das condições de vulnerabilidade.

A falta de determinados recursos na rede de saúde e de assistência, como Unidades de Acolhimento (UA), número adequado de Serviços Residenciais Terapêuticos públicos e Centros de Convivência, dificulta a implementação de cuidados em saúde mental que considerem a autonomia do indivíduo e a vivência no território.

Na região de atuação da equipe, também não há serviços de assistência social específicos para a PSR, como os Centros Pop, nem restaurantes populares, enquanto as vagas em albergues e abrigos são escassas diante de uma demanda crescente.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Para enfrentar esses obstáculos e promover o cuidado em saúde, nossa equipe investiu em capacitação e no fortalecimento do diálogo com as Unidades Básicas de Saúde. A aproximação com universidades e programas de residência também desempenhou um papel importante na formação contínua para lidar com os aspectos técnicos e subjetivos do atendimento à PSR.

As parcerias intersetoriais, especialmente com a assistência social, por meio de reuniões e da construção de planos terapêuticos conjuntos, ajudaram a fortalecer a rede de apoio entre as equipes. As abordagens personalizadas garantiram direitos fundamentais e adaptaram o cuidado para atender às necessidades particulares de cada indivíduo.

É importante destacar que a adesão da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GAPS) ao sistema e-SUS contribuiu para ampliar os registros de saúde, facilitando o compartilhamento de informações entre os profissionais da área.

Diante desses pontos, fica claro que o Consultório na Rua desempenha um papel essencial na promoção da equidade em saúde. No entanto, também enfrenta grandes desafios estruturais e operacionais, que requerem inovação, compromisso político e um esforço conjunto de diferentes setores para serem superados.

Somente assim poderemos garantir um atendimento efetivo e digno para a população em situação de rua. Enquanto isso, continuamos nossa luta, oferecendo um cuidado comprometido com essa população e apoiando os movimentos sociais da Pop Rua.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS FERIDAS COMPLEXAS DURANTE AS ENCHENTES NO RS: RELATO DE CASO CLÍNICO COM ÊNFASE NA ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM ABRIGO TEMPORÁRIO

Lilian Rubira da Silva
Ana Alice Maciel
Candida Garcia Sinott Silveira Rodrigues

RESUMO

Durante as enchentes que atingiram o Rio Grande do Sul em maio de 2024, a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas desenvolveu uma resposta emergencial voltada ao atendimento integral das pessoas em situação de abrigo. O Serviço de Atenção às Feridas Complexas (SAFC) foi inserido nesse contexto, prestando assistência especializada a indivíduos com lesões crônicas. Este relato descreve o caso de um paciente do sexo masculino, identificado pelas iniciais O.M., com HIV e diabetes mellitus, que apresentava uma ferida no calcâneo havia aproximadamente um ano. O paciente realizava curativos domiciliares, sem progresso clínico. Após ser acolhido em um abrigo municipal, passou a receber cuidados especializados, com avaliação da ferida, desbridamento conservador, controle do biofilme, uso de PHMB, coberturas compatíveis com a exsudação, antibioticoterapia tópica e orientações quanto à nutrição e à prevenção de novas lesões. O acompanhamento fotográfico entre 16 de maio e 25 de junho de 2024 demonstrou significativa evolução da cicatrização, com melhora do leito da ferida e epitelização periférica. O caso reforça a relevância da atuação de equipes especializadas em feridas em contextos de calamidade, assegurando a continuidade do cuidado, o controle da infecção e a recuperação tecidual, mesmo em condições adversas.

PALAVRAS-CHAVE: feridas crônicas; enfermagem dermatológica; abrigos temporários; continuidade da assistência; desastres naturais.

INTRODUÇÃO

Situações de calamidade pública, como as enchentes que acometeram o estado do Rio Grande do Sul em maio de 2024, demandam estratégias de cuidado ampliado para populações vulnerabilizadas. Nesse contexto, o Serviço de Atenção às Feridas Complexas da Prefeitura de Pelotas integrou a resposta emergencial nos abrigos temporários, garantindo atendimento especializado às pessoas com lesões crônicas, frequentemente agravadas pela ruptura do cuidado domiciliar.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, identificado pelas iniciais O.M., com HIV e diabetes mellitus tipo 2, foi acolhido provisoriamente em um abrigo público após a perda da residência devido à enchente. Relatava uma ferida crônica no calcâneo direito havia cerca de um ano, com histórico de curativos caseiros e ausência de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

evolução terapêutica. Ao exame, observou-se uma lesão com tecido desvitalizado, exsudato espesso e sinais de infecção local.

CONDUTAS REALIZADAS

Foram realizadas intervenções baseadas em uma avaliação clínica especializada, com desbridamento conservador, controle do biofilme, aplicação de PHMB, uso de cobertura adequada à exsudação, antibioticoterapia tópica e orientações sobre nutrição e hidratação.

A monitorização foi contínua, com ajustes conforme a resposta da ferida. O plano de cuidados foi adaptado à rotina do abrigo, garantindo a proteção da lesão e a prevenção de complicações.

RESULTADOS

O acompanhamento fotográfico seriado entre os dias 16 de maio e 25 de junho de 2024 demonstrou evolução significativa da cicatrização, com redução do exsudato, limpeza do leito e progressiva epitelização. A atuação da equipe especializada foi decisiva para interromper o ciclo de cronicidade da lesão e favorecer a reabilitação cutânea.

DISCUSSÃO

O cuidado de feridas complexas em situações de desastres naturais exige uma abordagem sistemática, avaliação contínua e integração com a equipe multidisciplinar. Enfermeiros especialistas desempenham um papel fundamental nesse processo, promovendo ações técnicas como o desbridamento, o controle da infecção, a educação em saúde e a vigilância clínica diária.

Este caso evidencia como a atuação qualificada, mesmo em ambientes precários, pode impactar diretamente a recuperação do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado reforça a importância da presença de equipes especializadas em feridas nos serviços de resposta emergencial, especialmente em abrigos, nos quais a continuidade do cuidado é frequentemente comprometida. A atuação especializada da enfermagem dermatológica foi determinante para o êxito terapêutico em curto prazo.

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). **Diretrizes para o cuidado com pessoas com feridas**. 2. ed. São Paulo: SOBEST, 2023.

ALBUQUERQUE, C. **Feridas fora da caixa (FFC)**: abordagens práticas e atualizadas no cuidado de feridas complexas. [S. l.: s. n.], 2024. E-book.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde em situações de emergências e desastres**. Brasília, DF: Ministério da

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado à saúde da população em situação de rua**: manual para equipes de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BARANOSKI, S.; AYELLO, E. A. **Wound care essentials: practice principles**. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Disponível em: https://shop.lww.com/Wound-Care-Essentials/p/9781975128883. Acesso em: 28 jul. 2026.

MENDES, K. D. S. et al. Enfermagem em situações de desastre: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1355–1363, 2016.

LEAPER, D. J.; SCHULTZ, G.; CARVILLE, K.; FLETCHER, J.; SWANSON, T.; DRAKE, R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? **International Wound Journal**, [S. l.], v. 9, supl. 2, p. 1–19, 2012. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7950760/. Acesso em: 28 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do diabete melito tipo 1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 68 p. ISBN 978-85-334-2802-7. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_diabetesmellitus_tipoi_isbn_19-08-2020.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

SILVA, A. P. M.; TAVARES, A. P. N. Feridas crônicas em pessoas em situação de vulnerabilidade social: desafios do cuidado na enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, e4173, 2021.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GESTÃO DE MATERIAIS MÉDICOS: INOVAÇÃO SUSTENTÁVEL A SERVIÇO DO SUS

Cristiane Lima Abrahão

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios crescentes diante do aumento da demanda assistencial, da elevação dos custos e da necessidade de utilização racional dos recursos. Em cenários de adversidade, como as emergências climáticas que afetam diretamente o abastecimento e a logística hospitalar, a eficiência no uso dos insumos torna-se estratégica para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado (Vecina Neto, 1998).

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que entre 20% e 40% dos recursos destinados à saúde são desperdiçados, evidenciando a necessidade de promover a eficiência e eliminar esse desperdício, que impacta significativamente a capacidade de os sistemas de saúde fornecerem serviços de qualidade e sustentáveis (OMS, 2010).

O desperdício de insumos hospitalares está associado, entre outros fatores, ao excesso de oferta nas unidades assistenciais, à ausência de padronização dos estoques, à reposição sem critérios de consumo e à falta de monitoramento contínuo. Em contrapartida, iniciativas de inovação logística, associadas a metodologias de gestão reconhecidas, têm o potencial de reduzir significativamente as perdas, melhorar a rastreabilidade e fortalecer a resiliência das instituições (Pereira; Lima; Reis, 2020).

Nesse contexto, os aprimoramentos na logística e na gestão de materiais, com a utilização do sistema *just in time* e associados à segurança e à disponibilidade de insumos, podem contribuir para a redução de desperdícios e para a sustentabilidade do SUS.

OBJETIVO

Implementar e avaliar um modelo de distribuição e controle de materiais, visando à promoção da sustentabilidade por meio da redução do desperdício, da otimização dos processos e da garantia da disponibilidade de insumos, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado e para o fortalecimento do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente à implantação de um projeto piloto para a implementação de um novo modelo de distribuição e controle de materiais médicos em uma unidade de internação de adultos de um hospital público de grande porte localizado na Região Sul do Brasil.

O projeto piloto foi conduzido pela Gerência de Projetos, em parceria com a Gerência de Suprimentos e a Gerência da Unidade de Internação de Adultos do local de estudo.

O projeto adotou a metodologia *Kanban*, utilizando o conceito de duplo lote e o princípio *just in time*, com a eliminação do estoque convencional da unidade e a implementação de armários dedicados, com posições predeterminadas.

O projeto piloto foi estruturado de acordo com as seguintes etapas:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

1. Diagnóstico inicial;
2. Levantamento do consumo médio de materiais médicos na instituição;
3. Identificação dos itens essenciais para a unidade assistencial;
4. Definição da configuração dos armários dedicados aos materiais médicos, com gavetas divididas em dois espaços contíguos e etiquetas verdes e vermelhas para sinalizar a necessidade de reposição;
5. Estabelecimento da frequência de reposição pelo almoxarifado;
6. Elaboração do plano de capacitação das equipes envolvidas;
7. Instalação e abastecimento inicial dos armários dedicados;
8. Treinamento das equipes de enfermagem e do almoxarifado no uso do sistema *Kanban* e do duplo lote;
9. Ajustes nas posições e nas quantidades conforme os relatos da equipe e o monitoramento do consumo;
10. Monitoramento contínuo.

A análise do consumo médio evidenciou a necessidade de 143 itens, em quantidades adequadas, para uma unidade de internação. As gavetas dos armários foram configuradas com divisórias, sendo separadas em dois espaços contíguos, identificados com etiquetas verdes e vermelhas.

As equipes de enfermagem e do almoxarifado foram capacitadas para a utilização do modelo. Nesse sistema, o usuário, representado pela equipe assistencial, utiliza todo o conteúdo do primeiro lote, identificado pelo cartão verde, e, ao término deste, deposita o cartão verde em um local destinado a essa finalidade, alertando o almoxarifado sobre a necessidade de reposição. Permanece, então, disponível para uso o segundo lote de material, identificado com a etiqueta vermelha.

O serviço de almoxarifado, durante o abastecimento da unidade, verifica as etiquetas que indicam a necessidade de reposição dos materiais médicos. No momento da reposição, desloca o material do segundo lote para a frente, no local destinado ao primeiro lote, e realiza o abastecimento do segundo lote, de acordo com a metodologia *First In, First Out* (FIFO), em português, "o primeiro a entrar é o primeiro a sair". Desse modo, prioriza-se a utilização dos itens que foram armazenados primeiro.

Para garantir a segurança do processo e a continuidade do cuidado assistencial, caso fosse necessária uma reposição urgente de insumos, foi disponibilizado um *bip* para o atendimento das demandas de abastecimento da unidade assistencial do projeto piloto durante as 24 horas do dia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados demonstrou redução significativa no consumo de materiais médicos, atribuída ao fim da livre oferta de insumos e à reposição apenas quando atingido o ponto indicado pela etiqueta vermelha.

Evidenciou-se a aplicação do princípio de Pareto, pois, dos 143 itens utilizados na unidade, apenas 25 necessitaram de reposição semanal, representando os itens de maior rotatividade. Entre eles, estavam compressas para banho e higiene, luvas de procedimento, seringas de 1 mL, 10 mL e 20 mL, agulhas para aspiração de soluções, soro fisiológico a 0,9%, em apresentações de 10 mL e 100 mL, compressas de gaze, cateteres periféricos, lancetas para a realização do teste de glicemia capilar, conexões para cateteres periféricos e equipos para infusão.

Constatou-se uma diminuição expressiva na quantidade de itens dispensados, além da melhoria do controle do estoque, com redução de perdas por expiração do prazo de validade ou por danos decorrentes do armazenamento inadequado.

Também, a gestão do estoque realizada pelo almoxarifado permitiu a liberação de tempo da equipe de enfermagem para as atividades assistenciais, em razão da diminuição de seu envolvimento em tarefas de

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

reposição e controle de materiais. A padronização dos armários dedicados aos materiais médicos permitiu a otimização do espaço físico, com organização visual clara e fácil acesso aos materiais necessários.

Do ponto de vista da sustentabilidade, a iniciativa contribuiu para o uso racional dos recursos financeiros do SUS, além de reduzir o impacto ambiental decorrente da produção e do descarte de insumos hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência avaliada no projeto piloto demonstra que a adoção de práticas inovadoras de gestão logística pode gerar benefícios expressivos para a sustentabilidade do SUS. Os resultados iniciais e a metodologia aplicada apontam para ganhos significativos em eficiência operacional, redução de custos, disponibilidade de materiais e utilização adequada dos recursos, contribuindo para a sustentabilidade e para a qualidade da assistência prestada.

O modelo demonstrou potencial de replicação em outras unidades do hospital e em serviços de saúde de diferentes territórios, contribuindo para a construção de um sistema mais eficiente, sustentável e resiliente.

REFERÊNCIAS

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Banco Itaú, 1998. 91 p. (Saúde & Cidadania, v. 12). Disponível em: https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/items/show/2372. Acesso em: 28 jul. 2026.

BUDKE, D. S.; SCHERER, J. O. **Análise do planejamento de estoque de Kanban de uma grande empresa.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

PEREIRA, H. A.; LIMA, E. C. N.; REIS, J. S. M. Desperdício de recursos materiais na rede SUS: como minimizar esse problema e otimizar recursos? In: CONGRESSO VIRTUAL DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 9., 2020, evento on-line. ***Anais [...]***. [S. l.]: Convibra, 2020. Disponível em: https://convibra.org/publicacao/24186/. Acesso em: 28 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde**: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: https://saude.cplp.org/media/5x4njk2c/relatorio-mundial-de-saude-financiamento-sistemas-saude.pdf. Acesso em: 28 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

GESTÃO LOGÍSTICA EMERGENCIAL NO SUS: A ATUAÇÃO DO GHC DURANTE AS ENCHENTES DO RIO GRANDE DO SUL NO ANO DE 2024

Cristiane Lima Abrahão
Andrea Augustin
Priscila Mendes
Rui Flores

INTRODUÇÃO

Em maio de 2024, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou uma das maiores catástrofes climáticas de sua história, com enchentes que impactaram diretamente a população, a infraestrutura urbana e os serviços essenciais, incluindo a rede pública de saúde. O cenário exigiu respostas rápidas, coordenadas e inovadoras, especialmente diante do risco iminente de desabastecimento de insumos médicos e medicamentos e da sobrecarga causada pelo expressivo volume de doações oriundas de diferentes regiões do Brasil e do exterior (Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico, 2025).

Nesse contexto de calamidade pública, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), como uma das maiores estruturas hospitalares públicas da Região Sul do país, teve um papel estratégico na organização e no suporte logístico emergencial, assumindo a responsabilidade pela criação e pela coordenação de uma base de armazenamento provisória para materiais médicos e outros insumos destinados à assistência à saúde durante a crise (Grupo Hospitalar Conceição, 2024).

OBJETIVO

Relatar a experiência da Gerência de Projetos do GHC na implantação de uma estrutura emergencial de apoio logístico para o enfrentamento das consequências das enchentes de 2024, com foco na garantia da continuidade do cuidado e na integração das ações com diferentes esferas governamentais e entidades parceiras.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência construído a partir da sistematização das ações realizadas entre maio e junho de 2024, conduzidas pela Gerência de Projetos do GHC.

O processo envolveu a criação e a coordenação de uma base de armazenamento provisória para materiais médicos e outros insumos destinados à assistência à saúde durante as enchentes.

Com base na metodologia de gerenciamento de projetos preconizada pelo *Project Management Institute* (2021), foi elaborado um cronograma detalhado, contemplando atividades, tarefas, responsáveis pela execução e pelo acompanhamento, bem como prazos definidos e monitoramento contínuo.

As ações foram distribuídas entre a equipe da Gerência de Projetos, abrangendo:

1. A identificação de potenciais fornecedores de estruturas de armazenamento, como contêineres, e de equipamentos de movimentação logística com capacidade de atendimento regional;

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

2. A elaboração, em tempo hábil, de termos de referência e estudos técnicos preliminares para viabilizar contratações emergenciais;
3. A articulação entre entes públicos e diferentes gerências do GHC para garantir a infraestrutura necessária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi elaborado um plano de ação para a ocupação de uma área vizinha, de propriedade do setor privado, cedida de forma emergencial, temporária e sem ônus. O espaço foi rapidamente adaptado para funcionar como um centro logístico destinado ao recebimento, ao armazenamento, à carga e à descarga de medicamentos, materiais médicos e demais insumos.

Gerências internas do GHC, como a Gerência de Engenharia e Manutenção e a Gerência de Suprimentos, tiveram participação estratégica na implantação da iniciativa, conduzindo a articulação necessária para a adequação da área, que envolveu:

a. A disponibilização do terreno para uso emergencial;
b. A locação e a instalação de contêineres de armazenamento;
c. A instalação de unidades sanitárias e escritórios modulares;
d. A implantação de infraestrutura elétrica com iluminação provisória;
e. A garantia de vigilância durante as 24 horas do dia;
f. A locação de uma empilhadeira elétrica para as operações de carga e descarga.

A estrutura recebeu um grande volume de doações provenientes de diferentes regiões do país, incluindo insumos hospitalares, itens de higiene e vestuário. Também foi equipada com contêineres refrigerados destinados ao novo estoque de insulina da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, considerando que o local anteriormente utilizado para o armazenamento havia sido totalmente comprometido pela enchente.

Para garantir a efetividade e a excelência da ação, o GHC contou com o apoio de diferentes instituições externas. Um grupo empresarial privado cedeu temporariamente a área utilizada; o Exército Brasileiro atuou no descarregamento e no acondicionamento das doações; e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre realizou a capina e a limpeza prévia do terreno, além de viabilizar, por meio da Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC), o fluxo de carretas de grande porte nas vias de acesso ao complexo hospitalar.

Essa atuação em rede possibilitou a rápida operacionalização do espaço e a salvaguarda de insumos essenciais para a assistência à saúde, garantindo o suprimento e a continuidade dos serviços essenciais em meio à calamidade pública.

Enquanto outras estruturas de saúde se encontravam inoperantes ou severamente comprometidas, o GHC assegurou o atendimento em todas as suas unidades, além de apoiar a logística de abastecimento das tendas da Força Nacional do SUS, instaladas em pontos estratégicos para atender às demandas emergenciais da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada evidencia a relevância da atuação proativa e estratégica do SUS diante de emergências climáticas. A mobilização institucional do GHC, somada à articulação intersetorial, possibilitou respostas rápidas, eficazes e solidárias, assegurando a manutenção da assistência à saúde e fortalecendo a capacidade de resposta do sistema.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O uso de ferramentas de gestão de projetos mostrou-se determinante para garantir agilidade, organização e rastreabilidade às ações, demonstrando que a aplicação de metodologias estruturadas agrega valor mesmo em cenários de crise e desordem.

A integração entre diferentes esferas de governo, instituições públicas e privadas e as Forças Armadas revelou-se essencial para a superação de barreiras logísticas e para a continuidade do cuidado à população afetada.

Assim, a experiência do GHC pode servir como referência para futuras situações de calamidade, reforçando a necessidade de planejamento prévio, governança colaborativa e adoção de práticas de gestão de projetos como instrumentos estratégicos para uma resposta rápida e eficiente no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (Brasil). **As enchentes no Rio Grande do Sul**: lições, desafios e caminhos para um futuro resiliente. Brasília, DF: ANA, 2025. Disponível em: https://rigeo.sgb.gov.br/handle/doc/25529. Acesso em: 28 jul. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2018. Disponível em: https://www.abntcatalogo.com.br/. Acesso em: 28 jul. 2026.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Relatório anual da administração**: exercício 2024. Porto Alegre: GHC, 2025. Disponível em: https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=governanca&idSubMenu=12584. Acesso em: 28 jul. 2026.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos**: Guia PMBOK®. 7. ed. Newtown Square, PA: Project Management Institute, 2021. Disponível em: https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/foundational/pmbok. Acesso em: 28 jul. 2026.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O TAMBOR DE IBEJI ECOA AFASTANDO A MORTE DAS TERRAS DE UM HOSPITAL FEDERAL NO RIO DE JANEIRO

Maria Fernanda Rosa dos Santos
Renata Rodrigues Lopes
Monica Messias Patrícia Sequeira

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O presente resumo apresenta a experiência de produção de um jornal antirracista como ferramenta de educação anticolonial em saúde em um hospital público de alta complexidade no Rio de Janeiro.

O jornal surgiu como resposta a uma denúncia anônima de racismo contra crianças e adolescentes pretos/as internados/as na instituição. Em 2023, as assistentes sociais da internação pediátrica e a coordenadora da Coordenação de Atenção à Comunidade e ao Voluntariado (CAC-Vol) decidiram elaborar o primeiro jornal infantojuvenil antirracista.

Tamborzinho de Ibeji foi o nome escolhido, fazendo referência ao itan de Ibeji, conto atribuído à nação iorubá. Ao abordar temas que visam desmistificar preconceitos e eliminar o racismo e a homofobia na saúde, as edições de 2025 já trataram de assuntos como o Dia Mundial da Saúde, a questão indígena, as maternidades reais, a denúncia do racismo e da homofobia, a doença falciforme, a doação de sangue, o cuidado com a pele negra, o Julho das Pretas e o racismo religioso.

OBJETIVOS

Promover a educação decolonial em saúde por meio do letramento sobre questões étnico-raciais, de gênero, de classe e de diversidade humana em sua relação com o ambiente. O jornal também busca tornar-se um veículo consolidado no contexto hospitalar, como uma das estratégias da gestão para a institucionalização da política de igualdade racial.

METODOLOGIA

O jornal tem tiragem mensal. Na primeira fase, a equipe responsável pela criação realiza uma reunião de pauta, na qual são escolhidos o tema principal e os temas subjacentes. Essa seleção tem como base o projeto Calendário da Diversidade[1].

Com o roteiro básico em mãos, inicia-se o diálogo e a articulação com colaboradores, que podem ser funcionários/as, usuários/as ou representantes de instituições da comunidade e da sociedade. A segunda fase consiste na elaboração dos artigos e conteúdos.

Com a primeira versão pronta, inicia-se a terceira fase, na qual o conteúdo é repassado à Assessoria de Comunicação Social, que realiza a edição de arte, a diagramação, a revisão e a preparação para a impressão. Na quarta fase, é impressa uma versão para a revisão dos dois setores. Após as correções, é gerada a versão final, correspondente à quinta e última fase, que será impressa e distribuída.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mais de duas mil pessoas da comunidade hospitalar receberam o jornal *Tambor de Ibeji*. A distribuição foi feita durante os eventos, em todos os espaços do hospital e até fora dele, em atividades externas.

Os exemplares são disponibilizados em espaços estratégicos, como ambulatórios, salas de espera e murais, ampliando o número de pessoas impactadas. A estética é coerente com a proposta de valorização da diversidade, compondo o jornal com imagens de pessoas negras e indígenas e símbolos LGBTQIAPN+.

Devido à boa receptividade, foi necessário aumentar progressivamente a tiragem. Inicialmente, eram impressos cem exemplares; atualmente, são impressos quinhentos por mês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concentração do conteúdo das campanhas em um único veículo tem se constituído como uma estratégia assertiva. O jornal convoca a população ao movimento da leitura, em um ritmo mais lento que o de um *Reels* e em um formato maior que o de um *folder*.

O som que o *Tambor de Ibeji* emite se espalha para todos os lados. Podemos dizer que usuários/as e trabalhadores/as, ao lerem ou visualizarem o jornal, entendem que há uma nova cultura institucional em construção, que caminha na direção das maiorias histórica e politicamente minorizadas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PROTOCOLO ONCOBUSCA: UMA INOVAÇÃO PARA O CUIDADO CONTINUADO ONCOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE CLIMÁTICA E SOCIOECONÔMICA

Francisca Maria da Silva Nobre Paiva
Aline Ramos Velasco
Fernanda Rocha Gorgulho
Juliana Pessoa Detogne Surlo

APRESENTAÇÃO

As mudanças climáticas e as desigualdades sociais representam grandes desafios para a saúde pública, comprometendo a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de assegurar a integralidade e a proteção do cuidado. Pacientes oncológicos figuram entre os grupos mais vulneráveis, pois dependem de terapias contínuas, monitoramento clínico constante e apoio multiprofissional.

A ausência às consultas, aos exames e às sessões terapêuticas muitas vezes está relacionada a fatores sociais e ambientais, como enchentes, deslizamentos, dificuldade de transporte, desemprego e insegurança habitacional. Tais barreiras prejudicam a adesão ao tratamento, o vínculo estabelecido com a equipe e o próprio prognóstico da doença.

Nesse contexto, a enfermagem oncológica assume um papel estratégico, atuando na conexão entre os níveis de assistência e buscando transformar a evasão em uma oportunidade de reconexão com o paciente. Assim nasce a proposta do PROTOCOLO ONCOBUSCA, uma iniciativa inovadora voltada ao rastreamento e à reintegração de pacientes oncológicos que deixaram de comparecer ao tratamento por razões socioeconômicas ou climáticas.

O protocolo, ainda em desenvolvimento, tem como objetivo fortalecer a comunicação entre o hospital, a Atenção Básica e o território.

OBJETIVOS

Desenvolver o PROTOCOLO ONCOBUSCA como uma prática inovadora recomendada para reduzir a evasão do tratamento e garantir a continuidade da assistência oncológica no SUS. Para isso, a prática terá como foco a criação de um fluxo de notificação e busca ativa entre os serviços hospitalares e as equipes de Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

O protocolo foi pensado a partir da prática cotidiana em um hospital público oncológico e da análise narrativa da literatura sobre iniciativas de integralidade, como o HumanizaSUS e a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

O protocolo divide-se em quatro etapas:

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

1. Coleta de dados sociais e antropométricos: realizada durante o primeiro atendimento ou a admissão do paciente, com o registro de endereços, contatos, pontos de referência no território e informações sobre vulnerabilidades sociais;
2. Monitoramento ativo das faltas: realização do registro imediato no sistema digital, se disponível, ou em planilha ou ficha manual;
3. Notificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência: a unidade recebe o aviso da ausência e realiza a busca ativa, por meio da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou do agente comunitário de saúde (ACS);
4. Retorno das informações ao serviço oncológico: permite a readequação do plano terapêutico e o acolhimento das causas reais da ausência.

Para garantir sua aplicabilidade nos diferentes cenários socioeconômicos encontrados no território brasileiro, o PROTOCOLO ONCOBUSCA adota uma estratégia flexível. Em locais com boa infraestrutura, utiliza-se o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS AB), integrado aos sistemas hospitalares, além do envio automático de notificações e da possibilidade de integração com aplicativos institucionais ou plataformas já utilizadas pelo SUS.

Já em locais com conectividade deficiente, o protocolo adapta-se por meio da utilização de planilhas simplificadas, contato telefônico direto entre o hospital e a UBS e formulários impressos padronizados, encaminhados fisicamente por malote ou pela Secretaria Municipal de Saúde. Essa flexibilidade garante um protocolo eficaz tanto em capitais quanto em regiões rurais.

A comunicação eficaz entre os profissionais é garantida por fluxos de trabalho padronizados: ausência registrada em até 24 horas; notificação imediata da UBS; visita domiciliar em até 72 horas; e retorno das informações ao hospital em até cinco dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora ainda esteja em elaboração, espera-se que o PROTOCOLO ONCOBUSCA produza resultados significativos, como:

1. A redução das taxas de evasão e abandono do tratamento;
2. O aumento da adesão às terapias, mesmo em contextos de adversidade climática;
3. O fortalecimento do vínculo entre o paciente e a equipe e o aumento da confiança no sistema de saúde;
4. A integração efetiva entre o hospital oncológico e a Atenção Primária à Saúde, aumentando a resolutividade desta no território;
5. A sensibilização das equipes para os determinantes socioambientais da saúde.

Para o SUS, a não adesão pode significar custos maiores com tratamentos mais complexos e prolongados, sobrecarregando a rede de atenção oncológica, que lida com o agravamento de casos que poderiam ser evitados. Dessa forma, o PROTOCOLO ONCOBUSCA apresenta potencial não somente clínico e social, mas também gerencial, contribuindo para a sustentabilidade do sistema público de saúde.

A proposta também reforça o protagonismo da enfermagem como articuladora do cuidado, valorizando a escuta ativa e a transversalidade do SUS. Ao reconhecer que a ausência não é uma falha do paciente, o protocolo ressignifica-a como um sinal de vulnerabilidade que exige uma resposta solidária da rede de saúde.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PROTOCOLO ONCOBUSCA representa uma inovação factível e necessária para lidar com os desafios do cuidado oncológico no SUS. Ao fornecer um fluxo de rastreio e reconexão de pacientes ausentes, adaptável a diferentes contextos tecnológicos, a prática reafirma os princípios da integralidade, da equidade e da humanização.

Mais do que um procedimento técnico, o protocolo apresenta-se como um compromisso ético com a dignidade e a vida das pessoas em tratamento oncológico, confirmando que o cuidado em saúde não pode estar dissociado da realidade socioambiental.

A experiência da enfermagem, somada à ciência e à sensibilidade, aponta caminhos para um SUS mais resiliente, justo e humano, capaz de garantir a continuidade do cuidado, mesmo em tempos de crise climática e desigualdade social.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

SAÚDE PLANETÁRIA: AÇÕES FORMATIVAS PARA CONSCIENTIZAÇÃO AMBIENTAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

Francisca Maria da Silva Nobre Paiva
Aline Ramos Velasco
Fernanda Rocha Gorgulho
Juliana Pessoa Detogne Surlo

APRESENTAÇÃO

A crescente instabilidade climática e a intensificação dos eventos extremos relacionados ao meio ambiente suscitam reflexões urgentes sobre o papel das instituições de saúde nas transformações ecossistêmicas que impactam diretamente o cuidado em saúde. Nesse contexto, a saúde planetária emerge como uma nova abordagem que relaciona os determinantes ambientais à saúde humana, considerando a grande interdependência entre os sistemas naturais e os processos de adoecimento e de cura.

No âmbito hospitalar, tradicionalmente focado no cuidado biomédico, é crucial ampliar a perspectiva para acolher práticas que não cuidem apenas das pessoas, mas também do planeta. É com esse objetivo que este resumo apresenta a concepção e a proposta de um curso de capacitação interna sobre saúde planetária. O curso, voltado aos trabalhadores de um hospital público, busca promover a sensibilização, o engajamento e a adoção de práticas sustentáveis no cotidiano de trabalho.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é desenvolver, realizar e avaliar um curso presencial de curta duração sobre saúde planetária. Destinado a profissionais de diversas áreas do hospital, o curso articula conhecimentos conceituais com a expressão artística, usada como estratégia de sensibilização, e com a construção coletiva de estratégias práticas para a sustentabilidade institucional.

Busca-se contribuir para uma cultura organizacional crítica e comprometida com a mitigação dos impactos ambientais causados pelas atividades hospitalares. O curso visa, ainda, aprofundar o entendimento dos profissionais sobre seu papel como agentes ecológicos e promotores da integralidade.

METODOLOGIA

A proposta metodológica do curso fundamenta-se nos princípios da educação popular, da pedagogia crítica e da educação ambiental emancipatória. O planejamento envolverá três etapas principais.

A primeira consiste em um diagnóstico participativo, aplicado por meio de um formulário digital e de grupos focais, que buscará identificar as percepções, as práticas e as lacunas relacionadas à problemática ambiental existentes entre os trabalhadores.

A segunda etapa envolve a realização do curso em quatro encontros presenciais, com duração de duas horas cada, organizados em quatro eixos temáticos: (1) fundamentos da saúde planetária e crise climática; (2)

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

práticas sustentáveis no contexto hospitalar; (3) saúde mental e vulnerabilidades ambientais; e (4) arte e cultura como dispositivos de mobilização coletiva.

Cada encontro prevê momentos expositivos, rodas de conversa, atividades reflexivas e produções culturais. A terceira etapa é dedicada à sistematização das aprendizagens e à avaliação qualitativa da ação, com base em depoimentos escritos, devolutivas orais e registros fotográficos das atividades realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado, espera-se a formação de um grupo de referência em saúde planetária, constituído no interior da instituição, apto a multiplicar saberes e práticas ecológicas em seus setores de atuação. Busca-se, ainda, aumentar a consciência ambiental dos participantes e gerar propostas de intervenções sustentáveis no cotidiano do hospital, como campanhas educativas, readequação de fluxos de resíduos, uso racional de recursos e criação de espaços verdes.

O diferencial do curso reside na utilização da arte como elemento mediador, oferecendo aos profissionais a possibilidade de expressar seus sentimentos, vivências e ideias de forma sensível e criativa. Serão incentivadas produções como cartas ao planeta, poesias, cartazes e desenhos que, ao final do curso, comporão uma exposição interna, aberta a todos os trabalhadores e usuários.

Essa estratégia não se destina apenas a divulgar os resultados da ação, mas, principalmente, a promover a empatia e o pertencimento em torno de um propósito comum: o cuidado com a vida em todos os seus aspectos.

A abordagem cultural e humanizada da formação permite dialogar com diferentes realidades, formações e sensibilidades, tornando o curso acessível e significativo para uma ampla diversidade de profissionais. A articulação entre saberes técnicos, vivências subjetivas e expressões artísticas, por sua vez, constitui uma metodologia potente para a transformação de práticas e mentalidades no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na era da emergência climática e sanitária, a transversalização da saúde planetária nas instituições de saúde apresenta-se como um imperativo ético, pedagógico e político. A formação voltada ao engajamento dos profissionais com a preservação do ambiente, a equidade social e o cuidado ampliado torna-se absolutamente necessária para a construção de um sistema de saúde resiliente e sustentável.

Este curso pretende ser uma semente nesse processo, gerando vínculos entre os profissionais e o planeta, entre o cuidado técnico e o cuidado afetivo e entre o conhecimento científico e os saberes populares. Espera-se que a perspectiva da saúde planetária, cultivada por meio da arte e da escuta, deixe de ser somente um conceito para se tornar uma prática cotidiana nos corredores e nas decisões institucionais dos hospitais públicos.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

A PRÁTICA DA HORTICULTURA E OS SABERES DAS COMUNIDADES DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Magnólia Aparecida Silva da Silva
Agda Henk
Almerinda Argenta
Elisabeth Susana Wartchow

INTRODUÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição, por meio da Gerência de Atenção Primária à Saúde e da Escola GHC, firmou parceria com o Curso de Agronomia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para incentivar as comunidades do entorno das Unidades Básicas de Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial a adotarem hábitos alimentares saudáveis e desenvolverem o cultivo de hortas domésticas, pomares e plantas medicinais, aromáticas e condimentares.

A iniciativa faz parte das atividades do Grupo de Trabalho Hortas e Saberes do GHC, formado por usuários/as das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), trabalhadores, gestores e integrantes do Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NUPIC).

OBJETIVO

Promover a segurança alimentar e nutricional, a saúde e o cuidado com a natureza por meio da realização de oficinas sobre hortas em pequenos espaços, paisagismo, pequenos pomares, soluções ecológicas para o controle de insetos e doenças e conhecimentos sobre plantas alimentícias não convencionais (PANC), além de uma roda de saberes sobre mudanças climáticas e seus impactos sobre o nosso modo de viver.

METODOLOGIA

As oficinas teórico-práticas e participativas são realizadas com o envolvimento da comunidade, de trabalhadores, acadêmicos e residentes nos territórios de abrangência das 12 Unidades de Saúde do GHC. Professores e acadêmicos compartilham saberes e práticas individuais e coletivas, apresentando técnicas de plantio de hortas e pomares e de cuidado com o meio ambiente e a natureza, valorizando e articulando o conhecimento científico e o saber popular.

RESULTADOS

Entre 2023 e 2024, foram realizadas sete oficinas de horticultura e a Roda de Saberes “Mudanças Climáticas e o Impacto no Nosso Modo de Viver”.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Estão em desenvolvimento oito hortas comunitárias nas Unidades de Saúde Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Costa e Silva, Jardim Leopoldina, Coinma, Jardim Itu e Barão de Bagé, bem como no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Bem Viver.

Também foram realizadas a elaboração de sal temperado e a participação em feiras ecológicas com plantas medicinais e aromáticas. Os alimentos produzidos nas hortas são compartilhados entre os/as usuários/as integrantes dos projetos. O excedente é doado a outras famílias em situação de vulnerabilidade social do território, bem como são destinadas cestas de verduras às escolas locais.

CONCLUSÃO

O consumo de alimentos saudáveis, a prática do cultivo, o cuidado com a natureza e a preservação do meio ambiente transversalizam o trabalho desenvolvido entre a universidade, a comunidade e os serviços de saúde.

A implementação de hortas urbanas auxilia na redução da pegada de carbono, pois a produção local de alimentos reduz a necessidade de transporte e armazenamento, o que diminui as emissões de gases de efeito estufa e contribui para a melhoria da qualidade do ar.

A agricultura urbana pode ajudar a preservar a biodiversidade por meio do cultivo de uma variedade de espécies de plantas. Também promove a educação e a conscientização, sendo uma ferramenta potente para educar as pessoas sobre a importância da sustentabilidade, da produção de alimentos saudáveis e de nossa responsabilidade pelo cuidado com o planeta.

Dessa forma, a promoção da saúde faz-se presente por meio de práticas terapêuticas e tecnologias sustentáveis e ecológicas de cultivo, caracterizadas como atividades alinhadas às práticas integrativas e complementares.

PALAVRAS-CHAVE: segurança alimentar; promoção da saúde; sustentabilidade.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

RODA DE MULHERES: O PODER DO CÍRCULO E DA PALAVRA NO FORTALECIMENTO DO FEMININO NA SAÚDE

Luciana Moreira Eufrázio
Maria Fernanda Rosa dos Santos
Michelle da Silva Garcia
Renata Rodrigues Lopes

RESUMO

Neste artigo, trazemos uma reflexão em torno da experiência de uma abordagem grupal voltada para mulheres em uma unidade federal de saúde no Rio de Janeiro. A Roda de Mulheres tem como fundamento teórico-metodológico alguns pilares da filosofia africana. Os encontros utilizam o recurso da roda de conversa, sem se restringir a ele, avançando pela potência que emana do fortalecimento de mulheres em diferentes lugares e do estímulo à dororidade entre elas.

PALAVRAS-CHAVE: dororidade; mulherismo africano; cuidado em saúde; feminismo negro; circularidade.

ABSTRACT

This article reflects on the experience of a group approach focused on women at a federal health unit in Rio de Janeiro. The women's circle is theoretically and methodologically grounded in some pillars of African philosophy. The meetings utilize the resource of conversation circles, but are not limited to them, advancing the power that emanates from empowering women in different places by fostering their sisterhood.

KEYWORDS: sisterhood; African womanism; health care; Black feminism; circularity.

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre la experiencia de un enfoque grupal centrado en las mujeres en una unidad federal de salud de Río de Janeiro. El círculo de mujeres se fundamenta teórica y metodológicamente en algunos pilares de la filosofía africana. Las reuniones utilizan los círculos de conversación, pero no se limitan a ellos, promoviendo el poder que emana del empoderamiento de las mujeres en diferentes lugares mediante el fomento de su hermandad.

PALABRAS CLAVE: hermandad; mujerismo africano; salud; feminismo negro; circularidad.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Criar novas tecnologias em saúde é sempre um desafio e, quando isso acontece, elas precisam ser amplamente divulgadas. Este trabalho busca socializar a experiência e as reflexões nas quais está pautada, bem como aquelas por ela geradas.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Apresentamos a ferramenta de acolhimento em saúde que denominamos Roda de Mulheres. Para além de uma roda de conversa, é um instrumento que pretende provocar e potencializar a dororidade entre mulheres. Nesse sentido, por meio do círculo e da palavra, quem está no centro da questão é a mulheridade e o seu poder de transformação.

Trata-se de um espaço de sensibilização sobre as pressões e as violências que atravessam a vida das mulheres, cujas experiências são entrelaçadas por suas condições de raça e classe. Leva-se em consideração que essas condições, somadas às de gênero, podem tornar a experiência mais suscetível ao atravessamento de vulnerabilidades.

No contexto do atendimento a crianças e adolescentes internados em um hospital de alta complexidade e a seus familiares, observamos a demanda institucional de "tecnificar" o cuidado materno, bem como o tensionamento da relação entre acompanhantes, mães, cuidadoras e a equipe assistencial, relacionado às expectativas institucionais quanto à relação com o filho adoecido. Também observamos que as mulheres cuidadoras das crianças e dos adolescentes internados detêm saberes e práticas que são cruciais no cuidado em saúde.

Destaca-se que a maior parte das acompanhantes na pediatria é composta por mulheres, via de regra, pretas, chefes de famílias monoparentais, sobrecarregadas pelo trabalho não remunerado de cuidado e pressionadas pela necessidade de sustento material da família. Em paralelo, elas são alvo de cobranças sociais ancoradas em idealizações que apagam a mulher, restringindo seu devir a um lugar materno de perfeição e de negação das próprias necessidades para servir ao filho.

A dinâmica das relações estabelecidas entre mulheres em uma unidade de saúde, especialmente entre profissionais e acompanhantes, é atravessada por fatores históricos, culturais e estruturais que ultrapassam a interação imediata. O mito do amor materno, conforme problematizado por Badinter (1985), constrói uma idealização da maternidade que pressiona as mulheres a assumirem o cuidado como missão natural, o que, em ambientes hospitalares, se traduz em uma expectativa de disponibilidade e abnegação da mãe, muitas vezes a acompanhante principal.

Para as mulheres negras, esse cenário é agravado pela sobrecarga histórica do trabalho de cuidado, decorrente de heranças escravocratas e do racismo estrutural, que, como aponta Akotirene (2019), se manifesta também nas políticas de saúde e na divisão social do trabalho. No caso de crianças e adolescentes cronicamente adoecidos, essa sobrecarga se intensifica, tornando-se não apenas física, mas também emocional e financeira.

O patriarcado, como analisado por hooks (2019), fomenta a rivalidade feminina como estratégia de fragmentação, impedindo que as mulheres percebam o potencial político de sua união. Em unidades de saúde, essa rivalidade pode se expressar, por exemplo, na forma como as profissionais julgam a conduta das acompanhantes ou como as mães percebem o cuidado prestado, reproduzindo estereótipos de competência, moralidade ou "boa maternidade".

O racismo institucional, presente nas práticas e nas estruturas de saúde, também influencia a qualidade dessas interações. Carneiro (2003) demonstra que as mulheres negras, tanto como pacientes quanto como trabalhadoras da saúde, enfrentam barreiras adicionais ao reconhecimento de sua autoridade e dignidade.

Isso pode gerar tensões específicas. Uma acompanhante negra pode ser alvo de desconfiança ou de tratamento paternalista por parte da equipe, enquanto profissionais negras, mesmo dentro da instituição, podem ser invisibilizadas ou preteridas em funções de maior prestígio.

Assim, compreender a relação entre mulheres no espaço hospitalar exige reconhecer as interseções entre gênero, raça e classe, de modo a transformar esse encontro em um espaço de acolhimento e não de reprodução das desigualdades. Diante desse contexto e das reflexões apresentadas, surge a ideia da criação de um espaço de acolhimento do feminino na saúde, em que a troca entre saberes, orientada pela lógica da circularidade e da oralidade, pilares da filosofia africana, favorecesse a dororidade entre as mulheres.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

O Mulherismo Africano, conceito cunhado por Clenora Hudson-Weems (1993), é uma corrente teórica e política que parte das experiências históricas, culturais e espirituais das mulheres africanas e afro-diaspóricas para propor uma epistemologia própria, distinta do feminismo ocidental. Diferentemente de uma simples adaptação do feminismo, o mulherismo africano estrutura-se a partir de valores comunitários, ancestralidade e visão holística do mundo, situando a mulher negra como pilar da organização social, da preservação cultural e da resistência diante do racismo e do sexismo (Hudson-Weems, 1993; Ogunyemi, 1985).

No contexto brasileiro, essa perspectiva dialoga profundamente com as práticas políticas e comunitárias construídas por mulheres negras ao longo da história. Autoras como Lélia Gonzalez (1988) e Sueli Carneiro (2011) evidenciam que, desde o período escravocrata, as mulheres negras têm articulado estratégias de sobrevivência coletiva, seja na manutenção de redes de solidariedade, seja na liderança religiosa em terreiros ou na formação de movimentos sociais.

Essas práticas incorporam o princípio africano do bem viver, que, segundo Acosta (2016), se fundamenta na harmonia comunitária, no respeito à natureza e na centralidade da vida digna para todos, contrapondo-se à lógica individualista e extrativista do capitalismo.

A potência política da mulher negra, a partir da perspectiva mulherista, manifesta-se na capacidade de articular múltiplas frentes de luta, integrando demandas por saúde, educação, moradia, segurança alimentar e justiça racial em agendas comuns. Como ressalta Ribeiro (2017), a atuação dessas mulheres vai além da reivindicação pontual. Trata-se de um projeto político de reconstrução social, que inclui a formulação e a cobrança de políticas públicas de bem viver pautadas pela equidade racial e de gênero.

Ao reivindicar políticas que garantam direitos coletivos, a mulher negra mulherista não atua isoladamente, mas em redes comunitárias que têm como horizonte a transformação estrutural da sociedade.

Assim, o mulherismo africano, ao valorizar a ancestralidade, a espiritualidade e o compromisso comunitário, oferece ferramentas conceituais para compreender e potencializar as ações das mulheres negras na diáspora brasileira. Mais do que resistência, trata-se de uma proposta de reexistência: viver e organizar-se de forma a criar mundos nos quais a vida plena, coletiva e digna seja possível para todas e todos.

Assim, nasce a Roda de Mulheres, a partir da identificação, pelas assistentes sociais atuantes na internação pediátrica, da necessidade de um espaço coletivo de troca de experiências e vivências entre mulheres que ocupavam diferentes posições no cuidado da criança ou do adolescente internado. Esse espaço deveria promover a identificação e o reconhecimento dos atravessamentos de gênero, o desenvolvimento da dororidade e a prevenção da violência de gênero.

Fazemos aqui, ainda, uma reflexão sobre outras mulheres que estão na cena do cuidado da criança e do adolescente internado para além das famílias. Essas mulheres também não vivenciam situações semelhantes? As trabalhadoras do Hospital Federal de Bonsucesso, nas diferentes funções sociais que exercem, não estão também sujeitas à dupla ou tripla jornada de trabalho, a relações violentas e abusivas, à baixa remuneração, à ausência de políticas específicas e a outras violências de gênero?

Poderiam essas mulheres se identificar e perceber as violências e os desafios comuns que as atravessam, apesar das diferenças que as distanciam? Afinal, estão ali mulheres-mães, mulheres-adolescentes-mães, mulheres-trabalhadoras, mulheres-trabalhadoras do lar, mulheres em situações de violência e mulheres vítimas de racismo institucional e de injustiças sociais.

A criação da roda está pautada na identificação do potencial da troca de experiências de vida e de saberes entre mulheres que vivem e enfrentam uma sociedade patriarcal, capitalista e racista. A proposta favorece o estabelecimento e o fortalecimento de redes de apoio, a sensibilização para relações mais acolhedoras e a identificação de estratégias para enfrentar coletivamente questões que frequentemente são enfrentadas de forma individual.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

OBJETIVOS

Promover um espaço no qual as mulheres possam reconhecer as questões de gênero, raça e classe que as oprimem e que tornam o cuidar no ambiente hospitalar um processo mais difícil.

Favorecer a criação e o fortalecimento de redes de apoio e de outras estratégias de enfrentamento da violência de gênero, reconectando o feminino com o protagonismo na produção da vida e da saúde.

METODOLOGIA

A Roda de Mulheres é uma atividade realizada nos moldes de uma roda de conversa, que se apoia em valores como a circularidade, a ancestralidade e a oralidade, alguns dos pilares da filosofia africana.

A circularidade, enquanto princípio epistemológico e metodológico, constitui-se como um dos fundamentos da filosofia africana e das epistemologias afro-diaspóricas. Trata-se de uma forma de pensar e organizar o conhecimento que rompe com a linearidade cartesiana ocidental, valorizando a interconexão, a oralidade, a ancestralidade e a comunidade como elementos centrais de produção e transmissão do saber.

Segundo Munanga (2010), o pensamento africano estrutura-se em torno da totalidade e da inter-relação, entendendo o ser humano como parte indissociável do cosmos, em que passado, presente e futuro se interpenetram. Nessa perspectiva, a circularidade não se limita a um formato estético ou narrativo, mas apresenta-se como um método pedagógico e político que preserva e atualiza a memória coletiva.

Leda Maria Martins (1997) conceitua esse princípio no campo das artes e da oralidade como "tempo espiralar", no qual o movimento circular da memória e da palavra ressignifica continuamente a experiência histórica e cultural. Essa dinâmica rompe com a concepção de tempo linear-progressivo, privilegiando o retorno ritualizado a referências ancestrais, não como repetição estática, mas como reatualização crítica e criativa.

A circularidade também se articula à filosofia *ubuntu*, que sustenta a máxima "eu sou porque nós somos" (Ramose, 1999), evidenciando que o conhecimento não é propriedade individual, mas um processo compartilhado. Nas práticas educativas afrocentradas, como pontua Gomes (2017), a circularidade favorece o diálogo horizontal, a escuta coletiva e o reconhecimento da pluralidade de saberes, sendo, portanto, um método capaz de tensionar as estruturas eurocêntricas de ensino e promover a equidade epistêmica.

Assim, compreender a circularidade enquanto método é compreender uma das chaves da resistência cultural e epistêmica africana e afro-diaspórica. Ao deslocar o centro da produção de conhecimento para experiências enraizadas em memórias e territórios de origem africana, reafirma-se a necessidade de epistemologias plurais e decoloniais, capazes de dialogar com a ancestralidade sem abrir mão da contemporaneidade.

Nessa perspectiva, as mulheres acompanhantes trazem consigo seus conteúdos, experiências e visões sobre a vida, sendo esses saberes tão importantes quanto os saberes técnicos das especialistas. Nesse espaço, o ser mulher é o fio da meada que aglutina e potencializa as trocas e o fortalecimento dos vínculos.

Nos encontros, deve-se, então, buscar a horizontalização do peso das falas e das intervenções, visando valorizar saberes e perspectivas que são também importantes para o ofício de cuidar, bem como para a identificação de sistemas opressores e a organização de estratégias coletivas de enfrentamento.

A roda de conversa é um recurso metodológico amplamente utilizado em contextos educativos e comunitários, caracterizando-se como um espaço dialógico, horizontal e participativo. No campo das epistemologias africanas e afro-diaspóricas, a roda ultrapassa a função de simples técnica de facilitação, constituindo-se como prática ancestral que expressa a circularidade do saber, a oralidade e a valorização das experiências coletivas (Munanga, 2010; Martins, 1997).

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Nessa perspectiva, o círculo não é apenas uma disposição física dos participantes, mas um símbolo de interdependência, pertencimento e continuidade histórica.

A roda, como elemento simbólico e organizador da interação, tem raízes profundas nas culturas africanas. Segundo Hampâté Bâ (2010), a oralidade é o "livro vivo" das sociedades africanas, e o círculo é a sua estrutura natural, pois nele todos se veem e se ouvem, reafirmando a igualdade de vozes.

Esse princípio foi preservado e reelaborado na diáspora brasileira, manifestando-se em práticas culturais como as rodas de capoeira, de samba e de jongo e nos rituais dos terreiros, que articulam música, dança, palavra e espiritualidade como processos educativos e de construção identitária (Sodré, 1988).

Do ponto de vista pedagógico, autores como Freire (1996) e Gomes (2017) destacam que a roda de conversa favorece a problematização da realidade, a troca de saberes e a escuta ativa, elementos que convergem com a filosofia africana de produção coletiva do conhecimento. No ambiente educacional e comunitário, ela se configura como estratégia de decolonização do saber, na medida em que reconhece e legitima narrativas historicamente marginalizadas, promovendo o diálogo entre saberes acadêmicos e populares.

Assim, compreender a roda de conversa a partir da sabedoria africana da diáspora significa reconhecer nela não apenas um método participativo, mas um ato político e epistêmico de resistência. Trata-se de um dispositivo que preserva a memória coletiva, fortalece laços comunitários e propõe um modelo de aprendizagem comprometido com a equidade, a ancestralidade e a pluralidade de vozes.

Nessa perspectiva, a dinâmica privilegiada de abordagem é a roda de conversa, podendo variar conforme as avaliações e as sugestões das participantes. Também podem ser utilizados recursos como teatralidade, musicalidade, jogos e materiais pedagógicos, privilegiando-se a escuta ativa e humanizada.

Na experiência da internação pediátrica, as reuniões ocorreram mensalmente, durante dois anos, de forma presencial, sem necessidade de continuidade entre elas. No primeiro ano, os temas foram propostos pelas coordenadoras e, no segundo, seguiram o encaminhamento das avaliações, visando atender às principais demandas sinalizadas no primeiro ano.

No formato adotado atualmente, abrangendo toda a unidade hospitalar, a roda tem ocorrido de forma esporádica, nos formatos presencial, *online* ou híbrido, de acordo com a demanda identificada e com as temáticas trabalhadas no projeto "Calendário da Diversidade"[1]. Foram realizados dois encontros no primeiro semestre de 2025. Em todos eles, houve a presença de uma mediadora, que organizou e conduziu as ações detonadoras das discussões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os anos de 2023 e 2024, foram realizados 13 encontros da Roda de Mulheres da internação pediátrica. Os temas variaram entre cuidado, autocuidado, idealização da maternidade, redes possíveis, saúde da mulher negra e racismo.

Em 2024, o planejamento teve como base as avaliações do ano anterior, visando instrumentalizar e fortalecer o lugar de mulher, do ponto de vista da retomada dos projetos de vida e da efetivação dos direitos.

Em 2025, realizamos dois encontros da Roda de Mulheres com uma configuração diferente, visto que buscavam atender às mulheres de toda a comunidade hospitalar. Esses dois encontros fizeram parte da programação do Julho das Pretas e ocorreram de forma presencial e *online*. Nessas oportunidades, abordamos a temática da mulher usuária e trabalhadora do SUS.

No que tange à participação e à adesão, na primeira fase, realizada entre 2023 e 2024, os encontros mensais tiveram uma média de 7/82.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

Cabe ressaltar que, nesses encontros, para além do número de participantes, notamos a importância da ocupação da roda pelas mães e principais cuidadoras acompanhantes. Mesmo expressando vergonha e timidez ao falar em público, tendo em vista a dificuldade de romper com o paradigma da palestra, os recursos pedagógicos mostraram-se necessários e foram importantes detonadores e destravadores das falas.

Para as mulheres que passavam por tantas pressões no ambiente da enfermaria, ter um local onde pudessem se sentar para apenas serem mulheres mostrou-se de crucial relevância. Muitas falaram dos problemas identificados, reconhecendo ali um espaço de escuta e de confiança.

Reivindicavam, ainda que sem nomeá-lo dessa forma, seu poder de conhecimento sobre o que estava errado. Falavam abertamente sobre aquilo que identificavam como equivocado, apesar de serem consideradas leigas. As "mãezinhas" não são leigas. Elas aprendem muito sobre as regras do cuidado hospitalar pelo poder da vivência. Elas, em sua maioria, não frequentaram os bancos das universidades, mas estão sendo formadas pela universidade da vida, a mesma que forma pessoas negras desde sempre.

Também é necessário considerar o conhecimento que trouxeram sobre seus próprios filhos e o quanto lhes doía não serem ouvidas. Entre os sonhos, ah, entre essas joias que foram colhidas neste trabalho, vimos muitas direcionarem seus projetos para a área da saúde. Fruto da admiração? Tentativa de unir necessidade e sonho? A mãe e a mulher?

Na segunda fase, o número de participantes foi, em média, de 30 mulheres entre usuárias e trabalhadoras. O último encontro da roda, por ser híbrido, nos formatos presencial e *online*, contou com a participação de mulheres do Rio Grande do Sul e de outras instituições, reunidas em torno da discussão sobre dororidade e vínculo entre mulheres pretas trabalhadoras do SUS.

Nesse encontro, identificamos a enorme potência desse espaço, em que o abraço aconteceu pelo olhar, pela palavra e pela roda que se estabeleceu em falas como "eu sei o que você passa".

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. Tradução de T. Breda. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante; Fundação Rosa Luxemburgo, 2016.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de W. Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. 339 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

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

GOMES, N. L. **O movimento negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Organização de F. Rios e M. Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HAMPÂTÉ BÂ, A. **Amkoullel, o menino fula**. São Paulo: Palas Athena; Casa das Áfricas, 2010.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. Tradução de A. L. Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

HUDSON-WEEMS, C. **Africana womanism**: reclaiming ourselves. Troy: Bedford Publishers, 1993.

MARTINS, L. M. **Afrografias da memória**: o Reinado do Rosário no Jatobá. Belo Horizonte: Mazza, 1997.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

OGUNYEMI, C. O. Womanism: the dynamics of the contemporary Black female novel in English. **Signs**: Journal of Women in Culture and Society, Chicago, v. 11, n. 1, p. 63–80, 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1086/494200. Acesso em: 20 dez. 2025.

Saúde em Redes, v. 12, n.supl. 6 (2026). ISSN 2446-4813
DOI: 10.18310/2446-48132025v12nsup6.

PIEDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Nós, 2017.

RAMOSE, M. B. **African philosophy through Ubuntu**. Harare: Mond Books, 1999.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento; Justificando, 2017.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade**: a forma social negro-brasileira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

GHC 100%SUS
Grupo Hospitalar Conceição

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE