

ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO AMAZÔNICA: *SABERES E PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS*



ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Michele Rocha El Kadri
Rodrigo Tobias de Sousa

Série Saúde & Amazônia, 8

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Michele Rocha El Kadri
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

***ATENÇÃO BÁSICA NA
REGIÃO AMAZÔNICA:
SABERES E PRÁTICAS PARA
O FORTALECIMENTO DO SUS***

COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA
Túlio Batista Franco

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

editora



redeunida

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália
Ardigo Martino - Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Háider Aurélio Pinto - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano 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 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
Renan Albuquerque Rodrigues - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, 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
Simone Edí Chaves - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Maria Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto gráfico Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação / Arte da Capa

Junio Pontes

Revisão

Júlio Cesar Schweickardt

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

A864

Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS /
Júlio Cesar Schweickardt, Michele Rocha El Kadri, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, organizadores

1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

ISBN: 978-85-54329-26-6

311 p.:il - (Série Saúde & Amazônia; 8)

DOI: 10.18310/9788554329266

1. Atenção Primária à Saúde. **2.** Saúde Coletiva. **3.** Sistema Único de Saúde. **4.** Política Pública.
I. Schweickardt, Júlio Cesar (org.). II. Série.

NLM: W 84.6

Catálogo elaborado pela Editora Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, N° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Série Saúde & Amazônia, 8

A Série Saúde & Amazônia é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA)/Fiocruz Amazônia e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, pesquisadores. A série tem interesse em contribuir com o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de todos os sujeitos envolvidos na construção das obras.

ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO AMAZÔNICA: SABERES E PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM),
Coordenação Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq)

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Daniele Noal Gai, Camila Soares Teixeira, Izi Caterine Paiva Alves Martinelli dos Santos, Vanessa Figueiredo de Almeida

FOTOGRAFIA DE CAPA:

UBS Fluvial de Tefé, AM. Fabiana Mânica Martins

1º Edição
Porto Alegre/RS 2019
Rede UNIDA

SUMÁRIO

SUMÁRIO

- 01 Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento** (Júlio Cesar Schweickardt, Michele Rocha El Kadri, Rodrigo Tobias de Sousa Lima) **08**
- 02 Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto Amazônico** (Erika Rodrigues de Almeida, Celmário Castro Brandão, Etel Matielo, Marco Aurélio Santana, Olivia Albuquerque Ugarte, Tamara Silva da Costa) **15**
- 03 Potencialidades e Desafios da Atenção Primária à Saúde na Amazônia - a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois municípios do estado Amazonas** (Tatiane Lima Aguiar, Ana Beatriz Werneck, Nathalie Matos) **51**
- 04 Atenção Primária à Saúde em áreas rurais Amazônicas: análise a partir do planejamento do distrito de saúde rural de Manaus** (Amandia Braga Lima Sousa, Iago Orleans Pinheiro Monteiro, Aylene Bousquat) **71**
- 05 O banheiro no território líquido na Amazônia: análise da micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha** (Francine Rebello Pereira, Júlio César Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt) **92**
- 06 Saúde numa comunidade quilombola da Amazônia** (Joana Maria Borges de Freitas Silva, Júlio César Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Nicolas Esteban Castro Heufemann) **112**
- 08 Doenças diarreicas entre índios Munduruku do Rio Canumã: desafios para a Atenção Básica à Saúde** (Bahiyeh Ahmadpour, Andrew Georg Wischneski, Raquel Dias-Scopel, Luigi Bruno Peruzo Iacono, Daniel Scopel) **126**
- 08 O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiros tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM** (Júlio Cesar Schweickardt, Cristiane Ferreira da Silva, Jéssica Mariana Gomes Fermin, Andry Tavares Lasmar, Cleonícia Firmino da Silva Melo, Glória Maurício da Silva, Alcindo Antônio Ferla) **140**

- 
- 09** **Avaliação de eficiência da Atenção Primária em um município Amazônico** (Luana Santiago da Silva, Camila Dias da Silva, Kamila Vieira Silva) **152**
- 10** **Ações de saúde em populações ribeirinhas no interior do Estado do Amazonas: relato de experiência** (Marcelo Henrique da Silva Reis, Jéssica Karoline, Wendel da Silva Barros Alves Portugal, Firmina Hermelinda Saldanha de Albuquerque, Abel Santiago Muri Gama) **170**
- 11** **Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre os saberes em um território de Manaus** (Naila Mirian Las-Casas Feichas, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo de Sousa Lima) **182**
- 12** **A saúde do homem: cuidado humanizado dos enfermeiros na Atenção Básica** (Cleiry Simone Moreira da Silva, Paulo Sérgio da Silva, Joelma Ana Gutiérrez Espíndula) **194**
- 13** **Grupo vida saudável na Atenção Primária à Saúde: uma estratégia de promoção da saúde e combate a obesidade em Brasileia, Acre** (Douglas Oliveira Vieira, Jardel de Nazaré dos Santos, Vandico Lopes da Silva, Celso Gustavo Ritter) **208**
- 14** **Atendimento odontológico domiciliar a idoso da ilha do Combú, na região Amazônica Brasileira: Estratégia Saúde da Família** (Michely Lima Brito Buarque de Lima, Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides, Liliane Silva do Nascimento, Flávia Sirotheau Corrêa Pontes, Andrea Maia Correa Joaquim) **218**
- 15** **Saúde Mental e a Atenção Básica: facilitando o diagnóstico da depressão em adultos** (Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos, Fabio Biasotto Feitosa) **231**
- 16** **Os Autores e Autoras** **256**

Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento

01

Júlio Cesar Schweickardt
Michele Rocha Kadri
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Os territórios, na Amazônia, estão constante movimento. Esse movimento se dá por conta do desmatamento, pelas mobilizações das pessoas, pelas áreas demarcadas e conflitos sócio-ambientais produzidos pelas grandes obras e por tantas outras ações nos territórios. No entanto, nos interessa falar sobre o movimento produzido pelo ciclo das águas que desloca áreas de terras de um lado do outro, tirando partes de terra de um lugar e para outro. Assim, temos um território que literalmente se movimenta, produzindo novas áreas e criando vazios em outros. Mas reconhecemos que são as pessoas e as populações que dão sentidos a esses movimentos e aos territórios que vão além das paisagens. Nesse sentido, queremos falar das várias gentes e das políticas que se fazem e se refazem nos diversos territórios da Amazônia.

O livro, que aqui apresentamos, é formado por uma coletânea de textos com relatos das experiências, pesquisas e ações sobre o que é fazer Atenção Básica numa região tão singular como Amazônia. Essa Amazônia que se faz de várias *amazônias*: amazônia ribeirinha, amazônia urbana, amazônia indígena, amazônia de fronteira, amazônia quilombola. Assim, essas “amazônias” nos desafiam para abordagens inovadoras que podem e devem ser atendidas no cotidiano dos serviços de quem faz saúde no lugar. É nessas diferentes amazônias que temos as diferentes atenções básicas sendo colocadas na cena do cuidado.

A chamada pública, realizada em 2018, nos surpreendeu tanto pela quantidade de textos como pela qualidade dos mesmos. Recebemos textos de quase todos os estados da Amazônia, sendo a maioria do Amazonas, seguido do Pará, Acre, Rondônia, Roraima, além do texto analítico dos trabalhadores do Departamento da Atenção Básica (DABE) do Ministério da Saúde. Ao final foram 28 manuscritos e optamos por dividir em dois livros, um sendo organizado em torno das experiências no campo da formação e do ensino e este trazendo experiências nos diferentes territórios.

Fizemos a opção em manter os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde por considerar que essa é uma escolha das filiações teóricas e ideológicas dos autores. Apesar de entendermos que não é somente uma questão terminológica, mas assumimos que os dois conceitos não apresentam diferenças significativas no que se refere à sua aplicação nos territórios. O que nos vêm de imediato é que a atenção básica é o lugar do complexo, onde a vida acontece em toda a sua intensidade e vitalidade. Não significa, portanto, uma política que oferece um pacote de serviços para pobres, mas uma atenção integral e equitativa que dialoga com o território de vida de todas as pessoas e seus vários modos de organizar e dar sentido às suas práticas. Além disso, não há como esquecer que esse conceito tem sentido quando entendemos que nasceu com a reforma sanitária brasileira que sintetizou as experiências que valorizavam a participação social na gestão da saúde. Em certo sentido, isso foi expresso nos textos dessa coletânea.

Os textos são resultados de ações das secretarias locais de saúde, DABE/MS, Universidades e de Programas de Pós-Graduação. Assim, a produção dos textos envolveu trabalhadores e gestores do SUS, teses e dissertações de alunos de graduação e pós-graduação. Aos pesquisadores e associados ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, responsáveis por essa compilação de experiências, é cada vez mais evidente a grandiosidade e singularidade da região, pois os diferentes olhares dos autores apresentam inovações que problematizam as análises homogeneizadas de estudos e políticas nacionais.

Boaventura de Souza Santos (2007) tem nos ajudado a perceber que na macroescala dominante dessas análises nacionais as realidades locais desaparecem, pois “o global e universal é hegemônico; o particular e local não conta, é invisível, descartável, desprezível” (ibidem, p.31). Ao lermos os textos, uma antiga reflexão no campo da saúde sobre universalização versus focalização do Sistema Único de Saúde veio recorrentemente em nosso pensamento. Isso é relevante ao pensar nos desafios de implantar um sistema único em uma região tão diversa dos centros onde a política e suas ações são desenhadas. Os conceitos não necessariamente se anulam, a cobertura pode ser universal, mas com uma organização focal. Segundo Kerstenetzky (2006, p. 570) a focalização pode ser entendida como “ação reparatória necessária para restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais [...] que teriam sido perdidos como resultado de injustiças passadas”. Isso é especialmente importante para países com grandes desigualdades como o Brasil no sentido de aproximar o direito universal à sua efetiva realização. Assim, somente um sistema universal com princípios de equidade é capaz de garantir condições mínimas para preservação da vida, em especial, em condições de exclusão social e empobrecidos pelo sistema político-econômico.

Promover ações de saúde específicas e/ou um modo diferenciado de organizar o sistema “nas amazônias” não se trata de uma intervenção residual, mas sim em um modelo adequado para esse espaço. Desse modo, a intervenção não é somente para corrigir negligências passadas e incorreções presentes, mas também por acolher a diversidade de conhecimentos, práticas e de territorialidades aí presentes. Esse entendimento deixa emergir toda a potência do lugar.

O **capítulo de abertura** apresenta estado da arte sobre estudos e políticas de saúde voltadas para a Região Amazônica. A região de fato só contou com agenda específica para saúde a partir de 2002, pois antes disso as suas especificidades eram homogeneizadas no padrão nacional. Parte significativa dos incentivos é identificada em políticas específicas: Política para Saúde Indígena, Equipe de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha, Piso da Atenção Básica (PAB) diferenciado, Programa Mais Médicos (PMM). Este último de fato foi que mais contribuiu para ampliação de equipes e expansão de cobertura. Contudo apesar de um incentivo por parte do Ministério da Saúde em especial entre 2010-2014 tais esforços não foram suficientes para ampliar de forma expressiva as ações de AB na região. É preciso que esse fortalecimento seja consistente e mais duradouro para vencer resultados negativos que anos de negligências com a região tem gerado nas condições de vida e saúde das populações.

O **segundo capítulo** traz o relato de experiência sobre o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). Esse tema é particularmente caro ao LAHPSA, pois desde 2013 temos desenvolvido pesquisas sobre UBSF em diferentes territórios na Amazônia, produzindo essas que inclusive serviram de referência para este capítulo. Os autores trazem contribuições quanto aos desafios de desenvolver uma tecnologia de atenção para esses territórios, demonstrando a necessidade de termos diferentes análises sobre essa política. Como demonstra o **capítulo 3**, a realidade do rural e ribeirinha nem sempre é visível no planejamento de ações de grandes centros urbanos. O texto aponta que apesar da Secretaria de Saúde de Manaus ter uma equipe de gestão e assistência dedicada a atuar nesse cenário, pensar fora da caixa urbano-centrada na qual o SUS é estruturado, permanece sendo um desafio.

As características de um território cujas paisagens se modificam sazonalmente a cada ciclo de enchente e vazante são tratadas no **capítulo 4** a partir das experiências que nos ensinam a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha no município de Careiro (AM). O município tem como característica ter um território que se transforma literalmente líquido pelo alagamento das águas do Amazonas, paranás e lagos. O texto traz temas pertinentes para o tema da Atenção Básica na Amazônia tais como território, redes de cuidado criadas pelos usuários e equipe.

O **capítulo 5** convoca a presença de outro grupo ainda invisibilizado no território amazônico: as comunidades quilombolas. Através de um diário de campo, os autores apresentam a “ruralidade” amazônica dessas comunidades ligadas por fortes laços identitários localizadas no Rio Andirá, município de Barreirinha (AM). Esta é uma “nova etnia” que, segundo Almeida (2011), se refere a novas identidades que se formaram no país, passando de caboclos-ribeirinhos para remanescentes de quilombos. Quilombola não diz respeito exclusivamente com a cor ou ao lugar de vida, mas sim a uma identidade que se reconhece com uma história passada em comum e com modo de vida em coletividade e na relação com o ambiente. O relato traz ricos detalhes que ajudam a pensar estratégia para planejar uma atenção básica na mobilidade das redes que caracterizam o território líquido. O capítulo nos convida a conhecer o quanto de vida, alternativas, presenças há nesses lugares cuja existência simplesmente desaparece no termo “vazio demográfico”.

Um pouco mais presente nas políticas de saúde, embora homogeneizados em suas diferenças culturais, o **capítulo 6** traz os desafios na Atenção Básica para Saúde Indígena. Aponta a necessidade de saneamento básico que impacta mais fortemente na saúde das crianças menores de cinco anos. As questões de saúde no texto são de questões já conhecidas, mas apontam que uma resposta mais efetiva para o problema requer ações intersetoriais com o fortalecimento da atenção básica com pessoal, recursos logísticos. A educação em saúde também é destacada pelos autores como uma ação importante da atenção básica para as populações indígenas.

O **capítulo 7**, escrito de modo compartilhado entre equipe, parteiras e pesquisadores, mostra toda a potência de encontro de diversos saberes quando há possibilidades e espaços que dividem não só conhecimentos, mas também desconhecimentos a partir do trabalho de parteiras indígenas e trabalhadores do DSEI Alto Rio Solimões. Neste grupo, a tradição e a natureza prevalecem e resultam que mais de 80% dos partos não contam com intervenção cirúrgica e são realizados por parteiras. O relato aponta que questões de dispersão das comunidades em um vastíssimo território é um desafio não irrelevante para prover acesso as comunidades. Assim, é um desafio ainda maior realizar o deslocamento da equipe ou das parturientes que eventualmente venham a necessitar remoção para a sede do DSEI ou para a maternidade. Além disso, o parto não se limita ao ato em si, mas é um acontecimento cultural que envolve o processo de tornar-se sujeito da comunidade para o recém-nascido. Em ato a parteira indígena junto à equipe multiprofissional não se limita a ser interprete da língua e cultura, mas também tem o seu discurso e prática empoderada no momento do encontro. A experiência do Polo Base Betânia (município de Santo Antônio do Içá) tem mostrado que na visão da equipe multiprofissional o trabalho da parteira ajuda no processo de adesão das parturientes aos cuidados de saúde.

de, mas também reconhecem que há necessidade de avançarmos no cuidado intercultural. É sem dúvida uma experiência de coexistência numa relação que busca a superação da hierarquização dos saberes.

Um estudo feito no município de Santarém (PA), o **capítulo 8** discute o indicador Condições Sensíveis à Atenção Básica que apontou redução das internações a medida que foi ampliada a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caindo de 28% em 2011 para 16% em 2016. Destacamos que foi nesse período que ocorreu a implantação do Programa Mais Médicos que permitiu a ampliação das equipes de ESF. Nesse mesmo período a cobertura Atenção Básica passou de 32% para 49%. Observação bem relevante que o estudo traz para o contexto amazônico é que equipes da ESF das zonas rurais apresentam baixas taxas de internação, contudo há aqui o desafio de compreender com mais exatidão se revelam excelência na assistência das equipes ou se a distância que separa as comunidades do hospital de referência é o fator que prejudica sobremaneira o acesso.

A experiência da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) desta vez no município do Coari (AM) no ano de 2018 é abordado no **capítulo 9**. Relata as viagens mensais para mais de 200 comunidades, realizando mais que o dobro de atendimentos do modelo de barco convencional, utilizado anteriormente à UBSF. Em particular, esse município conta com cursos de graduação na área da saúde da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e isso vem potencializando ações da Unidade com extensão e melhorando formação profissional dos estudantes. O “Cine Ribeirinho” é uma ação agregada ao leque de ações da UBSF trazidas a partir dessa interação Universidade-Serviço. Os vídeos com mensagens de educação em saúde contextualizada ao cotidiano local foram produzidos pelos próprios graduandos e eram exibidos durante intervalos de filmes de longa-duração. De fato, os filmes comerciais eram estratégia para atrair atenção dos comunitários e eram exibidos em locais comunitários (centros sociais, pátio de igrejas ou escolas). Por outro lado, a inserção de alunos de enfermagem na rotina dos serviços de saúde em contexto ribeirinho possibilita para além da técnica a leitura da cultura do lugar e de suas populações. Para tal, consorciar ações entre as instituições em qualquer esfera de atuação no local, pode mesmo qualificar a assistência prestada.

Capítulo 10 traz a experiência de uma médica de família e equipe num bairro de Manaus na identificação e na escuta de terapeutas populares em seu território de atuação. A disposição em aprender com outras lógicas é a grande lição que o texto nos traz, pois mostra a desconstrução ou a desterritorialização de uma profissional que se constituiu pela referência do saber biomédico. Desse modo, observamos o movimento de produção de uma antropologia de si e do outro, na tentativa de compreender as lógicas de saúde e doença no território da atenção básica.

Os programas transversais dentro da Atenção Básica também são temas de análises recorrentes. O **capítulo 11** investiga o cuidado humanizado à população masculina nas unidades de saúde de Boa Vista (RR), dando destaque à Política Nacional de Saúde do Homem. Embora saibamos que o modo com o serviço de saúde e os profissionais organizam as ações programáticas da Atenção básica influencia no consumo desses serviços pelos usuários, o estudo revela que a saúde do homem ainda acontece de forma pontual durante visitas domiciliares ou durante consultas pré-natais das parceiras ou em ações de caráter campanhista eventuais. Os autores mostram que o espaço da Unidade de Saúde é percebido eminentemente como feminino, isso requer que equipe siga em busca de outros espaços para alcançar população masculina, tais como: empresas, instituições de ensino, grupos religiosos, etc.

O **capítulo 12** apresenta a iniciativa do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município de Brasília (AC) na implantação do grupo de tratamento e prevenção de obesidade. Com o envolvimento de todas as Equipes de Saúde da Família, essa iniciativa contribuiu para uma organização do cuidado menos fragmentada no município com um trabalho interdisciplinar e de matriciamento, uma vez que as questões recorrentes nos grupos eram dialogadas com as equipes da ESF. Assim, no que se refere à orientação nutricional o NASF de Brasília vem melhorando sua função de suporte técnico-pedagógico para rede de Atenção Básica do município.

A Saúde Bucal é também um importante serviço presente na Atenção Básica. O **capítulo 13** traz experiência de um atendimento odontológico domiciliar realizado em Belém (PA). A intervenção acontece em idosos semi ou totalmente dependentes conforme a Política de Saúde da Pessoa Idosa. O texto revela como essa ação é um excelente ambiente para atuação interprofissional, superando uma soma de ações de profissionais para uma ação “entre profissionais”. Desse modo, como falamos acima, podemos perceber que o contexto da atenção básica é rico e complexo, pois é onde a vida acontece em toda a sua diversidade.

O **último texto** apresenta o problema da depressão e a dificuldade de se fazer o diagnóstico na atenção básica em saúde. Os autores apresentam uma metodologia que gerou um modelo de protocolo a ser aplicado nas Unidades Básicas de Saúde. A tentativa de responder a esse problema que afeta um significativo número de pessoas é mais destacado quando pensamos nas características do nosso território. Portanto, para além dos autores apresentarem um protocolo para o diagnóstico de depressão na atenção básica, fica evidente que ainda necessitamos de estratégias e metodologias acessíveis aos profissionais que atuam na saúde da família para o enfrentamento das questões que a saúde mental nos coloca no cotidiano dos serviços e da vida das pessoas.

Os dois livros com a temática da atenção básica trazem uma grande diversidade de metodologias, práticas e ações nos mais distintos lugares, tornando-se, desde já, referência para um tema que ainda merece mais pesquisa, reflexão e produção. Os textos vêm se somar às publicações que o grupo de pesquisa LAHP-SA vem fazendo desde sua criação em 2013, que buscam destacar a inovação e a potência que as práticas e saberes têm a falar sobre a Amazônica. Assim, conceitos e expressões que estão em plena criação e exercício reflexivo *como território líquido, populações ribeirinhas, longo muito longe* fazem parte do modo de *desver* o mundo, como nos ensina Manoel de Barros (2013), numa tentativa de *transver* novas palavras e novas realidades.

Em termos do discurso global, a Amazônia é sempre tema quanto a sua preservação. Combater o desmatamento, atividades mineradoras ou barragens hidrelétricas ambientalmente pouco responsáveis, ou ainda incorporação de extensas áreas ao agronegócio é fundamental tanto quanto discutir um modelo de desenvolvimento que inclua suas gentes; é precisar falar não para a Amazônia, mas com ela. Assim, incentivo à pesquisa na região é um caminho para colocar nas pautas de discussão um modelo local para o Sistema Único de Saúde. Finalmente, este livro pode contribuir no debate não só sobre desafios que persistem, que são muitos, mas principalmente em dar visibilidade às invenções que vem sendo produzidas por gestores, trabalhadores, pesquisadores, usuários, docentes e estudantes localizados nos mais diversos territórios que apresentam a dinâmica das tantas amazônias que são visíveis e presentes, mas, ao mesmo tempo, invisíveis e ausentes.

Referências

Almeida, A.W. B. (2011). **Quilombo e novas etnias**. Manaus: UEA.

Barros, M. (2013). Biblioteca Manoel de Barros. São Paulo: **Leya**.

Kerstenetzky, C. L. (2006). **Políticas Sociais: focalização ou universalização?** Brazilian Journal of Political Economy, v. 26, n. 4, p. 564-574.

Santos, B. S. (2007). **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo Editorial.

Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico

02

*Erika Rodrigues de Almeida
Celmário Castro Brandão
Etel Matiello
Marco Aurélio Santana
Olivia Albuquerque Ugarte
Tamara Silva da Costa*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) foi concebida, a partir da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, como cuidados primários essenciais, fundamentados em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis. Estes cuidados devem estar dispostos o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [OPAS/OMS] 1978; Giovannella & Mendonça, 2012).

No Brasil, a AB está implementada como política de Estado e definida em formato abrangente, já que engloba ações voltadas à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, riscos e doenças, ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Comissão Intergestores Tripartite, 2018). Desde 1994, o país tem como modelo prioritário para organização e expansão da AB a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, desde 2006 possui uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que apresenta diretrizes organizacionais para orientação e articulação interfederativa, com vistas ao fortalecimento da AB no Brasil.

Na linha do tempo de construção e implementação da PNAB, foram sendo pensadas estratégias para garantir acesso e qualidade nos serviços de AB, dentre as quais se destacam aquelas voltadas ao diálogo com as especificidades da

região amazônica. O presente capítulo, produzido pela equipe técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) abordará essa temática, com dados e análise crítica da instituição e implementação de ações voltadas à AB no contexto amazônico. Nesse sentido, serão problematizados os avanços e desafios ainda presentes no fortalecimento da saúde na Amazônia. Além disso, será apresentado e discutido o estado da arte sobre este tema, na perspectiva de refletir em que medida estas ações têm composto as agendas de governo ou a agenda política do Estado brasileiro ao longo do tempo.

Atenção Básica à Saúde na Amazônia Legal: estado da arte

No intuito de conhecer a produção científica acerca da temática Atenção Básica no contexto amazônico, realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas principais bases de dados: Scielo, Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando-se o período de 1994 a 2018. A partir de contato com algumas leituras aleatórias sobre o tema, foi feita aproximação com os unitermos a serem utilizados na busca, tendo sido definidas 14 operações booleanas, apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Unitermos e operações booleanas utilizadas na revisão integrativa sobre Atenção Básica na Amazônia. Brasil, 2018

UNITERMOS
Amazônia And Saúde And Atenção Básica
Ribeirinha And Saúde And Atenção Básica
Saúde Ribeirinha And Amazônia
Saúde Fluvial And Amazônia
Atenção Básica And Amazônia
Atenção Primária And Amazônia
Atenção Básica And Fluvial
Saúde da Família And Fluvial
Saúde da Família And Amazônia
Atenção Básica And Ribeirinha
Atenção Primária And Ribeirinha
Saúde da Família And Ribeirinha
Atenção Primária And Fluvial
Saúde da Família And Fluvial

Fonte: Elaboração dos autores.

Na busca realizada foram encontrados 91 artigos científicos, sendo 52 da base de dados Scielo, 02 da Pubmed e 37 da BVS, os quais tiveram seus títulos e resumos lidos por dois colaboradores do Departamento, de forma independente, que analisaram a pertinência de seu conteúdo para a composição deste capítulo. Foram considerados elegíveis a compor a amostra trabalhos que versassem sobre questões teóricas ou práticas acerca da Atenção Básica no contexto amazônico. Assim, ao final da leitura foram eleitos 12 artigos (13,2%) conforme **Tabela 2**, os quais foram lidos na íntegra e sistematizados em matriz de análise construída para colher informações sobre a metodologia utilizada e os principais resultados encontrados nos respectivos estudos.

Tabela 2. Resultado encontrado a partir de busca nas bases de dados da revisão integrativa sobre Atenção Básica na Amazônia. Brasil, 2018.

BASE DE DADOS	TÍTULOS/RESUMOS	
	Total	Aceitos
SCIELO	52	12
PUBMED	02	
BVS	37	

Fonte: Elaboração dos autores.

Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2010 e 2018, sendo homogênea a produção no período, com exceção do ano de 2017, onde não houve publicação acerca do tema. Desses, quase metade dos autores (05) são, exclusivamente, de instituições do território da Amazônia, três (03) contaram com participação de instituições da Amazônia e quatro (04) dos estudos com exclusiva participação de instituições de outras localidades, incluindo a participação de uma instituição internacional. Os principais resultados são apresentados na **Tabela 3**.

Dentre os resultados apresentados, alguns descrevem características da região amazônica e sua população, majoritariamente classificada como de baixo nível econômico e educacional, com elevadas taxas de crescimento populacional, baixa esperança de vida ao nascer e baixo registro de mortalidade infantil, sugerindo sub-registro de óbitos (Vieira, Garnelo & Hortale, 2010; Gama, Fernandes, Parente & Secoli, 2018). A pesca e agricultura de subsistência são as principais fontes de renda e as moradias são, em sua maioria, de madeira, com precário saneamento básico (Oliveira et al., 2011; Franco et al., 2015).

Tabela 3. Síntese dos artigos selecionados a partir da revisão integrativa sobre Atenção Básica na Amazônia. Brasil, 2018

Título do Artigo	Autores/Ano de Publicação	Principais Resultados
Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS	MACHADO, F.S.N. et al (2010)	Implantação da telemedicina é uma alternativa para a melhor distribuição dos serviços de saúde; possibilitou acesso à informação, assistência médica e palestras sobre prevenção em saúde básica à população em geral
	Instituição (ões)	
	Núcleo de Apoio à População Ribeirinha da Amazônia; Faculdade de Medicina de Catanduva; Outras instituições	
	Tipo de Estudo	
	Relato de Experiência	
	Local de Estudo	
	Baixo Madeira (RO)	
Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família	Autores/Ano de Publicação	Baixa capacidade gestora, dificuldade em definir prioridades para a saúde, inexistência ou incipiência de ações intersetoriais, limitação na autonomia financeira e uma base de apoio político precária; limitada formação técnica dos gestores e de suas equipes, com carência de aperfeiçoamento profissional; quadro técnico dos profissionais da rede de serviços insuficiente em número e em qualificação para efetuar uma gerência qualificada de serviços de atenção primária à saúde.
	REBELO, J. et al (2010)	
	Instituição (ões)	
	FIOCRUZ-AM; UFAM	
	Tipo de Estudo	
	Estudo descritivo-comparativo; estudos de caso	
Local de Estudo		
	Cinco municípios da Amazônia (não identificados)	
Infecção pelo vírus da hepatite B e C entre os ribeirinhos da Amazônia brasileira	Autores/Ano de Publicação	Com base em dados sorológicos para anti-HBs, observou-se baixa cobertura vacinal contra o VHB para a comunidade, caracterizando os habitantes como grupo de risco para aquisição do VHB. Para a hepatite C foi encontrada um soroprevalência de 8,8%, destes 62,5% tinham RNA viral, o que caracteriza a comunidade estudada como região de alta prevalência para o VHC. Entre os fatores de risco estudados se destacaram: a não-utilização de preservativos, o compartilhamento de instrumentos cortantes, uso de drogas ilícitas e relatos de doença na família com VHB ou VHC.
	OLIVEIRA, C.S.F. et al (2011)	
	Instituição (ões)	
	UFPA	
	Tipo de Estudo	
	Experimental	
Local de Estudo		
	Comunidade ribeirinha da Ilha do Pacuí (PA)	

Atenção primária à saúde em municípios de alto risco para malária	Autores/Ano de Publicação	Falta de integração entre a PNAB e o PNCM ; deficiências nas dimensões acesso, vínculo, sistema de referência e contra referência, e abordagem familiar e comunitária.
	FERREIRA, A.C.S. et al (2011)	
	Instituição (ões)	
	UFMG; FIOCRUZ RJ	
	Tipo de Estudo	
	Transversal descritivo	
Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil	Autores/Ano de Publicação	A maioria das enfermeiras é especialista em saúde da família; carência na formação teórica sobre educação em saúde; ações de saúde com uma discreta tendência à educação popular; processo de trabalho organizado a partir dos programas ministeriais.
	FIGUEIRA, M.C.S.; LEITE, T.M.C.; SILVA, E.M. (2012)	
	Instituição (ões)	
	UNAMA; UNICAMP	
	Tipo de Estudo	
	Município de Santarém (PA)	
Ensino médico e extensão em áreas Ribeirinhas da Amazônia	Autores/Ano de Publicação	Acesso à saúde totalmente dependente da zona urbana do município. Frequência de lombalgia e de acidentes de trabalho tanto em homens quanto em mulheres, demonstrando a relação entre saúde e condições de trabalho. Por outro lado, o número de pacientes que referiam diabetes e hipertensão arterial era mínimo, mostrando os aspectos saudáveis da vida ribeirinha e, portanto, uma realidade muito diferente da encontrada na área urbana.
	MARTINS, A.C. et al (2013)	
	Instituição (ões)	
	UFAC	
	Tipo de Estudo	
	Relato de Experiência	
Município de Mâncio Lima (AC)	Local de Estudo	
	Município de Mâncio Lima (AC)	

Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia	Autores/Ano de Publicação	Alta rotatividade de profissionais; baixa disponibilidade de insumos; organização fragmentária do cuidado; uso limitado de protocolos; planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade.	
			GARNELO, L. et al (2014)
	Instituição (ões)		
			FIOCRUZ-AM; UFAM
	Tipo de Estudo		
			Pesquisa avaliativa
	Local de Estudo		
		26 municípios no estado do Amazonas e 253 municípios dos outros estados da Amazônia Legal (PA, AP, AC, RR, RO, TO)	
Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde	Autores/Ano de Publicação	Como síntese da Matriz FOFA pode-se afirmar que: a informação circula na comunidade a partir do líder; a comunidade é coesa, mas com pouca autonomia; em quaisquer dos níveis de ação (autonomia dos indivíduos, dos recursos e das formas sociais), a comunidade tem alta dependência do líder.	
			GOMIDE, M. et al (2015) .
	Instituição (ões)		
			UFRJ
	Tipo de Estudo		
			Observacional (Matriz FOFA)
	Local de Estudo		
		Comunidades Ribeirinhas Sul-Amazônicas (CRSA) do Baixo Madeira	
Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência	Autores/Ano de Publicação	As condições de acesso à saúde mostraram-se precárias e as alterações de saúde notadamente, presentes referentes às áreas odontológicas e fonoaudiológicas apresentaram-se diante à prevalência da cárie dentária e doença periodontal bem como presença de queixas e alterações auditivas.	
			FRANCO, E.C. et al (2015)
	Instituição (ões)		
			USP; UFSC
	Tipo de Estudo		
			Transversal observacional; relato de experiência
	Local de Estudo		
		Tabajara, Calama, Demarcação e Rio Preto (RO)	

O Programa Mais Médicos e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil	Autores/Ano de Publicação	Profissionais médicos em tempo integral nas UBS; diminuição da rotatividade de profissionais médicos; aumento da produção das equipes; diminuição da procura nas urgências e emergências do hospital; incremento de consultas e procedimentos, ações de prevenção e promoção da saúde, atividades coletivas e a interação com o território.
	SCHWEICKARD, J.C. et al (2016)	
	Instituição (ões)	
	FIOCRUZ-AM; UFRGS; Universidade de Bologna	
	Tipo de Estudo	
	Estudo de caso	
Local de Estudo		
Território do alto Rio Negro (AM)		
Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil	Autores/Ano de Publicação	Aumento de cobertura de ESF de 7,1% em 2012 para 42,8% em 2015; todos os 16 municípios com equipes implantadas com médicos; Proporção de nascidos vivos de mães por consultas de pré-natal aumentou em média 97%; tendência de queda na taxa de mortalidade infantil a partir de 2014. Os resultados sinalizam melhoria da atenção primária, a partir dos indicadores selecionados, impulsionando a ESF na região estudada.
	CARNEIRO, V.B. et al (2018)	
	Instituição (ões)	
	UFPA	
	Tipo de Estudo	
	Série histórica	
Local de Estudo		
Marajó (PA)		
Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil	Autores/Ano de Publicação	Baixo nível econômico e educacional; acesso limitado à zona urbana; problemas de saúde são solucionados na maior parte das vezes pelo uso de medicamentos alopáticos; limitações geográficas constituem barreiras de acesso aos serviços de saúde.
	GAMA, A.S.M. et al (2018)	
	Instituição (ões)	
	FIOCRUZ-AM; UFAM; USP	
	Tipo de Estudo	
	Transversal de base populacional	
Local de Estudo		
Zona rural do Município de Coari (AM)		

Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto ao cenário da saúde nesta região, os artigos apontam importantes desafios relacionados à gestão de pessoas na saúde, como dificuldades de fixação de profissionais no território; uso limitado de protocolos e de estratégias para planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade; carência na formação teórica sobre educação em saúde; deficiências nas dimensões de vínculo, sistema de referência e contra referência e, abordagem familiar e comunitária; e organização fragmentária do cuidado, com processo de trabalho organizado a partir dos programas ministeriais (Figueira, Leite & Silva, 2012; Martins et al., 2013; Ferreira Ferreira, Suárez-Mutis, Campos, & Castro, 2011; Garnelo, Lucas, Parente, Rocha & Gonçalves, 2014).

No tocante à gestão do sistema de saúde, os resultados indicam falta de integração entre os programas de saúde, baixa disponibilidade de insumos, uso extensivo de medicamentos alopáticos, limitações geográficas que se constituem como barreiras de acesso aos serviços de saúde, com reduzida alocação de equipes de Saúde da Família nos territórios, e acesso à saúde dependente da zona urbana (Gama et al., 2018).

Os artigos reconhecem, entretanto, algumas estratégias implementadas com vistas à superação das dificuldades vivenciadas na região, como a criação do Programa Mais Médicos, cujos resultados destacam-se: a presença de profissionais médicos em tempo integral nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e diminuição da rotatividade destes, o que sempre foi presente nestas regiões; o aumento da produção de atendimentos pelas equipes; diminuição da procura pelas urgências e emergências em hospitais; incremento de consultas e procedimentos; aumento na realização de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como de atividades coletivas; maior interação com o território; aumento na proporção de nascidos vivos de mães por consultas de pré-natal; e tendência de queda na taxa de mortalidade infantil a partir de 2014 (Schweickardt, Lima, Ferla & Martino, 2016; Carneiro, Maia, Ramos & Castelo-Branco, 2018).

Outra importante estratégia destacada nos estudos é a telemedicina, referida como uma alternativa para a melhor distribuição dos serviços de saúde, possibilitando acesso à informação, assistência médica e palestras sobre prevenção em saúde básica à população em geral (Machado et al., 2010).

Apesar da já reconhecida competência da atenção básica na reorganização e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), foram encontrados poucos estudos sobre esta temática relacionada à Região da Amazônia. Considerando suas características peculiares ímpar, seja nos perfis epidemiológicos próprios, nas doenças endêmicas características desta região, na vasta extensão territorial, na dispersão populacional, na complexidade de acesso aos serviços em

muitas regiões ou na organização do processo de trabalho das equipes, esperava-se que este fosse um objeto extensivamente estudado. Vale salientar, ainda, que os estudos encontrados também não apresentaram reflexões em torno da agenda política que permeia o tema, nem problematizaram as ações, programas e políticas instituídas para esta região no contexto da AB ao longo do tempo. Tal lacuna de conhecimento se mostra preocupante, visto que possivelmente contribui com a invisibilidade das dificuldades vivenciadas na região, ao mesmo tempo em que se apresentam como reflexo da histórica distribuição de investimentos para produção científica, ainda concentrada no eixo sul-sudeste do país. Além disso, obstaculiza a construção e/ou fortalecimento de centros de pesquisa na região e, conseqüentemente, reflete a baixa produção sobre assuntos específicos acerca dessa temática.

Atenção Básica à Saúde na Amazônia: trajetória das políticas de saúde instituídas

Adota-se aqui o conceito de política de saúde proposto por Paim (2003), que a define como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

A **tabela 4** apresenta as principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de construção da AB no Brasil que estejam relacionadas à região amazônica. A primeira ação governamental voltada especialmente à organização de serviços direcionados a uma população majoritariamente amazônica foi a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída em 2002, que introduziu diretrizes para organização das ações de saúde, incluindo ações de Atenção Básica, para os povos indígenas.

Tabela 4. Principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de construção da AB no contexto amazônico. Brasil, 2002-2018.

ANO	AÇÕES
2002	Instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)
2004	Plano de Qualificação da Atenção à Saúde da Amazônia Legal - SAÚDE AMAZÔNIA
2006	Publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - Portaria nº648)
2008	Criação de incentivo para inclusão do microscopista da AB para ações de controle à malária (Portaria nº 2.143)

2009	Definição de critérios para inclusão do microscopista no AB para ações de controle à malária (Portaria nº 3.238)
2010	Instituição de critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da ESF para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul (Portaria nº 2.491); Publicação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010
2011	Publicação da segunda edição da PNAB (Portaria nº 2.488); Instituição de financiamento e regras para credenciamento de ESF ribeirinhas e UBS fluviais (Portaria nº 2.490; Portaria nº 180; Portaria nº 941); Publicação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.
2012	Instituição de critérios para habilitação de UBS fluviais (Portaria nº 1.591)
2013	Instituição do Componente Construção de UBS Fluviais no âmbito do Programa RequalificaUBS para os Estados e Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense (Portaria nº 290); Criação de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)
2014	Definição de valores de custeio para ESFR, ESFF e UBSF (Portaria nº 1.229); Redefinição do arranjo organizacional das ESFR e ESFF (Portaria nº 837)
2015	Instituição do Grupo Especial de Supervisão (MEC) no PMMB (Portaria nº 2.528)
2017	Publicação da terceira edição da PNAB (Portaria nº 2.436), publicação de normativa para adequação das ESFR (Portaria nº 2.528)
2018	Criação de incentivo para financiamento da construção de Porto de Apoio (Portaria nº 740)

Fonte: Elaboração dos autores.

Em que pese a importância deste marco legal e seu esforço em abordar questões inerentes à região amazônica, a Política não teve o objetivo de contemplar todas as necessidades e especificidades da saúde das comunidades amazônicas, especialmente as populações ribeirinhas.

Dois anos mais tarde foi estruturado e publicado o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal - SAÚDE AMAZÔNIA, que figurou como resultado de uma construção coletiva, apresentada em duas dimensões: uma interna ao Ministério da Saúde, que constituiu um Grupo de Trabalho composto por representantes de todas as secretarias, além da Funasa e Anvisa, responsável pela condução técnico-política do Plano no Ministério. E uma dimensão externa, com a realização de uma série de estratégias e movimentos de envolvimento de sujeitos políticos e sociais da região, consumado a partir da realização, entre outros, de seminários e oficinas regionais. Também foi constituído um Núcleo de Acompanhamento, Integração e Desenvolvimento do Plano,

composto substantivamente por representantes da região. O documento cita, ainda, o fortalecimento e qualificação da Atenção Básica, especialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como umas das ações estratégicas para garantir acesso aos cuidados primários à população da Amazônia Legal.

Algumas reflexões constituintes do Plano inspiraram debates em torno da formulação da primeira PNAB, publicada em 2006. Essa Política reconheceu a vulnerabilidade da região da Amazônia Legal e definiu valor específico (superior) do Piso de Atenção Básica (PAB) para municípios/estados desta região.

Em 2008, frente ao cenário epidemiológico da Amazônia Legal, que dentre outras patologias apresentava elevadas prevalências de malária, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que criou incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na AB, de modo que estes realizassem, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e/ou às equipes da ESF.

Outra ação importante para a organização de serviços de AB para esta região ocorreu em 2010, com a publicação da Portaria 2.191, que instituiu critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul. No mesmo ano foi publicado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 - 2010, que apresentou o registro do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde junto aos estados e municípios destas regiões, a partir de propostas da Presidência da República à época. Este plano foi pactuado com os governadores e as governadoras da Região Nordeste e da Amazônia Legal, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade infantil em seu componente neonatal.

O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta: 2012-2015 foi publicado em 2011 e referenciou a PNAB e ações da Atenção Básica como eixo de acesso à atenção à saúde da população do campo e da floresta (Ministério da Saúde, 2011). É importante destacar a aprovação do 2º Plano Operativo no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, publicado em setembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017), que continua referenciando a Atenção Básica como principal eixo de acesso à saúde destas populações.

Em 2011 também se publicou a segunda edição da PNAB, que pode ser destacada como um dos mais importantes marcos legais para a organização de ações da Atenção Básica para a população amazônica, pois trouxe importantes avanços, como os destacados abaixo:

- 1) Instituiu equipes ribeirinhas e fluviais (Equipe de Saúde da Família Ribeirinha ESFR e Equipe de Saúde da Família Fluvial-ESFF);
- 2) Institucionalizou os microscopistas nas ESFR localizadas em regiões endêmicas;
- 3) Instituiu as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (Programa de Construção de UBSF);
- 4) Incluiu técnico de laboratório e/ou bioquímico nas ESFF;
- 5) Definiu quantitativo inferior de equipes de referência (eSF) para as equipes NASF atuantes na Amazônia Legal;
- 6) Definiu teto de equipes NASF AB superior para municípios de pequeno porte da Amazônia Legal;
- 7) Definiu critérios de suspensão menos rigorosos para as equipes NASF AB que atuam na Amazônia Legal;
- 8) Definiu a possibilidade de ampliação do número de profissionais da equipe mínima das ESFR e ESFF, com incentivo financeiro adicional;
- 9) Definiu valor adicional para ESFR que necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas;
- 10) Definiu quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) superior para as ESFR (06) e ESFF (12); e
- 11) Manteve PAB específico para Região Amazônica.

Neste mesmo ano algumas normativas foram publicadas com o intuito de contribuir com a operacionalização do que foi instituído pela PNAB, tendo sido definidos os valores de financiamento das ESFR e custeio das UBSF, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Também foram estabelecidas normas para o cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Equipes que fazem parte da ESF para as populações ribeirinhas nos municípios da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul.

Em 2012 foram estabelecidos os critérios para habilitação de UBSF para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio, sendo referido em norma-

tiva anterior que o valor do incentivo mensal para as UBSF seria repassado na modalidade fundo a fundo, sendo:

- I - R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para ESFF sem profissionais de saúde bucal; e
- II - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal.

Um importante investimento foi realizado em 2013, quando foi instituído o Componente Construção de UBSF no âmbito do Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (REQUALIFICA-UBS) aos Estados e aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. O valor máximo dos incentivos financeiros que passaram a ser destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBSF foi estabelecido em R\$ 1.889.450,00. No ano seguinte, importantes ações também foram implementadas, com destaque para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cuja portaria (nº 1.369), foi publicada em julho de 2013.

O PMMB insere-se no Programa Mais Médicos (PMM), o qual figurou parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. O Programa tinha por objetivo, dentre outros, reduzir as desigualdades na distribuição de médicos entre as regiões do país, bem como aprimorar a formação médica, por meio de revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais e da ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Além de prover mais médicos para regiões com escassez ou ausência desses profissionais, o programa previa, ainda, maior aporte de investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS.

Acredita-se que o PMMB trouxe um importante investimento para a Atenção Básica, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade. Sendo definido, que municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e em áreas indígenas tivessem concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante (superior àqueles lotados em outras localidades), no intuito de induzir maior adesão dos médicos do Projeto a estas regiões.

Seguindo a lógica de operacionalização do que foi instituído pela PNAB, o Ministério da Saúde publicou, em 2014, a redefinição do arranjo organizacional das ESFR e das ESFF dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Matogrossense, e a redefinição dos valores de incentivo financeiro mensal de custeio destas equipes, conforme descrito abaixo:

- ESFR: R\$ 10.695,00;
- UBSF:
 - I - R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as ESFF sem profissionais de saúde bucal;
 - II - R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) por ESFF de Municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica e/ou social;
 - III - R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal; e
 - IV - R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por ESFF com Equipe de Saúde Bucal de Municípios com profissionais integrantes de programas de alocação, provimento e fixação em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social.

Em 2015 foi instituído, no âmbito do Ministério da Educação, o Grupo Especial de Supervisão (GES) para as áreas de difícil cobertura de supervisão dos médicos do PMMB, que inclui a Amazônia. Este Grupo foi pensado com o objetivo de garantir a permanência dos médicos nestas localidades, tendo em vista a normatização do Programa, que exigia supervisão contínua e regular dos médicos, sob pena de remoção dos profissionais para outras localidades.

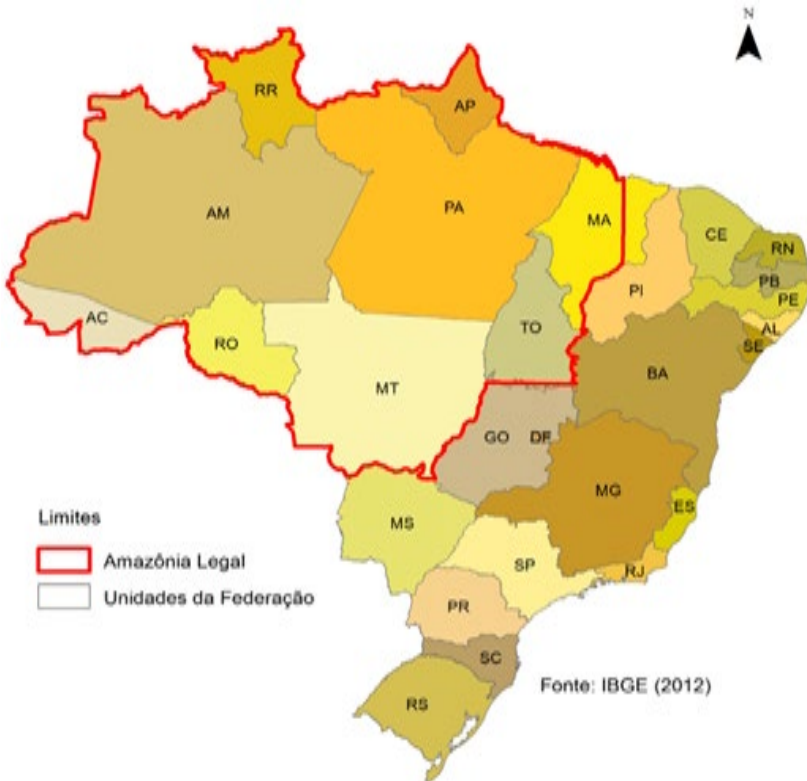
Dois anos depois, no ano de 2017, após um importante processo de revisão, foi publicada a terceira edição da PNAB. No que se refere à região da Amazônia Legal, a PNAB manteve as equipes específicas e a composição das ESFF e ESFR definida pela Política anterior. A PNAB 2017 passou a reconhecer financeiramente as unidades ou pontos de apoio, que são estruturas físicas para suporte às equipes da ESF, na perspectiva de ampliação do acesso e melhoria das condições estruturais de atendimento às populações dispersas (Ministério da Saúde, 2018).

Cenário da Atenção Básica na Amazônia Legal

A Amazônia Legal passou a ser assim chamada em 1953 quando o governo brasileiro viu a necessidade de reconhecer e promover o desenvolvimento de um território com características sociais e econômicas semelhantes. É composta por 9 estados brasileiros, a saber: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Roraima, Rondô-

nia, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão² (**Figura 1**).

Figura 1. Mapa da Amazônia Legal



Fonte: IBGE (2012)

Para compreender o cenário da AB na Amazônia legal é importante também conhecer sua implantação no Brasil. Nos últimos 20 anos houve um importante avanço da Atenção Básica no Brasil, com aumento expressivo no número de equipes de Saúde da Família, ACSs, equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (Tabelas 5 e 6), o que tem impactado fortemente na ampliação da cobertura populacional pela ESF (**Gráfico 1**).

² Dos 217 municípios maranhenses, 181 (83,4%) pertencem à Amazônia Legal.

Percebe-se, ao analisar a Tabela 5, um incremento importante no número de eSF na primeira década de criação da Estratégia, bem como entre 2013 e 2014. Neste último período é inegável o efeito do Programa Mais Médicos na ampliação do quantitativo de equipes, sobretudo pela indução financeira inerente ao Programa. Já ao analisar a Tabela 6, é importante destacar o incremento de equipes NASF-AB entre 2012 e 2013, que se deu em virtude, sobretudo, da criação dos NASF tipo 3, responsável pela universalização do NASF.

Tabela 5. Evolução do número de eSF e ACS implantados no Brasil nos últimos 20 anos. Brasil, 2018.

Ano	Nº de Municípios com eSF	eSF Implantadas	Variação (%)	Nº de Municípios com ACS	ACS Implantados	Variação (%)
1998	1134	3062	-	3166	78705	-
1999	1646	4114	34,4	3809	104215	32,4
2000	2762	8503	106,7	4345	134273	28,8
2001	3682	13155	54,7	4786	152865	13,8
2002	4161	16698	26,9	5076	175463	14,8
2003	4488	19068	14,2	5143	184341	5,1
2004	4664	21232	11,3	5122	192.735	4,6
2005	4986	24564	15,7	5242	208.104	8,0
2006	5106	26729	8,8	5309	219.492	5,5
2007	5125	27324	2,2	5265	210.964	-3,9
2008	5235	29300	7,2	5354	230.244	9,1
2009	5251	30328	3,5	5349	234.767	2,0
2010	5294	31660	4,4	5383	244.883	4,3
2011	5285	32295	2,0	5404	250.607	2,3
2012	5297	33404	3,4	5425	257.265	2,7
2013	5346	34715	3,9	5436	257.936	0,3
2014	5465	39310	13,2	5492	265.698	3,0
2015	5463	40162	2,2	5504	266.217	0,2
2016	5409	40098	-0,2	5500	265.685	-0,2
2017 ^a	5467	42119	5,0	5487	264.275	-0,5
2018 ^b	5475	42755	1,5	5498	263.109	-0,4

^a A partir da PNAB 2017, o MS passou a descredenciar equipes credenciadas e não implantadas no prazo de 4 meses. ^b Referente ao mês 07/2018.

Tabela 6. Evolução do número de eSB e NASF AB implantados no Brasil nos últimos 20 anos. Brasil, 2018.

Ano	Nº de Municípios com eSB	eSB Implantadas	Variação (%)	NASF AB Implantados	Variação (%)
1998	0	0	-	0	-
1999	0	0	-	0	-
2000	0	0	-	0	-
2001	1288	2248	-	0	-
2002	2302	4261	89,5	0	-
2003	2787	6170	44,8	0	-
2004	3184	8951	45,1	0	-
2005	3897	12603	40,8	0	-
2006	4285	15086	19,7	0	-
2007	4294	15694	4,0	0	-
2008	4597	17807	13,5	0	-
2009	4717	18982	6,6	0	-
2010	4830	20424	7,6	1317	-
2011	4883	21425	4,9	1564	18,8
2012	4901	22203	3,6	1929	23,3
2013	4971	23150	4,3	2767	43,4
2014	5018	24323	5,1	3898	40,9
2015	5014	24467	0,6	4288	10,0
2016	4955	24384	-0,3	4406	2,8
2017 ^a	5027	25905	6,2	4886	10,9
2018 ^b	5035	26496	2,3	5330	9,1

^a A partir da nova PNAB, publicada em setembro de 2017, o MS passou a descredenciar equipes credenciadas e não implantadas no prazo de 4 meses. ^b Referente ao mês 07/2018.

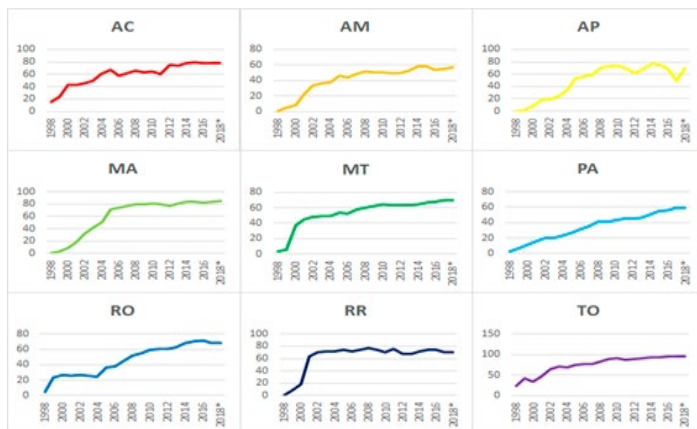
Gráfico 1. Evolução do percentual de cobertura de ESF no Brasil (1998 - 2018)



Fonte: Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018. Intervalo 2007 a 2018: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018; OBS 1 - Entre os anos de 1998 e 2006 o cálculo para a cobertura de ESF considerava apenas as equipes que recebiam custeio do Ministério da Saúde; OBS 2 - A partir do ano de 2007, o cálculo para a cobertura de ESF considera as equipes cadastradas no SCNES; *Dados referentes ao mês de julho de 2018

No que diz respeito à cobertura de ESF nos estados da Amazônia Legal, percebem-se maiores proporções nos estados do Tocantins, Maranhão e Acre, com percentuais superiores à média nacional. Já, nos estados do Amazonas e do Pará, as proporções são inferiores à média observada no País (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolução da cobertura de ESF nos estados da Amazônia Legal (1988 - 2018)



Fonte: DAB/MS. Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018. Intervalo 2007 a 2018: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018; OBS 1 - Entre os anos de 1998 e 2006 o cálculo para a cobertura de ESF considerava apenas as equipes que recebiam custeio do Ministério da Saúde; OBS 2 - A partir do ano de 2007, o cálculo para a cobertura de ESF considera as equipes cadastradas no SCNES. *dados referentes ao mês de julho de 2018.

Ao comparar a evolução da cobertura de ESF entre o Brasil e os 9 estados da Amazônia Legal, percebe-se que nacionalmente há uma tendência linear de crescimento, o que também se observa no estado do Pará. Todos os demais estados possuem uma evolução com bastante oscilação, especialmente nos períodos de 2005-2006 e 2010-2011 (Tabela 7). Neste sentido, é possível inferir que outros fatores possam ter interferência na capacidade dos estados implantarem a ESF, independente da indução e fomento do Governo Federal.

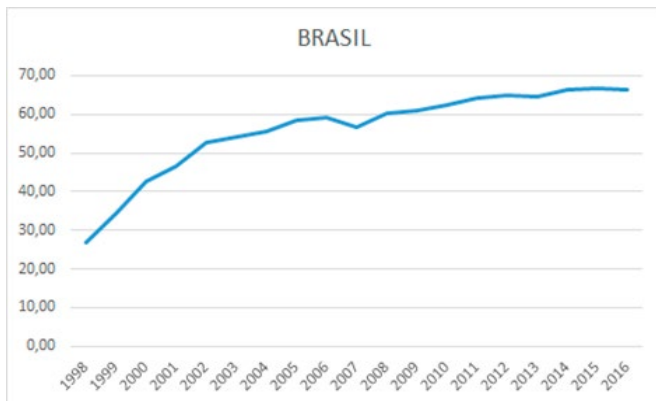
Tabela 7. Evolução do número de eSB e NASF AB implantados no Brasil nos últimos 20 anos. Brasil, 2018.

ANO	BRASIL	AC	AM	AP	MA	MT	PA	RO	RR	TO
1998	6,55	15,42	0,7	0	0,65	3,16	2,38	4,4	0	25,3
1999	8,78	23,63	5,33	1,72	2,41	5,42	6,46	23,27	8,13	42,31
2000	17,43	42,44	8,22	8,63	8,14	37,42	11,23	27,07	18,1	33,53
2001	25,43	42,65	22,39	17,99	17,63	44,43	15,4	25,48	64,03	46,76
2002	31,87	46,25	33,47	19,37	32,41	48,05	19,66	26,59	70,17	65,87
2003	35,69	49,69	37,03	23,38	41,47	49,63	19,62	25,19	71,22	70,5
2004	38,99	60,61	38,09	34,81	50,67	49,63	23,41	24,91	71,43	68,74
2005	44,35	67,55	46,73	54,11	71,64	54,02	26,33	36,78	73,83	74,49
2006	46,19	58,37	44,19	56,01	74,81	52,62	30,4	37,64	71,41	77,93
2007	47,98	61,55	48,15	59,42	77,45	57,82	34,94	45,32	74,56	76,53
2008	50,99	66,2	51,81	69,18	79,99	60,47	40,28	51,58	77,16	82,69
2009	51,43	62,62	51,01	72,56	80,03	62,28	40,47	54,77	74,34	89,14
2010	53,02	64,06	50,48	73,28	81,43	64,09	42,9	59,87	70,08	91,88
2011	54,63	60,09	49,63	69,81	79,02	63,58	44,66	60,26	76,06	87,74
2012	55,52	75,37	49,59	62,13	76,32	63,65	45,21	60,43	67,15	88,86
2013	57,46	73,58	52,66	68,81	81,55	63,78	46,48	63,05	68,22	90,62
2014	61,08	78,45	57,87	76,3	83,83	64,04	50,6	68,66	71,49	93,22
2015	62,5	79,49	57,97	75,47	83,71	66,3	54,7	70,93	74,05	93,59
2016	62,63	78,03	53,94	68,83	82,84	67,41	55,81	71,27	74,53	95,31
2017	63,99	78,39	55,41	49,4	84,22	69,56	58,95	68,42	70,53	95,06
2018	64,88	78,55	57,65	70,38	84,52	69,45	59,9	68,46	70,14	95,58

Fonte: Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018; Intervalo 2007 a 2018: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018. OBS 1 - Entre os anos de 1998 e 2006 o cálculo para a cobertura de ESF considerava apenas as equipes que recebiam custeio do Ministério da Saúde; OBS 2 - A partir do ano de 2007 o cálculo para a cobertura de ESF considera as equipes cadastradas no SCNES *dados referentes ao mês de julho de 2018.

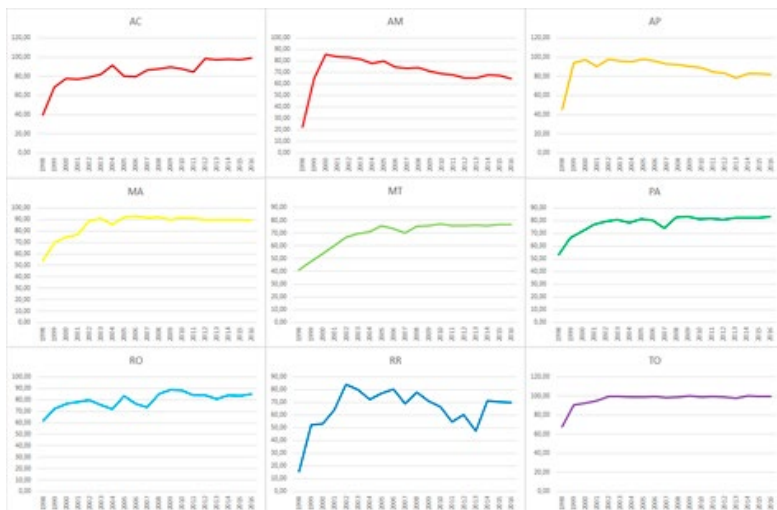
No que tange à cobertura por ACS, percebe-se uma tendência de crescimento no Brasil (Gráfico 3), o que não se observa na maioria dos estados da Amazônia Legal, pois nestes houve oscilação importante ao longo do tempo, com diversos momentos de redução da cobertura ao longo dos últimos 20 anos (Gráficos 3 e 4; Tabela 8).

Gráfico 3. Percentual de cobertura de ACS no Brasil (1998 - 2016).



Fonte: Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018. Intervalo 2007 a 2016: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018

Gráfico 4. Percentual de cobertura de ACS nos estados da Amazônia Legal (1998 - 2016).



Fonte: Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018. Intervalo 2007 a 2016: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018.

Tabela 8. Evolução do percentual de cobertura de ACS no Brasil e estados da Amazônia Legal (1988 - 2016)

ANO	BRASIL	AC	AM	AP	MA	MT	PA	RO	RR	TO
1998	26,92	39,93	22,80	45,61	53,88	41,25	53,33	61,94	15,82	67,69
1999	34,39	69,02	64,45	93,94	69,97	47,90	66,52	72,56	52,40	90,79
2000	42,76	77,36	86,00	97,08	74,72	53,78	72,04	76,82	53,53	92,82
2001	46,60	77,29	83,49	90,24	76,45	60,25	77,15	78,26	64,38	95,09
2002	52,61	79,06	83,27	97,62	88,79	66,89	79,69	79,79	84,39	99,83
2003	54,05	81,76	81,54	96,03	90,88	69,73	80,75	75,72	80,06	99,84
2004	55,48	91,75	77,93	95,02	85,93	70,98	78,48	72,10	72,45	99,20
2005	58,40	79,99	80,18	98,17	91,95	75,82	81,53	83,47	77,23	98,90
2006	59,11	79,51	74,76	95,92	93,34	73,34	80,42	76,94	80,36	99,74
2007	56,83	86,35	73,75	92,78	91,30	70,00	74,04	73,28	68,96	98,28
2008	60,41	87,58	74,31	92,29	92,28	75,30	82,69	85,16	77,86	98,87
2009	60,85	89,73	71,06	90,22	90,16	75,69	83,45	88,83	70,91	100,00
2010	62,56	87,64	69,04	89,24	91,56	77,19	81,51	88,57	66,42	99,08
2011	64,06	84,58	68,07	84,35	90,76	75,90	81,76	83,94	54,94	99,93
2012	65,04	98,65	65,34	83,59	89,79	75,87	81,02	84,12	60,45	98,97
2013	64,74	97,1	65,43	78,58	89,67	76,43	82,50	81,14	47,54	97,72
2014	66,35	97,92	67,66	82,41	89,74	75,91	82,22	84,05	71,41	99,97
2015	66,63	97,09	67,53	82,74	89,77	76,86	82,42	83,55	70,55	99,93
2016	66,55	99,29	64,65	81,75	89,55	76,51	83,29	85,25	69,91	99,89

Fonte: Intervalo 1998 a 2006: e-gestor AB, histórico de cobertura. Outubro de 2018. Intervalo 2007 a 2016: Site DAB (www.saude.gov.br), histórico de pagamento. Outubro de 2018

Com relação à evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados nos estados da Amazônia Legal, percebe-se que no Amapá (**Tabela 9**) há uma tendência de aumento ao longo dos últimos 20 anos, com alguns períodos de oscilação negativa, o que também se observa para o Estado do Tocantins (**Tabela 16**). O mesmo panorama é observado também no Estado do Amazonas (**Tabela 9**), com exceção da evolução no número de equipes NASF AB, que houve tendência linear de crescimento nos últimos 10 anos, comportamento equivalente ao observado nos Estados do Acre (**Tabela 10**), Maranhão (**Tabela 11**), do Mato Grosso (**Tabela 12**), de Rondônia (**Tabela 14**) e de Roraima (**Tabela 15**). Já no Estado do Pará houve crescimento linear no número de equipes da ESF e do NASF AB, porém se observam períodos de redução no número de ACS e equipes de saúde bucal ao longo do tempo (**Tabela 13**).

Considerando a instituição, em 2011, de ESFR e UBSF, esperava-se uma adesão expressiva ao credenciamento destas equipes. Entretanto, o número de ESFR é pequeno, se comparado ao potencial número de equipes que poderia existir. Dos nove estados que compõem a Amazônia Legal, apenas cinco solicitaram credenciamento de ESFR, dentre os quais se destacam os Estados do Amazonas e Pará, que apresentam o maior número de equipes implantadas (**Tabela 17**).

Ainda na tabela 17 é possível observar que em 2018 houve uma expressiva implantação de ESFR nos Estados do Amazonas e Pará. Acredita-se que este resultado esteja relacionado à presença de atores destas regiões no Executivo Federal, estimulando os municípios a solicitarem credenciamento e implantarem as equipes, além da intensificação de ações de apoio institucional do próprio DAB a estes estados.

Quanto às UBSF, também se observa uma tímida implantação desde a instituição de indução financeira federal, visto que 7 das 12 Unidades foram credenciadas nos últimos 2 anos (**Tabela 18**).

Tabela 09. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados no Amazonas nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			ESF			ESB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantadas	Variação	Im-plantadas	Variação
1998	25	1006	-	1	5	-	0	0	-	0	-
1999	44	3356	233,6%	20	38	660,0%	0	0	-	0	-
2000	55	4674	39,3%	30	63	65,8%	0	0	-	0	-
2001	59	4893	4,7%	42	189	200,0%	11	22	-	0	-
2002	62	5039	3,0%	44	283	49,7%	18	37	68,2%	0	-
2003	62	5091	1,0%	44	319	12,7%	28	68	83,8%	0	-
2004	55	4938	-3,0%	46	338	6,0%	32	104	52,9%	0	-
2005	61	5631	14,0%	51	417	23,4%	45	173	66,3%	0	-
2006	62	5661	0,5%	55	427	2,4%	53	244	41,0%	0	-
2007	61	5857	3,5%	55	464	8,7%	54	262	7,4%	0	-
2008	62	6082	3,8%	57	497	7,1%	54	279	6,5%	0	-
2009	62	6023	-1,0%	60	510	2,6%	58	295	5,7%	0	-
2010	62	6057	0,6%	62	517	1,4%	59	314	6,4%	25	-
2011	62	6108	0,8%	61	515	-0,4%	62	320	1,9%	27	8,0%
2012	62	6008	-1,6%	62	515	0,0%	61	343	7,2%	32	18,5%
2013	62	6122	1,9%	62	531	3,1%	62	362	5,5%	41	28,1%

2014	62	6399	4,5%	62	671	26,4%	62	414	14,4%	55	34,1%
2015	62	6383	-0,3%	62	686	2,2%	62	423	2,2%	55	0,0%
2016	62	6186	-3,1%	61	627	-8,6%	61	392	-7,3%	56	1,8%
2017	62	6060	-2,0%	62	668	6,5%	62	412	5,1%	63	12,5%
2018*	62	6074	0,2%	62	703	5,2%	62	425	3,2%	69	9,5%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 10. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados no Acre nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			eSF			eSB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantados	Variação	Im-plantados	Variação
1998	9	359	-	5	23	-	0	0	-	0	-
1999	17	638	43,7%	14	35	34,3%	0	0	-	0	-
2000	16	808	21,0%	15	66	47,0%	0	0	-	0	-
2001	18	827	2,3%	17	71	7,0%	7	13	-	0	-
2002	19	871	5,1%	17	77	7,8%	10	18	27,8%	0	-
2003	19	956	8,9%	17	87	11,5%	11	25	28,0%	0	-
2004	19	1111	14,0%	18	111	21,6%	13	41	39,0%	0	-
2005	20	1003	-10,8%	20	126	11,9%	19	77	46,8%	0	-
2006	21	1105	9,2%	21	127	0,8%	20	85	9,4%	0	-
2007	22	1226	9,9%	22	131	3,1%	20	92	7,6%	0	-
2008	22	1259	2,6%	22	132	0,8%	22	94	2,1%	0	-
2009	22	1319	4,5%	22	133	0,8%	22	94	0,0%	0	-
2010	22	1408	6,3%	22	140	5,0%	22	94	0,0%	6	-
2011	22	1453	3,1%	22	138	-1,4%	22	100	6,0%	7	14,3%
2012	22	1611	9,8%	22	170	18,8%	21	113	11,5%	12	41,7%
2013	22	1609	-0,1%	22	168	-1,2%	22	115	1,7%	16	25,0%
2014	22	1648	2,4%	22	209	19,6%	21	125	8,0%	21	23,8%
2015	22	1609	-2,4%	22	209	0,0%	22	124	-0,8%	21	0,0%
2016	22	1647	2,3%	22	211	0,9%	22	125	0,8%	21	0,0%
2017	22	1631	-1,0%	22	218	3,2%	22	133	6,0%	26	19,2%
2018*	22	1598	-2,1%	22	209	-4,3%	22	136	2,2%	26	0,0%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 11. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados no Maranhão nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			ESF			ESB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantadas	Variação	Im-plantadas	Variação
1998	153	5418	-	1	10	-	0	0	-	0	-
1999	202	7239	33,6%	18	37	270,0%	0	0	-	0	-
2000	199	8101	11,9%	48	128	245,9%	0	0	-	0	-
2001	209	8822	8,9%	87	293	128,9%	8	19	-	0	-
2002	214	10442	18,4%	135	549	87,4%	72	138	626,3%	0	-
2003	215	11170	7,0%	160	723	31,7%	89	193	39,9%	0	-
2004	200	10864	-2,7%	185	921	27,4%	111	330	71,0%	0	-
2005	215	12706	17,0%	213	1427	54,9%	190	874	164,8%	0	-
2006	217	14363	13,0%	216	1592	11,6%	202	995	13,8%	0	-
2007	215	14033	-2,3%	214	1619	1,7%	203	1024	2,9%	0	-
2008	217	15080	7,5%	215	1725	6,5%	211	1137	11,0%	0	-
2009	216	14790	-1,9%	216	1751	1,5%	212	1162	2,2%	0	-
2010	215	15360	3,9%	215	1828	4,4%	213	1247	7,3%	73	-
2011	217	15305	-0,4%	215	1783	-2,5%	213	1242	-0,4%	87	19,2%
2012	217	15476	1,1%	217	1751	-1,8%	214	1207	-2,8%	97	11,5%
2013	217	15607	0,8%	217	1853	5,8%	213	1242	2,9%	123	26,8%
2014	217	15766	1,0%	217	2004	8,1%	212	1258	1,3%	154	25,2%
2015	217	15826	0,4%	216	1988	-0,8%	210	1248	-0,8%	174	13,0%
2016	216	15893	0,4%	211	1927	-3,1%	206	1226	-1,8%	188	8,0%
2017	217	15931	0,2%	217	2049	6,3%	212	1315	7,3%	227	20,7%
2018	216	15979	0,3%	215	2063	0,7%	211	1376	4,6%	236	4,0%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 12. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados no Mato Grosso nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			ESF			ESB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantadas	Variação	Im-plantadas	Variação
1998	90	1666	-	17	21	-	0	0	-	0	-
1999	105	1934	16,1%	22	36	71,4%	0	0	-	0	-

2000	109	2296	18,7%	74	147	308,3%	0	0	-	0	-
2001	120	2815	22,6%	113	284	93,2%	46	53	-	0	-
2002	138	3273	16,3%	133	344	21,1%	89	109	105,7%	0	-
2003	138	3552	8,5%	136	379	10,2%	104	148	35,8%	0	-
2004	135	3697	4,1%	129	401	5,8%	100	168	13,5%	0	-
2005	141	4112	11,2%	138	445	11,0%	119	233	38,7%	0	-
2006	140	4253	3,4%	139	471	5,8%	125	264	13,3%	0	-
2007	133	4117	-3,2%	133	500	6,2%	121	289	9,5%	0	-
2008	141	4547	10,4%	141	521	4,2%	137	331	14,5%	0	-
2009	138	4614	1,5%	138	551	5,8%	135	346	4,5%	0	-
2010	141	4915	6,5%	140	581	5,4%	138	381	10,1%	19	-
2011	140	4950	0,7%	139	589	1,4%	138	410	7,6%	21	10,5%
2012	140	4933	-0,3%	137	570	-3,2%	136	406	-1,0%	23	9,5%
2013	141	5028	1,9%	141	601	5,4%	139	420	3,4%	37	60,9%
2014	141	4965	-1,3%	141	630	4,8%	139	437	4,0%	44	18,9%
2015	140	5045	1,6%	140	653	3,7%	138	443	1,4%	62	40,9%
2016	141	4990	-1,1%	138	657	0,6%	134	437	-1,4%	67	8,1%
2017	141	5201	4,2%	141	710	8,1%	140	495	13,3%	72	7,5%
2018	141	5068	-2,6%	141	712	0,3%	139	493	-0,4%	78	8,3%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 13. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados no Pará nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			ESF			ESB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Varia-ção	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Varia-ção	Nº de Municípios com eSB	Im-plantadas	Varia-ção	Im-plantadas	Varia-ção
1998	104	5796	-	19	39	-	0	0	-	0	-
1999	132	7765	34,0%	42	106	171,8%	0	0	-	0	-
2000	138	8637	11,2%	66	192	81,1%	0	0	-	0	-
2001	141	9650	11,7%	71	283	47,4%	2	5	-	0	-
2002	141	10279	6,5%	84	366	29,3%	17	34	580,0%	0	-
2003	142	10820	5,3%	79	373	1,9%	24	49	44,1%	0	-
2004	136	10674	-1,3%	97	457	22,5%	33	65	32,7%	0	-
2005	143	11320	6,1%	112	513	12,3%	54	120	84,6%	0	-
2006	143	12135	7,2%	119	649	26,5%	84	217	80,8%	0	-
2007	140	11206	-7,7%	123	674	3,9%	96	266	22,6%	0	-

2008	142	13247	18,2%	130	802	19,0%	111	352	32,3%	0	-
2009	143	13639	3,0%	136	880	9,7%	122	420	19,3%	0	-
2010	143	13733	0,7%	140	928	5,5%	127	501	19,3%	28	-
2011	143	13717	-0,1%	135	952	2,6%	130	539	7,6%	49	75,0%
2012	143	14148	3,1%	136	983	3,3%	131	561	4,1%	61	24,5%
2013	143	14438	2,0%	135	1047	6,5%	129	612	9,1%	69	13,1%
2014	144	14778	2,4%	143	1196	14,2%	131	644	5,2%	90	30,4%
2015	144	14897	0,8%	144	1286	7,5%	133	674	4,7%	101	12,2%
2016	144	14993	0,6%	143	1302	1,2%	131	664	-1,5%	101	0,0%
2017	144	14933	-0,4%	144	1448	11,2%	138	748	12,7%	124	22,8%
2018	144	14698	-1,6%	143	1467	1,3%	138	811	8,4%	150	21,0%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 14. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados em Rondônia nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			ESF			ESB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Implantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Implantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Implantados	Variação	Implantados	Variação
1998	2	70	-	0	0	-	0	0	-	0	-
1999	8	233	232,9%	2	6	-	0	0	-	0	-
2000	10	266	14,2%	5	14	133,3%	0	0	-	0	-
2001	11	402	51,1%	9	64	357,1%	0	0	-	0	-
2002	13	532	32,3%	11	70	9,4%	4	4	-	0	-
2003	13	531	-0,2%	13	74	5,7%	9	10	150,0%	0	-
2004	13	493	-7,2%	12	77	4,1%	10	20	100,0%	0	-
2005	13	546	10,8%	13	82	6,5%	11	25	25,0%	0	-
2006	15	648	18,7%	14	92	12,2%	12	29	16,0%	0	-
2007	14	547	-15,6%	14	86	-6,5%	13	46	58,6%	0	-
2008	15	666	21,8%	14	94	9,3%	13	49	6,5%	0	-
2009	14	631	-5,3%	14	99	5,3%	14	54	10,2%	0	-
2010	15	638	1,1%	15	93	-6,1%	14	53	-1,9%	5	-
2011	15	551	-13,6%	15	79	-15,1%	14	53	0,0%	6	20,0%
2012	15	613	11,3%	14	88	11,4%	13	54	1,9%	6	0,0%
2013	15	507	-17,3%	14	68	-22,7%	15	51	-5,6%	6	0,0%
2014	15	726	43,2%	15	115	69,1%	14	53	3,9%	9	50,0%
2015	15	716	-1,4%	15	121	5,2%	14	55	3,8%	11	22,2%

2016	15	690	-3,6%	15	119	-1,7%	12	46	-16,4%	11	0,0%
2017	14	719	4,2%	14	116	-2,5%	13	53	15,2%	15	36,4%
2018	15	738	2,6%	15	127	9,5%	15	62	17,0%	16	6,7%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 15. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados em Roraima nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			eSF			eSB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantados	Variação	Im-plantados	Variação
1998	2	70	-	0	0	-	0	0	-	0	-
1999	8	233	232,9%	2	6	-	0	0	-	0	-
2000	10	266	14,2%	5	14	133,3%	0	0	-	0	-
2001	11	402	51,1%	9	64	357,1%	0	0	-	0	-
2002	13	532	32,3%	11	70	9,4%	4	4	-	0	-
2003	13	531	-0,2%	13	74	5,7%	9	10	150,0%	0	-
2004	13	493	-7,2%	12	77	4,1%	10	20	100,0%	0	-
2005	13	546	10,8%	13	82	6,5%	11	25	25,0%	0	-
2006	15	648	18,7%	14	92	12,2%	12	29	16,0%	0	-
2007	14	547	-15,6%	14	86	-6,5%	13	46	58,6%	0	-
2008	15	666	21,8%	14	94	9,3%	13	49	6,5%	0	-
2009	14	631	-5,3%	14	99	5,3%	14	54	10,2%	0	-
2010	15	638	1,1%	15	93	-6,1%	14	53	-1,9%	5	-
2011	15	551	-13,6%	15	79	-15,1%	14	53	0,0%	6	20,0%
2012	15	613	11,3%	14	88	11,4%	13	54	1,9%	6	0,0%
2013	15	507	-17,3%	14	68	-22,7%	15	51	-5,6%	6	0,0%
2014	15	726	43,2%	15	115	69,1%	14	53	3,9%	9	50,0%
2015	15	716	-1,4%	15	121	5,2%	14	55	3,8%	11	22,2%
2016	15	690	-3,6%	15	119	-1,7%	12	46	-16,4%	11	0,0%
2017	14	719	4,2%	14	116	-2,5%	13	53	15,2%	15	36,4%
2018	15	738	2,6%	15	127	9,5%	15	62	17,0%	16	6,7%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 16. Evolução do número de ACS, eSF, eSB e NASF AB implantados em Tocantins nos últimos 20 anos.

ANO	ACS			eSF			eSB			NASF AB	
	Nº de Municípios com ACS	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSF	Im-plantados	Variação	Nº de Municípios com eSB	Im-plantadas	Variação	Im-plantadas	Variação
1998	110	1359	-	61	82	-	0	0	-	0	-
1999	117	2385	75,5%	79	139	69,5%	0	0	-	0	-
2000	118	2507	5,1%	70	118	-15,1%	0	0	-	0	-
2001	127	2570	2,5%	92	176	49,2%	40	45	-	0	-
2002	138	2837	10,4%	125	258	46,6%	85	105	133,3%	0	-
2003	138	2977	4,9%	131	285	10,5%	112	147	40,0%	0	-
2004	137	3007	1,0%	128	287	0,7%	115	168	14,3%	0	-
2005	137	3204	6,6%	131	317	10,5%	123	201	19,6%	0	-
2006	138	3420	6,7%	133	350	10,4%	128	240	19,4%	0	-
2007	137	3378	-1,2%	134	346	-1,1%	132	244	1,7%	0	-
2008	136	3444	2,0%	134	352	1,7%	131	261	7,0%	0	-
2009	139	3505	1,8%	138	382	8,5%	137	295	13,0%	0	-
2010	139	3488	-0,5%	136	399	4,5%	138	315	6,8%	12	-
2011	139	3498	0,3%	138	408	2,3%	136	326	3,5%	17	41,7%
2012	138	3499	0,0%	131	388	-4,9%	126	317	-2,8%	22	29,4%
2013	137	3453	-1,3%	135	415	7,0%	131	330	4,1%	68	209,1%
2014	139	3598	4,2%	138	470	13,3%	136	355	7,6%	103	51,5%
2015	138	3570	-0,8%	138	477	1,5%	137	364	2,5%	110	6,8%
2016	139	3558	-0,3%	135	461	-3,4%	134	356	-2,2%	107	-2,7%
2017	139	3540	-0,5%	136	485	5,2%	135	387	8,7%	130	21,5%
2018	139	3525	-0,4%	137	493	1,6%	137	398	2,8%	144	10,8%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. * Referente ao mês 07/2018.

Tabela 17. Equipes de Saúde da Família Ribeirinha Implantadas (2011 - 2018).

ANO	AC	AM	AP	PA	RR	TOTAL
2011	1	2				3
2012	1		1			2
2013	4	11		39		54
2014	7	25		3	2	37
2015						0

2016	1	14		18		33
2017		1		1		2
2018*		37		37		74
TOTAL UF	14	90	1	98	2	205

Fonte: MS/SAS/DAB. *dados referentes ao mês de setembro de 2018

Tabela 18. UBSF implantadas no Brasil. Brasil, 2018.

UF	Municípios	Embarcação	Portaria	Data Publicação	UBSF	UBSF com consultório odontológico
PA	SANTARÉM	Incentivo próprio	4090	17/12/2010		1
AC	CRUZEIRO DO SUL	Incentivo próprio	287	28/02/2013	1	
AM	BORBA	Incentivo MS	2392	11/10/2013		1
AM	MANAUS	Incentivo próprio	2392	11/10/2013		1
AM	MANICORÉ	Incentivo MS	747	22/07/2016		1
AM	HUMAITÁ	Incentivo MS	1525	16/06/2017		1
AM	BARREIR-NHA	Incentivo MS	3331	07/12/2017		1
AM	TABATINGA	Incentivo MS	3331	07/12/2017		1
AM	LÁBREA	Incentivo MS	1679	14/06/2018		1
AM	TONANTINS	Incentivo MS	1690	14/06/2018		1
AM	CAREIRO DA VÁRZEA	Incentivo MS	2144	17/07/2018		1
AM	TEFÉ	Incentivo MS	2145	17/07/2018		1

Fonte: MS/SAS/DAB. *dados referentes ao mês de setembro de 2018

No que tange à produção de cuidado pelas equipes, foram extraídos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), tomando por referência o último ano (2017) (Tabela 19). Ao analisar estes dados, percebe-se que entre os estados da Amazônia Legal, a relação de atendimentos individuais por enfermeiro por habitante variou de 0,10 (AP) a 0,26 (MA), com média de 0,18. Este mesmo dado, para os outros estados do Brasil, variou de 0,01 (DF) a 0,41 (CE e PB), com média de 0,24, resultado superior ao observado na Amazônia Legal.

No que diz respeito à relação de atendimentos individuais por médico por habitante a média foi de 0,40 entre os estados da Amazônia Legal, tendo variado de 0,14 (AP) a 0,71 (TO). Nos demais estados brasileiros, a média foi superior (0,50), variando de 0,02 (DF) a 0,84 (SC) (**Tabela 19**).

No que se refere à produção de atendimentos individuais por profissionais das equipes NASF AB, há predominância de atendimentos por fisioterapeutas em oito dos nove estados da Amazônia Legal (apenas no MT os atendimentos do psicólogo se destacam entre as categorias).

Este comportamento também é observado em 13 estados brasileiros. Entre os demais, se destacam os atendimentos realizados por médicos especialistas vinculados aos NASF AB (DF e RJ), pelo nutricionista (ES) e pelo psicólogo (RS e SP) (**Tabela 20**).

Estado	População ¹	N° ESF	% cobertura AB	Atend. individuais por enfermeiro(a) ²	Atend. individuais por enfermeiro (a) por habitante	Atend. individuais por médico(a) ²	Atend. individuais por médico(a) por habitante
AC	816.687	222	78,39%	164.746	0,20	419.999	0,51
AP	782.295	126	49,40%	82.020	0,10	107.190	0,14
AM	4.001.667	692	55,41%	680.445	0,17	1.213.998	0,30
MA	6.954.036	2.110	84,22%	1.841.628	0,26	2.197.367	0,32
MT	3.305.531	722	69,56%	646.029	0,20	1.766.727	0,53
PA	8.305.359	1.507	58,95%	1.277.605	0,15	2.143.168	0,26
RO	1.787.279	371	68,42%	269.769	0,15	774.708	0,43
RR	514.229	122	70,53%	106.132	0,21	196.960	0,38
TO	1.532.902	507	95,06%	334.991	0,22	1.081.473	0,71
Média Estados Amazônia Legal	27.999.985	6.379	69,06%	5.403.365	0,18	9.901.590	0,40
AL	3.358.963	869	75,91%	1.263.042	0,38	2.063.868	0,61
BA	15.276.566	3.592	72,44%	3.127.029	0,20	5.702.624	0,37
CE	8.963.663	2.513	82,50%	3.713.885	0,41	5.732.201	0,64
DF	2.977.216	300	34,76%	38.031	0,01	67.509	0,02
ES	3.973.697	712	58,37%	620.176	0,16	1.351.774	0,34
GO	6.695.855	1.404	65,27%	956.241	0,14	3.041.361	0,45
MS	2.682.386	563	68,20%	505.527	0,19	1.600.880	0,60
MG	20.997.560	5.381	78,73%	5.500.723	0,26	12.712.809	0,61
PB	3.999.415	1.417	94,94%	1.627.933	0,41	3.051.298	0,76
PR	11.242.720	2.298	65,19%	1.773.644	0,16	6.349.878	0,56
PE	9.410.336	2.311	77,28%	2.779.239	0,30	3.868.657	0,41

PI	3.212.180	1.318	99,37%	1.180.634	0,37	1.982.143	0,62
RJ	16.635.996	2.814	56,87%	3.449.522	0,21	6.438.745	0,39
RN	3.474.998	1.027	78,55%	988.293	0,28	1.879.368	0,54
RS	11.286.500	2.064	58,83%	2.127.076	0,19	5.285.923	0,47
SC	6.910.553	1.746	79,02%	2.184.951	0,32	5.819.427	0,84
SP	44.749.699	5.248	39,51%	5.356.586	0,12	14.360.040	0,32
SE	2.265.779	620	83,99%	533.161	0,24	985.120	0,43
Média demais estados	178.114.082	36.197	63,19%	37.725.693	0,24	82.293.625	0,50
Média nacional	206.114.067	42.576	63,99%	43.129.058	0,22	92.195.215	0,47

¹Dados do histórico de Cobertura do DAB/SAS/MS. População Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Estimativa populacional 2017, com referência em 1º de julho. ²Dados sujeitos à alteração, extraídos em 09 de outubro de 2018, às 17:08hs, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Tipos de atendimento: consulta agendada programada/cuidado continuado; consulta agendada; Demanda Espontânea: escuta inicial/orientação; consulta no dia; atendimento de urgência.

ESTADO	POP3	Nº NASF AB4	Assistente Social	Educador social	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Foneaudiólogo	Médico	Nutricionista	Prof. educação física	Psicólogo	Sanitarista	Terapeuta ocupacional
AC	816.687	26	2.058	0	0	9.037	810	2.780	1.954	1.014	3.686	0	266
AP	782.295	18	6.448	0	76	12.333	4.624	0	6.003	6.176	6.301	0	0
AM	4.001.667	63	18.957	130	2.121	31.441	7.808	651	10.572	5.636	13.409	0	1.183
MA	6.954.036	230	31.927	275	5.866	152.549	38.303	7.762	54.491	11.327	44.848	0	21.489
MT	3.305.531	79	5.738	0	12.729	9.458	4.566	1.510	12.782	3.328	18.501	1	26
PA	8.305.359	129	14.276	0	1.523	69.154	16.189	16.578	27.983	2.738	20.645	0	6.159
RO	1.787.279	14	1.073	0	4	2.867	2.029	1.938	2.732	54	2.455	0	0
RR	514.229	16	2.840	0	890	6.189	72	1.747	1.867	799	1.527	0	0
TO	1.532.902	134	14.492	0	4.600	58.184	4.859	5.896	12.597	1.225	24.142	0	351
Média Estados Amazônia Legal	27.995.985	709	97.809	405	27.809	351.212	79.260	38.862	130.981	32.297	135.514	1	29.474
AL	3.358.963	141	18.578	0	1.652	75.401	7.446	8.595	23.870	6.835	30.796	0	1.808
BA	15.276.566	421	32.635	362	5.637	156.585	22.874	12.930	71.886	11.196	68.161	27	1.418
CE	8.963.663	255	27.267	0	4.175	151.713	50.910	33.610	60.372	11.373	66.928	77	16.694
DF	2.977.216	9	109	0	0	114	78	832	95	0	125	0	8
ES	3.973.697	32	5.544	0	1.893	6.967	4.116	5.820	8.695	431	7.449	0	85
GO	6.695.855	219	12.223	8	5.973	96.966	17.431	9.877	27.617	2.839	38.725	306	4.199
MS	2.682.386	66	4.560	12	658	21.425	9.923	6.891	11.135	1.371	16.359	0	2.149

MG	20.997.560	793	71.562	12	47.223	390.057	119.309	110.527	219.718	25.000	279.695	213	25.841
PB	3.999.415	277	29.776	1	23.740	151.217	36.259	23.330	60.233	3.012	64.959	0	1.314
PR	11.242.720	273	27.365	1	19.667	127.623	24.190	47.508	67.637	32.133	86.227	0	3.640
PE	9.410.336	266	31.970	11	10.267	139.282	43.417	15.222	82.201	12.230	87.597	216	14.814
PI	3.212.180	255	14.460	0	1.319	191.413	33.378	9.673	55.810	6.150	47.867	0	821
RJ	16.635.996	180	11.064	0	1.040	28.890	9.741	74.367	20.346	1.891	21.181	8	2.011
RN	3.474.998	177	16.000	0	2.774	98.575	29.753	8.850	38.275	4.503	45.986	0	11.467
RS	11.286.500	172	8.470	0	11.146	38.575	4.501	32.388	34.320	4.389	40.996	363	1.218
SC	6.910.553	287	31.579	445	20.695	136.908	16.378	41.387	52.083	4.631	106.723	4	1.605
SP	44.749.699	454	53.284	422	6.791	104.873	54.972	81.663	73.674	16.864	109.312	47	19.019
SE	2.265.779	54	6.896	0	316	13.900	9.880	3.844	8.061	577	12.021	0	776
Média de- mais estados	178.114.082	4.331	403.342	1.274	164.966	1.930.484	494.556	527.314	916.028	145.425	1.131.107	1.261	108.887
Média nacional	206.114.067	5.040	501.151	1.679	192.775	2.281.696	573.816	566.176	1.047.009	177.722	1.266.621	1.262	138.361

¹ Dados sujeitos à alteração, extraídos em 09 de outubro de 2018, às 17:08hs, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Tipos de atendimento: consulta agenda-programada/cuidado continuado; consulta agendada; Demanda Espontânea: escuta inicial/orientação; consulta no dia; atendimento de urgência. ² Não foram inseridas informações das seguintes categorias profissionais, pelos respectivos motivos: Médico Veterinário e Arteterapeuta – optou-se por não apresentar dados de categorias profissionais cuja produção fosse inferior a 300 atendimentos em todo o País. ³ Dados do histórico de Cobertura do DAB/SAS/MS. População Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativa populacional 2017, com referência em 1º de julho. ⁴ Dados de Nasf AB cadastrados no CNES na competência 12/2017, segundo o Histórico de Implantação de Equipes do DAB/SAS/MS.

Atenção Básica na Amazônia: avanços e desafios

A literatura tem relatado a vulnerabilidade da região amazônica, tanto no campo socioeconômico quanto no campo sanitário. Dificuldades de provimento e fixação de profissionais, bem como frágil utilização de ferramentas de organização do processo de trabalho na AB são alguns dos principais desafios apontados pelos estudiosos. Chama atenção, ainda, a alta dependência dessa região quanto às diretrizes e políticas federais, o que significa que o Governo de fato deva ter maior atenção para as necessidades e especificidades desta região, o que inclui o fortalecimento da articulação interfederativa, do apoio institucional à região e a instituição de políticas abrangentes, que reconheçam as dificuldades e características destas localidades.

Os estudos reconhecem também os esforços do Governo Federal para a melhoria do sistema de saúde nesta região, como o êxito do Programa Mais Médicos, que impactou positivamente, e de forma expressiva, para ampliação de cobertura de forma sustentável. Estes resultados também podem ser observados ao se analisar os gráficos de cobertura e número de equipes SF, SB, ACS e NASF.

No bojo das ações instituídas pelo Governo Federal, é importante destacar que apenas em 2002 a saúde nesta região ganha espaço na agenda. Mesmo que de forma tímida, e embora a saúde indígena não seja objeto de análise deste capítulo, a publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi um marco importante para a agenda que se delineou nos anos subsequentes, especialmente para disputar a agenda política da AB para esta região, de modo que as especificidades regionais fossem reconhecidas e consideradas.

Ao analisar as diversas ações instituídas, é imperativo reconhecer que houve um esforço importante para ampliar a cobertura das ações de AB nesta região, e também para ampliar o financiamento da saúde, especialmente no período de 2010 a 2014. Merece destaque a instituição das equipes ribeirinhas e UBSF, assim como a instituição de PAB com valor diferenciado.

Em que pese tal investimento, ao analisar a relação das ações instituídas com a evolução de cobertura da AB nesta região, percebe-se que foram insuficientes para que o cenário se modificasse de forma expressiva. Com exceção do Programa Mais Médicos, que produziu efeitos importantes na implantação de novas equipes e consequente incremento da cobertura, ainda persistem dificuldades para a ampliação do acesso aos serviços de AB na região. Tais resultados corroboram com os achados de Garnelo et al. (2014), Schweickard et al. (2016), Carneiro et al. (2018) e Gama et al. (2018).

Considerando que as ESFR e UBSF foram pensadas com arranjos e financiamento que fossem capazes de atender às especificidades da região, é de se questionar o porquê da tímida implantação destas estratégias, parecendo oportuno identificar a existência de outros elementos determinantes para a mudança deste cenário. Ou seja, a criação de políticas específicas por parte do MS parece ter sido insuficiente para ampliar, de forma expressiva, a cobertura da AB na região da Amazônia. Cabe, agora, investigar a existência de outros elementos que possam estar relacionados aos entraves para tal evolução.

Na perspectiva de levantar algumas hipóteses, embora não seja objeto desta produção, acredita-se que a alta rotatividade dos gestores nesta região possa ser uma das causas para tal panorama, visto que inviabiliza a construção e implementação de políticas robustas e sustentáveis, em médio e longo prazo. Parale-

lamente, a baixa qualificação da gestão também deve ter seu grau de influência, pois implantar equipes de AB nesta região exige habilidades e conhecimentos específicos, além de importante capital político, além do fato de que algumas ações, como a construção das Unidades Básicas de Saúde Fluviais, barcos e pontos de apoio, exigem indicação parlamentar para custeio via emenda.

Considerações finais

A Atenção Básica no contexto amazônico teve importantes avanços, especialmente na última década. A instituição de equipes específicas de AB para a região - ESFR e ESFF - e o Programa Mais Médicos foram fundamentais para a expansão e qualificação da cobertura de AB na região. Entretanto, tais ações parecem ser insuficientes para provocar mudanças expressivas no cenário da AB, o que exige novas intervenções e maior articulação para que esta seja uma preocupação passível de compor a agenda política nacional.

Percebe-se, a partir da análise dos resultados, que é necessário manter as políticas de indução específicas para a região, bem como fortalecer as políticas de ampliação da cobertura que sejam equânimes e que estejam desenhadas de forma a alcançar o provimento e fixação de profissionais, como o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e o Programa Mais Médicos.

Aliado a isso, é fundamental que as dificuldades ainda presentes na organização, expansão e qualificação da AB na região amazônica possam ser identificadas, de forma que sirvam de subsídio para a formulação de novas políticas e/ou reformulação daquelas vigentes. Para isso, faz-se necessário maior investimento no fomento a pesquisas nesta região, bem como maior interesse do meio acadêmico em produzir conhecimento sobre as experiências vivenciadas nestas localidades.

Uma agenda de pesquisa que contemple esta região é fundamental para identificar as principais dificuldades na adesão às políticas, para ampliação de cobertura e, sobretudo, para investigar se o aumento de cobertura é capaz de ampliar a qualidade e a resolubilidade nos serviços de AB, o que inclui a melhoria dos indicadores de saúde. É necessário, ainda, que a região seja estudada por mais pesquisadores, dos diversos centros de pesquisa do País, de forma que o tema seja objeto de investigação e interesse político.

Neste âmbito, destaca-se a disponibilidade de dados da AB, acessíveis a toda a população por meio de relatórios públicos dispostos nas bases nacionais do Ministério da Saúde, como o SISAB e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB (PMAQ-AB). Este último, vale salientar, com extensa possibilidade de análise das práticas de saúde e processos de trabalho das

equipes, conteúdo bastante oportuno para ajudar a elucidar importantes lacunas de conhecimento sobre a temática.

Persiste, assim, o desafio de tornar visível esta região, com suas potencialidades e desafios, de modo a contribuir com a produção de conhecimento e, sobretudo, com o fortalecimento da agenda política da saúde no País.

Referências

Ministério da Saúde. (2011). **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**: 2012-2015. Brasília.

Ministério da Saúde. (2017). **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília.

Ministério da Saúde. (2018). **Portaria nº 740, de 27 de março de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde.

Carneiro, V. B., Maia, C. R. M., Ramos, E. M. C. S & Castelo-Branco, S. (2018). Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 23(7):2413-2422.

Comissão Intergestores Tripartite. (2017). **Resolução nº 27, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

Ferreira, A. C. S., Suárez-Mutis., Campos, M. R., Castro, C. G. S. O. (2011). Atenção primária à saúde em municípios de alto risco para malária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, p.1281-1288, dez. 2011.

Figueira, M. C. S., Leite, T. M.C., Silva, E.M. (2012). Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.3, p.414-419, jun. 2012.

Franco, E. C., Santo, C. E., Arakawa, A. M., Xavier, A., França, M. L., Oliveira, A. N., Machado, M. A. M. P., Bastos, R. S., Bastos, J. R. M & Caldana, M. L. (2015) Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.17, n.5, p.1521-1530.

Gama, A. S. M., Fernandes, R.G., Parente, R. C. P & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, 34(2):e00002817.

Garnelo, L., Lucas, A. C. S., Parente, R. C. P., Rocha, E. S. C & Gonçalves M. J. F. (2014). Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 38(spe):158-172.

Giovanella, L & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.493-545.

Machado, F. S. N., Carvalho, M. A. P., Mataresi, A., Mendonça, E. T., Cardoso L. M., Yogi, M. S., Rigato H. M & Salazar, M. (2010). Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):247-254.

Martins, A.C., Schlosser, A. R., Arruda, R. A., Klein, W. W., Andrade, B. W. B., Labat, A. L. B., Souza, M. N & Silva-Nunes, M. (2013). Ensino médico e extensão em áreas Ribeirinhas da Amazônia. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 37(4):566-572.

Oliveira, C. S. F., Silva, A. V., Santos, K. N., Fecury, A. A., Almeida, M. K. C., Fernandes, A. P., Costa, C. A., Freitas, A. S., Corvelo, T. C. O & Martins, L. C. (2011). Infecção pelo vírus da hepatite B e C em ribeirinhos da Amazônia brasileira. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, 44(5):546-550.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde [OPAS/OMS]. (1978). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, 1978.

Paim, J.S. (2003). Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; p. 587-603.

Schweickardt, J.C., Lima, R. T., Ferla, A. A & Martino, A. (2016). O "Programa Mais Médicos" E O Trabalho Vivo Em Saúde Em Um Município Da Amazônia, Brasil. **Saúde em Redes**, 2(3):328-341. Associação Brasileira da Rede Unida.

Vieira, J.M.R., Garnelo, L & Hortale, V.A. (2010). Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, 19(4):852-865.

Potencialidades e desafios da atenção primária à saúde na Amazônia: a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois municípios do Estado Amazonas

03

*Tatiane Lima Aguiar
Ana Beatriz Werneck
Nathalie Matos*

A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, foi um marco na estruturação de Sistemas de Saúde em todo mundo ao estabelecer o modelo da Atenção Primária em Saúde (APS) como a base organizadora de um sistema saúde abrangente. A conclusão de que APS deveria consistir no núcleo central, organizador e coordenador do sistema de saúde, apoiada em ações intersetoriais para garantir promoção da saúde da população, apresentava uma óbvia vertente filosófica, na medida em que enfatizava o aspecto da saúde como um direito humano fundamental (Giovanella & Mendonça, 2012).

Desde o início da discussão concernente à formatação dos cuidados primários, houve uma nítida diferenciação entre dois modelos muito distintos de APS: o de APS abrangente ou integral versus uma APS seletiva. Esta última, também conhecida como mínima, ou ainda primitiva, segundo a denominação de Testa (1993), tem como tônica o fornecimento de programas verticais, i.e., cestas básicas de produtos usualmente baratos e destinados a população mais carente. Por outro lado, entende-se como APS abrangente ou integral uma forma de organização do Sistema de Saúde onde as necessidades de saúde individuais ou coletivas seriam abordadas de maneira universal, integral e hierarquizada. A APS seria obrigatoriamente a porta de entrada, ou seja, o contato inicial com o sistema, além de ter o papel organizador e regulador para os níveis de atendimento especializados, garantido a resolutividade dos problemas de saúde apresentados (Giovanella & Mendonça, 2012).

O conceito de APS integral englobaria medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos, entre outras ações que também contribuam para garantir a

sustentabilidade de um sistema de saúde universal, público e gratuito (Giovannella & Mendonça, 2012, Starfield 2002) e, desta forma, estaria melhor alinhado com a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre saúde como o completo bem-estar físico mental e social.

No Brasil, o processo histórico da implantação da APS perpassa necessariamente pela instituição da Constituição Federal de 1988, que endossou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio fundamental a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do estado brasileiro. A implantação do SUS na década de 1990 foi a concretização desta premissa e teve como base o conceito ampliado de saúde. Esse processo, alvo de muitos debates e intensa participação social, foi favorecido pela conjuntura política da época, quando o país vivia o processo de democratização nos anos 80.

No cenário da saúde brasileira, o primeiro nível de cuidado em saúde é também denominado Atenção Básica (AB), de forma a reforçar o seu caráter essencial e sustentador do sistema de saúde, tal como defendido pela Reforma Sanitária, movimento que contribuiu ativamente para a concretização do SUS. Os termos APS e AB são usados indistintamente para caracterizar um conjunto de princípios, fundamentos e diretrizes que caracterizam suas ações. Assim, para melhor compreensão das ações a serem desenvolvidas dentro da APS brasileira e para subsidiar uma análise crítica da implementação da APS nas diversas regiões do país, especialmente no contexto de regiões brasileiras mais remotas, é essencial revisar os fundamentos e diretrizes descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com destaque para os aspectos mais relevantes e algumas palavras-chave (Brasil, 2011):

I - **ter território adstrito sobre o mesmo**, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o **acesso universal** e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; [...];

III - **adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita** garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**. [...];

IV - **coordenar a integralidade** em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e **demanda espontânea**; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da **autonomia dos usuários** e coletividades; [...] e

V - **estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde** e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A PNAB surge, assim, como o eixo estruturante para a organização da APS, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em última instância, como a base estruturante do SUS. Não surpreende, portanto, a decisão política de estruturar do SUS segundo o modelo de APS abrangente, com ênfase nas características de primeiro ponto de acesso ao sistema e de organizadora do cuidado como um aspecto essencial para se garantir a sustentabilidade do SUS. Desta forma, orientar a assistência de acordo com as necessidades reais de atendimento permitiria poupar recursos que poderiam ser desperdiçados em ações de saúde inócuas ou não efetivas em determinadas realidades, com prejuízo global à garantia de assistência integral.

No entanto, o delineamento de um sistema universal de saúde com base nos princípios norteadores da APS, descritos na PNAB, em um país de dimensões continentais, como é o caso do Brasil, impõe alguns desafios ao SUS, dentre os quais a própria questão da extensão territorial brasileira é um exemplo muito significativo. Ou seja, mesmo moldando o sistema segundo a lógica da APS como ponto inicial e central do cuidado, persistem ainda entraves estruturais à implementação do SUS relativos, entre outros, à questão das dimensões territoriais, associada à multiplicidade de nuances entre as diferentes regiões brasileiras. Neste sentido, certas ações programáticas do Ministério da Saúde (MS) que, por serem organizadas de forma abrangente, sem contemplar as diferentes realidades locorregionais e suas especificidades geográficas, usualmente são fadadas ao insucesso em algumas regiões do país ou ao menos à implantação deficitária. Um exemplo clássico são os menores índices de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em alguns estados da Região Norte, como é o caso do Estado do Amazonas, fato que é atribuído às dimensões geográficas e dificuldade de acesso a localidades remotas (Oliveira, 2011).

No intuito de superar as barreiras geográficas de implementação do SUS, é

mandatório o estabelecimento de planejamento estratégico para a organização do sistema, de forma a otimizar os recursos disponíveis segundo uma lógica de hierarquização, e a garantir a oferta de serviços que contemplem as demandas de saúde da população. Por este motivo, é importante que agenda do MS considere questões relacionadas à desigualdade do acesso dos usuários do SUS nas diferentes regiões do país, no intuito de potencializar a resolutividade do sistema através da ampliação do acesso aos serviços oferecidos no nível primário do cuidado. Nesta ótica, o território se configura como um fator crucial para a implementação da APS em algumas regiões brasileiras, o que implica obrigatoriamente em adaptações do modelo de cuidado ao território alvo onde as ações de saúde serão desenvolvidas.

Autores como Viana (2007) explicam que determinadas regiões brasileiras ressentem-se de políticas de saúde desenhadas em conformidade com suas características e que, por isso, é fundamental a elaboração de *“políticas públicas de corte regional nas várias áreas, incluindo a saúde”*, para garantir a equidade do SUS frente às desigualdades socioeconômicas e sanitárias no país, cuja distribuição conforme o território é marcante. De acordo com o mesmo autor, a Amazônia Legal seria um exemplo clássico desta lacuna de políticas públicas customizadas, uma vez que aí a *“dinâmica socioespacial peculiar e indicadores sociais desfavoráveis”* não são considerados de forma sistemáticas nas políticas de saúde.

Obviamente, a proposta de levar em consideração características geossociais tão diversas do extenso território brasileiro para a elaboração de políticas públicas de saúde efetivas, para que se alcance uma APS realmente universal e para contemplar o princípio da equidade na distribuição do cuidado, exige a elaboração de um diagnóstico situacional muito mais complexo do que simplesmente elencar barreiras de acesso e a distribuição populacional em um território diferenciado. De fato, em alguns cenários de atuação, como é o caso da atenção à saúde de populações ribeirinhas da Amazônia, a *“dinâmica socioespacial peculiar”* impõe a realização de uma releitura da própria concepção de território como determinada na PNAB e na ESF, uma vez que determinados atributos como *“espaço físico fixo”* com *“população determinada”* não podem ser aplicados neste contexto, sob pena de até mesmo inviabilizar a assistência almejada. No cenário específico das áreas remotas da Amazônia brasileira, outros esquemas conceituais para conceber o território se fazem pertinentes para uma melhor e mais abrangente compreensão das características geográficas locais e seus impactos na saúde da população amazônica ribeirinha.

Assim, partindo do problema inicial da territorialidade amazônica como um diferencial ao acesso ao cuidado por parte de suas populações, o presente trabalho tem como objetivo principal descrever as potencialidades de um modelo de APS baseado na ESF, a ESF Fluvial (ESFF), adaptado para permitir a cobertura de populações ribeirinhas, bem como os desafios de sua implantação a partir da construção

de um processo de trabalho em saúde inovador, as Unidades de Saúde da Família Fluvial (USFF), em áreas rurais de duas cidades do interior do Estado do Amazonas. Além disso, busca revisar as peculiaridades da APS na Amazônia Brasileira em geral e, em especial, as características do processo de implementação da APS nesta região, tendo como foco o entendimento do território em suas variadas concepções.

Percurso metodológico

Para a compreensão do tema genérico “APS na Amazônia” e relato dos temas específicos “implantação da UBSFF nas cidades de Borba-AM e Coari/AM” as autoras desenharam um estudo qualitativo misto, que consistiu em uma revisão integrativa da literatura sobre a APS na Amazônia e sobre a experiência pioneira da implantação da UBSFF em Borba-AM, além de um relato de caso sobre a implantação da UBSFF em Coari/AM, experiência que foi testemunhado por uma das autoras, que atuava à época como profissional de saúde na APS do município.

O eixo central unificador das diferentes narrativas e do relato foi a identificação e caracterização dos processos implantação/implementação da APS em regiões remotas do Estado do Amazonas, com destaque para a identificação de possíveis barreiras e soluções desenvolvidas para sua concretização, sob a ótica do SUS. Os textos encontrados na revisão da literatura foram avaliados inicialmente através da leitura de seus resumos pelas autoras que, em seguida, selecionaram os artigos de forma consensual, segundo a relevância para o tema da pesquisa. Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos integralmente, com vistas a identificar os obstáculos mais comuns relatados na literatura e as respostas dos atores locais (gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS) frente às dificuldades encontradas.

Foi realizada uma análise temática do conteúdo dos resultados encontrados, que resultou na identificação das seguintes categorias analíticas: a) APS na Amazônia, descentralização, gestão e condições de trabalho; b) Território, Integralidade e Inovação em Saúde; c) UBSFF com estratégia de saúde na Amazônia. A seguir, as autoras se reuniram para a discussão das informações, por categoria temática, e construíram consensualmente a síntese das evidências qualitativas analisadas, que resultou na descrição dos achados mais frequentes e inferências sobre o tema, baseadas em reflexão crítica individual e coletiva das autoras.

A revisão da literatura referente especificamente à implantação da UBSFF de Borba/AM permitiu a construção de um referencial teórico para a condução do relato de caso sobre a implantação da UBSFF no município de Coari/AM, baseado na perspectiva dos atores locais envolvidos no processo de implantação que relataram suas experiências e percepções sobre o tema, por meio de entrevista presencial.

O relato de caso foi realizado concomitantemente por umas das autoras residente em Coari/AM, que conduziu uma entrevista semiestruturada com um gestor local que participou do processo de implantação da UBSFF. Os tópicos estruturados do roteiro da entrevista foram determinados previamente por todas as autoras, e consistiram em questões referentes a pontos específicos da implantação, como trâmites burocráticos para a aprovação do projeto ESF fluvial no município, caracterização física da UBSSF, peculiaridades da dinâmica de trabalho dos profissionais embarcados na UBSFF, o fluxo de atendimento à população ribeirinha e os resultados alcançados, notadamente no que se refere à ampliação da cobertura da ESF local.

Além disso, foi realizada pesquisa documental nos bancos de dado da Secretaria de Saúde do próprio município de Coari/AM, no intuito principalmente de obter dados sobre os resultados iniciais da UBSSF local (número de atendimentos e de famílias cadastradas, área de cobertura, cronograma das atividades, etc.), e no sítio eletrônico do MS, visando revisar o marco histórico da criação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante consulta às portarias e resoluções do MS que orientam e normatizam o funcionamento das UBSFF.

Resultados e discussão

Desafios gerais da APS em municípios da Amazônia: descentralização do SUS, necessidade de gestão profissional e fixação de profissionais de saúde

A implantação do SUS implica na descentralização da gestão e capilarização da oferta dos serviços de saúde, com conseqüente transferência de maiores poderes e deveres à esfera municipal. Segundo Vieira, em estudo que analisou o processo de gestão da atenção básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, a maior responsabilidade da gestão atribuída ao município passa a ser proporcional ao nível de complexidade do sistema conforme o grau do município enquadramento nas modalidades de gestão estabelecidas pela NOB/96 ou NOAS/2002 (Vieira, 2010).

Neste mesmo estudo, foi observado que o processo de habilitação nos municípios avaliados foi conturbado devido a vários fatores, dentre os quais destacam-se a disputa com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na execução de serviços da APS, dificuldades em definir prioridades e estabelecer programações compatíveis com o nível de habilitação dos municípios, baixo uso de indicadores epidemiológicos para definir ações prioritárias, baixo grau de planejamento e uso inadequado dos instrumentos de gestão.

Aliado a isso, a governabilidade dos municípios no setor da saúde é prejudicada pela "alta rotatividade na ocupação dos cargos e pela baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades - particularmente entre os profissionais

que atuam nas unidades de saúde -, comprometendo a participação e descentralização no planejamento e na gestão” (Vieira, 2010).

Apesar dos dados deste estudo se referirem a cinco municípios isolados, há razões para se extrapolar tais resultados à boa parte dos municípios da Amazônia, em especial àquelas mais afastadas dos centros metropolitanos, onde além do isolamento geográfico, outros fatores elencados pelo autor talvez possam contribuir de maneira desfavorável à implementação da APS, tais como persistência de modelos convencionais de APS em detrimento da ESF, baixa capacidade de fixar mão de obra e a precariedade nas relações trabalhistas.

No tocante às relações e condições de trabalho específicas da ESFF, um estudo sobre a saúde dos trabalhadores da ESFF dos municípios de Manaus e Novo Airão- AM observou entraves adicionais à atuação dos profissionais das equipes fluviais, relacionados à maior vulnerabilidade destas áreas rurais, como dificuldade em lidar com a situação socioeconômica das comunidades, além daqueles referentes a falhas na estrutura do barco (acomodações não adequadas, barulho do motor e balanço do barco) e à falta de comunicação externa no período embarcado. A autora conclui que estes fatores são capazes de desencadear situações de sofrimento físico e psíquico nestes profissionais e, mesmo levando em conta as limitações metodológicas deste estudo, é possível inferir que as condições de trabalho insalubres na ESFF podem ser barreiras significativas para implementação da APS em regiões ribeirinhas (Andrade, 2017).

Feitas estas considerações iniciais e genéricas sobre a problemática da APS na Amazônia, é oportuno voltar a discutir as particularidades territorialidade amazônica como condição determinante para a concepção de políticas de saúde para a região.

Território como barreira à integralidade ou incentivo à inovação? Aspectos conceituais e implicação para políticas de saúde para a Região Amazônica

Uma das vertentes da concepção de território é proposta por Santos (apud Viana, 2007), na qual o território possui um sentido maior que o geográfico apenas. A proposta da Geografia Nova, descrita por este autor década de 70, entende o espaço geográfico como *“instância social, local onde ocorre a ação, área de relação entre meio construído e movimento criado por homens, sociedade e instituições”*. A situação geográfica, quando vista dessa forma, permite compreender os processos históricos, as dinâmicas locais e ser utilizado para formulação (e reivindicação) de políticas públicas mais apropriadas à realidade local (Viana, 2007).

Outros autores propõe que a categoria “território” constitui um dos elementos importantes na organização das ações de saúde no âmbito da atenção pri-

mária, porém com significados múltiplos e distintos, admitindo-se ao menos, três dimensões possíveis: “como categoria geográfica, como conceito presente nas normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e, ainda, na perspectiva encontrada no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF)” (Schweickardt et al, 2016). Neste último sentido, o território é entendido como “[...] espaço histórico, lugar de vivências cotidianas e de reivindicações políticas” (Moraes & Canôas, 2013, p.54, apud Schweickardt et al, 2016). Ou seja, a dinâmica territorial, ao extrapolar o conceito puramente geográfico, move-se para o âmbito da construção social do espaço, o que na perspectiva do sistema de saúde, implica em considerar os fluxos e fixos locais, os itinerários terapêuticos da população adscrita, a vulnerabilidade imposta pelo isolamento geográfico, entre outros determinantes.

Sob a ótica geográfica a saúde “expressa as condições de existência do ser humano no território” e, portanto, para fins de promoção de saúde e proteção social, é mister “entender as desigualdades socioespaciais e suas consequências para o bem-estar social, que extrapola o setor saúde”, uma abordagem que engloba a teoria dos determinantes sociais em saúde (Viana, 2007).

Na Amazônia, estes fatores apresentam uma sazonalidade própria delineada pela alternância da subida e descida do rio, entre a várzea e a terra firme, caracterizando o território mutável da população ribeirinha. Desta forma, a priorização das características do território na Amazônia como um processo dinâmico e complexo implica, por conseguinte, na evidenciação da premência de uma política de saúde diferenciada considerando este espaço singular, onde exista “uma gestão e uma produção de cuidado que se movimente como os banheiros e as águas” (Schweickardt et al, 2016).

Esta caracterização da territorialidade amazônica como construída em sua maior parte pela típica comunidade ribeirinha, apesar de singularíssima e realmente típica da região, é bastante simplista. Um exemplo de organização socio-territorial amazônica que vai além deste padrão é a comunidade flutuante denominada Catalão, que se assenta em “um território verdadeiramente líquido, pois as casas foram construídas sobre troncos de madeira e, portanto, se deslocam de acordo com o ciclo das águas dos rios” (Carvalho, 2017). A autora elucida que, apesar desta comunidade estar localizada próximo a Manaus, no município de Iranduba, na margem direita do rio Negro, e possuir infraestrutura básica (energia, escola, saúde, coleta de lixo e transporte), sua forma única de organização espacial impulsiona sua população a trajetos sinuosos para o acesso aos serviços de saúde, além engendram redes de saúde alternativas e estarem praticamente em situação de invisibilidade em relação às políticas de saúde estabelecidas.

De forma mais pragmática e mais frequente, contudo, a ênfase no fator geográfico do território amazônico determina a estruturação do SUS na região consi-

derando a dinâmica ribeirinha, o que implica no entendimento dos períodos alternantes de cheias e vazantes dos rios, da acessibilidade sazonal de regiões remotas, da priorização das populações ribeirinhas vulneráveis e de processos de trabalhos inovadores que pensem o território líquido da região (Schweickardt et al, 2016).

Historicamente, a implantação do SUS em áreas ribeirinhas foi instituída com intuito de suprir a demanda de expansão do acesso à APS, como preconizado pela PNAB de 2006, e de estabelecer uma estratégia interfederativa para redução da mortalidade infantil com prioridade para a Amazônia Legal, segundo o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Infantil de 2010 (Brasil, 2006). Segundo Kafer, 2016, a implantação de uma nova modalidade de equipe de ESF, com “critérios diferenciados para atender as necessidades de saúde diferenciadas das populações ribeirinhas na Região da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense”, obteve um impacto positivo em termos de cobertura, uma vez que estabeleceu o acesso à população ribeirinha ocorresse por meio fluvial, “em localidades nas quais não fosse viável o deslocamento diário da equipe de saúde da família (eSF) da sede do município até o local de moradia dessas populações”. No entanto, o resultado deste processo em termos de indicadores de saúde não pode ainda ser determinado de maneira conclusiva devido à escassez de dados disponíveis e ao tempo relativamente curto da implantação (Kafer, 2016).

Neste cenário de estratégias incipientes, de alto custo das ações programáticas e de incerteza dos resultados das iniciativas implantadas, urgem soluções que contemplem a saúde das populações ribeirinhas no âmbito do SUS, considerando suas características anteriormente descritas. Mais recentemente, as UBSFF surgiram como inovação no âmbito das políticas públicas de saúde voltadas para a região, que pode ajudar a mitigar as iniquidades regionais imposta pelo isolamento geográfico e pelo território líquido, como descrito a seguir.

UBSFF - inovação para Atenção à Saúde na Amazônia

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, estabeleceu o funcionamento de equipes de atenção básica para populações específicas e, entre elas, as Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais - UBSF (Brasil, 2011).

As UBSF são embarcações que comportam, portanto, eSFF que atendem a população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense, de forma a contemplar as especificidades dessas regiões e a garantir o cuidado às suas populações, como previsto na PNAB. São compostas por, no mínimo, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico,

ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, sala de vacina, banheiros, expurgo, cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe, cozinha, sala de procedimentos e identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente (Brasil, 2018).

As UBSF funcionam 20 dias por mês em área previamente delimitada para atuação. Este período engloba o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento à população ribeirinha. Os demais dias são destinados às atividades de planejamento e educação permanente junto a outros profissionais.

O credenciamento dos municípios interessados em solicitar o recebimento do incentivo financeiro para construção de UBSF deve ser realizado junto ao Ministério da Saúde mediante a previsão de abertura de cadastro de propostas para programa, emendas parlamentares ou convênios. A solicitação deverá ser acompanhada de elaboração do projeto de implantação da ESFF, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e chancelado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). O financiamento é majoritariamente proveniente de recursos federais e encontra-se detalhado na Portaria N° 2.490, de 21 de outubro de 2011.

A composição da ESF da UBSF consiste, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório. Para garantir a maior qualidade do cuidado e resolutividade, considerando a especificidade territorial da população ribeirinha que a torna singular, o município pode solicitar a ampliação da equipe com profissionais. Além disso, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico (unidade de apoio/satélites e embarcações de pequeno porte para transporte exclusivo de profissionais).

De acordo com pesquisadores que avaliaram a primeira UBSF do Brasil, o Igarçu, implantada no município de Borba-AM, “a adoção de Unidade de Saúde Fluvial parece ser estratégia adequada para o aumento da cobertura na atenção básica em territórios com características semelhantes à várzea amazônica”. Com base nesta conclusão, considera-se crucial para uma discussão mais apropriada sobre iniciativas inovadoras dentro da APS na Amazônia, revisar criticamente a trajetória que resultou na concepção e efetivação do Igarçu como estratégia de cuidado na ESFF de um município do interior do Estado do Amazonas.

UBSF Igarçu - experiência pioneira do município de Borba-AM

Embora a assistência à saúde em áreas remotas da Região Amazônica via fluvial não seja uma novidade e mesmo venha sendo realizada com regularidade,

majoritariamente com apoio das Forças Armadas e organizações não-governamentais, tais modalidades de assistência foram e ainda são pautadas no modelo campanhista, cujas origens remontam à criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), com objetivo de combate das endemias rurais (Barbosa, 2018; Schweickardt & Martins, 2017).

Até a implantação das ESF fluvial não se podiam identificar modelos de atenção à saúde da população ribeirinha que fossem desenhados levando em conta os territórios específicos da Amazônia, em especial as áreas rurais somente acessíveis através dos grandes rios que cortam a região, seus afluentes, igarapés, furos e paranás, além da dinâmica da vazante e cheia desses rios. Schweickardt, pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do ILMD/Fiocruz Amazônia, destaca a importância de se considerar esta imensa rede fluvial que se modifica com o ciclo das águas “moldando o acesso móvel e os próprios profissionais de saúde nestes territórios” (Schweickardt *et al* apud Barbosa, 2018).

Ao identificar estes aspectos peculiares do território amazônico, surgem questionamentos referentes a este contexto específico da atuação da UBSFF notadamente quanto à caracterização do seu território adstrito, ao modelo de atenção oferecido à população, à integralidade e à horizontalidade do cuidado (Lima *et al*, 2016).

Estes questionamentos devem estar em mente ao se relatar a trajetória da primeira UBSF a ser inaugurada no Brasil, em 2013, no município de Borba, no estado do Amazonas, e serão o pano de fundo para se destacar a atuação da eSFF embarcada no Igarapu, nome desta UBSF, no cuidado às populações ribeirinhas que vivem na zona rural no município, que dista cerca de a 215 km de distância, via fluvial, e 150 km, em linha reta, da capital Manaus. A UBSF Igarapu, do tupi-guarani “canoa grande”, além de ser um marco histórico na APS da Amazônia e nacionalmente por seu pioneirismo, pode ser considerada certamente como uma inovação tecnoassistencial em saúde concebida segundo a lógica territorial da região.

Alguns aspectos práticos, no entanto, merecem ser sinalizados. Comparativamente a uma UBS tradicional, o custo total de R\$ 1,8 milhão para construção é elevado. Porém a oferta de atendimento a 3.400 famílias espalhadas neste “território líquido” e que possivelmente não teriam oportunidade de acesso ao sistema de saúde sem esta iniciativa, justifica um investimento deste porte (Kadri *et al*, apud Barbosa, 2018). Assim, o retorno em termos de custo-efetividade deve ser esperado apenas a médio e a longo prazo, uma vez que esta iniciativa pode reduzir “o número de pacientes de urgência e emergência que procuram as sedes dos seus municípios e evitar a transferência para Manaus”, segundo infere Lima, outro pesquisador LAHPSA (Lima *et al* apud Barbosa, 2018).

Em contrapartida, um aspecto muito significativo para a discussão de custo-efetividade da UBSFF é o fato de que a população atendida tem demonstrado, desde o início de seu funcionamento, um elevado grau de satisfação com os serviços agora disponíveis na proximidade de seu domicílio (Lima et al, 2016). A experiência acumulada nas viagens do Igarauçu é única no que diz respeito à representação de um novo modelo de produção social da saúde no contexto amazônico, tendo como base a PNAB (Lima et al, 2016).

Portanto, pode-se afirmar indubitavelmente que esta experiência é uma resposta original ao grande desafio imposto pelos territórios amazônicos à implantação de uma PNAB alinhada às necessidades de saúde de suas populações vulneráveis e é uma iniciativa que visa a garantia da integralidade do cuidado à população ribeirinha da Amazônia. Isto porque, segundo o que afirmam os pesquisadores que avaliaram a implantação do Igarauçu, ainda que as linhas de cuidado desenvolvidas nesta UBSFF demonstrem conformidade com a PNAB, estas não estão restritas às ações programáticas determinadas na política, sendo que o cuidado oferecido parece, portanto, extrapolar o modelo de atenção estritamente baseado da APS/ESF (Lima et al, 2016).

Outro exemplo de como a UBSF se constitui em um modelo inusitado de atenção à saúde é o fato de não levar em consideração território adscrito para o atendimento dos usuários que buscam seus serviços, atendendo a todos indistintamente, mesmo que quando o usuário pertence a uma comunidade já visitada pela ESF (Lima et al, 2016). A despeito destas singularidades, o Igarauçu em suas viagens pela calha do Rio Madeira, percorre um trajeto com duração de 23 dias de viagem, oferecendo todos os programas da atenção básica para a população ribeirinha. São utilizadas técnicas de triagem levando em conta os critérios da vulnerabilidade e do risco quando a demanda por atendimento se encontra aumentada (Lima et al, 2016).

A equipe do Igarauçu inclui, além de profissionais de saúde (médico, enfermeira, cirurgiã-dentista, duas técnicas de enfermagem, um técnico de saúde bucal, uma educadora física, que pertencia ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família/Atenção Básica e agentes comunitários de saúde, lotados nas comunidades), um corpo de profissionais de apoio ou suporte (comandante do barco, marinheiro fluvial ou auxiliar de convés, um arrais uma copeira e um auxiliar de serviços gerais).

Para Kadri, pesquisadora do Lahpsa, a UBSF é considerada uma “estratégia adequada para aumento da cobertura na atenção básica em territórios com características semelhantes à várzea amazônica”. Consenso entre os pesquisadores citados é que a UBSFF é um conceito de atenção que leva em conta uma “densidade e uma materialidade que seja móvel, que siga o fluxo das águas”, em contraparte com a adoção de serviços de saúde que são, via de regra, planejados na perspectiva

de fixos, (apud BARBOSA, 2018). A conclusão dos pesquisadores que buscaram se aprofundar nas densidades líquidas da lógica dos itinerários terapêuticos, subvertida radicalmente pelo Igarauçu, é que a UBSF permitiu um “alto grau de descentralização da atenção, com capilaridade adaptada à região, garantindo a acessibilidade, o vínculo com a população ribeirinha e a continuidade do cuidado” (Lima et al, 2016).

Por tudo o que foi verificado por estes autores, era plausível antever que a experiência do Igarauçu fosse replicada em localidades com características semelhantes às da zona rural de Borba, o que realmente ocorreu quatro anos depois, em outro município amazonense.

Implantação da UBSF Coari-AM segundo o relato do coordenador

Outra experiência recente envolvendo uma UBSFF se deu no município de Coari-AM, localizado no Rio Solimões, entre o Lago de Mamiá e o Lago de Coari. Com população estimada em 84.962 no ano de 2017, Coari é o quinto município amazonense mais populoso, com uma densidade populacional de 1,3 habitantes por km². Cerca de 34,61% dos habitantes vivem em área rural e que a média brasileira de pessoas que vivem em centros urbanos é de 84,4% (IBGE, 2010).

A APS do município é constituída por UBS distribuídas nos principais bairros da zona urbana (União, Itamarati, Santa Efigênia, Chagas Aguiar, Santa Helena, Ciganópolis, Urucu, Centro, Espírito Santo, Duque de Caxias, Tauá Mirim, Pêra) e Unidade Básica de Saúde Ribeirinha (UBSR), localizada no Centro da cidade, que atende a população advinda da zona rural. Cada UBSF conta com duas equipes de trabalho no modelo da ESF, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Coari, 2018.

A história recente da implantação em novembro de 2017 de uma UBSFF no município foi relatada pelo coordenador da APS de Coari, Sr. Wendel da Silva Barros, enfermeiro de formação, que enfatizou sua experiência na gestão desta empreitada inovadora. Segundo Wendel, a UBSFF de Coari foi inaugurada no dia 24 de novembro de 2017, e primeira viagem realizada em janeiro de 2018, após as obras de revitalização da unidade, que custou cerca de R\$ 800 mil em investimento pela prefeitura do município. Como toda UBSFF, o custeio é oriundo do Governo Federal, encarregado de repassar o valor do incentivo mensal de custeio das UBSFF via Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipais de Saúde, e parte da esfera municipal, responsável, entre outras ações, pela manutenção da embarcação.

Do ponto de vista do coordenador da APS local, a principal motivação para a implantação da UBSFF pela gestão local foi o desejo de atender às comunidades

rurais com toda estrutura de uma UBS terrestre, com o diferencial de poder levá-la às regiões mais longínquas do município, tendo em vista que saúde é um direito de todos. Atualmente, a UBSF atende cerca de 200 comunidades entre os rios Baixo, Médio e Alto Solimões, Rio Copeá, Rio Piorini, Lago de Mamiá e de Coari. Já foram realizados cerca de 15.200 atendimentos s entre os meses de janeiro e junho de 2018 6 meses e cerca de 2533 pacientes foram atendidos por mês.

A ESFF atua 15 dias por mês em área delimitada para atuação, o que inclui o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos demais dias, a embarcação fica ancorada em solo, na sede do Município, com execução de atividades como o planejamento das ações.

A estrutura física da UBSF é dividida em 03 andares, distribuídos da seguinte forma:

- 1) Térreo: um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacinação, uma sala de procedimentos (curativos, sutura, etc), um laboratório bioquímico (com exames de sangue e urina e teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, entregues na hora), uma Farmácia, uma sala de recepção e uma sala de triagem.
- 2) Andar de baixo: um banheiro, um banheiro para deficientes, uma sala de expurgo, uma sala de máquinas e motores, um compressor odontológico e coletes salva-vidas.
- 3) Andar de cima: seis camarotes (cada camarote com quatro leitos e quatro coletes salva vidas), dois banheiros, uma sala de Comando, uma cozinha e local embarque para 24 profissionais;
- 4) Terraço: quatro caixas de água potável, seis botes salva vidas, uma botija de gás de cozinha, motores de ar condicionado.

A equipe da UBSFF de Coari, é composta por profissionais de saúde e tripulantes de bordo, incluindo um médico, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, dois profissionais de serviços gerais, dois administrativos, um marinheiro de convés, um marinheiro de máquinas, um comandante, um vigia, uma cozinheira, um bioquímico, um agente de endemias e um coordenador, cumprindo assim com os requisitos mínimos exigidos pelo MS para implantação da equipe da UBSF.

O funcionamento da UBSFF de Coari segue as diretrizes da PNAB, com adaptações para adequar os atendimentos em um “contexto itinerante” (Schweickardt

& Martins, 2017), em que a demanda espontânea pode ocorrer em horários fora do expediente habitual, como em situações de urgência e emergência em que os profissionais de saúde prestam atendimento durante o período noturno. Como a jornada é de 15 dias mensais, o turno de trabalho estende-se como regime de plantão de sobreaviso. Em caso de emergências, é realizada a estabilização e deslocamento para a sede do município de Coari, com apoio de uma lancha, acompanhado por profissionais da própria UBSF. Em linhas gerais, a demanda majoritária é do tipo espontâneo uma vez que grande parte dos atendimentos acontece sem agendamento prévio. Desta forma, o agendamento dos atendimentos é um ponto que precisa ser melhor trabalhado junto aos ACS.

O coordenador da atenção básica do município relata que, em relação à realização dos programas de saúde inerentes à UBSF de Coari, a equipe itinerante possui a mesma demanda, emergindo pontos a serem considerados. Todos os sete programas da atenção básica contemplados na PNAB são executados com adequado suporte de material, equipamentos e insumos. As produções da equipe são inseridas no E-SUS por meio de gravação no disco rígido dos computadores da UBSFF com cópia de segurança em mídia física (compact disks). No retorno da viagem, as unidades de processamento dos computadores são enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde de Coari para compilação e envio dos dados registrados durante os atendimentos.

O gestor teve a oportunidade de participar de algumas viagens da UBSFF pelas comunidades adstritas e descrever um panorama de extrema vulnerabilidade das populações aí localizadas. As comunidades não dispõem de saneamento básico, coleta de lixo e água potável. Muitas destas utilizam fossa negra ou despejam os dejetos em rios ou igarapés, sendo a água utilizada para consumo as obtidas das chuvas ou dos próprios leitos dos rios ou igarapés com auxílio de uma bomba d'água.

Apesar das adversidades, o coordenador ressalta os resultados favoráveis obtidos até a momento, em que se destaca a oportunidade de acesso a serviços de saúde para de mais de 15 mil pessoas, incluindo atendimento médico, odontológico, vacinas, dentre outros. Quanto aos obstáculos, aponta dificuldades de ordem organizacional, como o prolongado processo para habilitação para o repasse do Governo Federal, além de aspectos inerentes ao território, como a sazonalidade dos rios, que apresentam aproximadamente 7 meses para navegabilidade durante o ano, além da distância entre uma comunidade e outra.

Como meta principal, a expectativa da gestão é que UBSFF de Coari possa atender grande parte população da zona rural pelo menos duas vezes ao ano com todos os serviços disponíveis na UBS. Ao fazer um balanço geral desde a inauguração da unidade fluvial até os dias atuais, Wendel Barros afirma ainda que "a UBSF

de Coari trouxe dignidade e atendimento às comunidades mais distantes, que muitas vezes não possuem condições para arcar com as despesas de uma viagem até a sede do município, promovendo a saúde para todos de forma igualitária”.

Considerações finais

O SUS é uma construção histórica da sociedade brasileira cuja conquista precisa ser defendida e fortalecida com a incorporação integral de seus princípios. Dentre estes, o princípio da equidade encontra barreiras que extrapolam o controle social, decisão política ou interesses dos variados atores que perpassam o sistema de saúde como usuários, prestadores de serviços, gestores, profissionais de saúde, etc.

Para que haja equidade, os serviços de saúde destinados a diferentes realidades brasileiras devem ser planejados segundo políticas de saúde que englobem os mais diversos contextos territoriais e suas especificidades, como é o caso da região amazônica. O território desta região, marcado por inúmeros vazios populacionais e, conseqüentemente, assistenciais, constituem verdadeiros espaços opacos onde a inexistência de um atrativo econômico não garante incentivos para a presença do estado como ente estruturante da comunidade, e ator efetivo no processo do território-ação.

Com base nestas constatações, o presente artigo procurou desatacar a dinâmica específica da assistência à saúde das populações amazônicas remotas e sua relação com seu território singular. Neste contexto, verifica-se que, se por um lado o território amazônico e suas peculiaridades impõem um desafio à integralidade do cuidado à saúde de suas populações ribeirinhas, por outro oportuniza inovações tecnoassistenciais que levam em consideração as características regionais dos inúmeros rios, igarapés, furos e paranás como vias alternativas para o acesso à saúde por parte dos usuários locais. Como observado no decorrer do texto, na região amazônica a estratégia oficial do MS para a estruturação do SUS, baseada na APS abrangente, precisou ser repensada mediante o território-problema e sua transformação em território-oportunidade.

Neste cenário, a ESFF conduzida em UBSSF surge como iniciativa inovadora e bem-sucedida (ao menos no tocante à ampliação da cobertura) e demonstra que, em casos específicos, é necessário subverter a lógica estruturante das políticas de saúde governamentais, que ao determinar categorias conceituais e operacionais bem definidas, como exemplificado no conceito oficial de território, pode paradoxalmente prejudicar, ainda que intencionalmente, um dos objetivos prioritários do SUS, que é a busca da cobertura universal. Ao subverter a noção de território fixo e organizar sua atuação conforme a distribuição inconstante e sazonal dos usuários locais, a ESFF/UBSFF constitui uma inovação local que orienta recursos financeiros

consideráveis para a solução de um entrave local prioritário. A primeira análise, apesar dos investimentos nesta estratégia inovadora parecerem comparativamente oneroso, se entendidos pelo viés da equidade, contudo, são perfeitamente justificáveis pois permitem fornecer cuidados a uma população historicamente negligenciada sob a alegação de isolamento geográfico.

Assim, conclui-se que para melhor estruturar cuidado de saúde local, é preciso entender que na Amazônia, a liquidez real e simbólica dos territórios é determinada pelos trajetos muitas vezes sinuosos dos grandes rios e seus afluentes, que interferem, por seu turno, nos variados itinerários das populações ribeirinhas, incluindo aí seus itinerários terapêuticos, marcadamente influenciados pelo interminável ciclo virtuoso da cheia e vazante dos rios. Longe de configurar uma barreira, esta vida cíclica é sabiamente apropriada pela população ribeirinha que se adapta ao ambiente configurando seu território vivo e mutante.

De acordo com esta dinâmica, a sazonalidade também é refletida nas ações de subsistência, na arquitetura das moradias ribeirinhas e nas relações entre as populações e suas comunidades. De maneira semelhante, a estruturação da assistência à saúde nas regiões remotas da Amazônica deveria, desde o início, levar em consideração esta dinâmica cíclica, sob pena de perpetuar os vazios assistenciais históricos e o modelo campanhista de cuidado intermitente, pontual e paliativo, que não mais se justifica na era do SUS e sob o imperativo da integralidade da assistência.

Há de se considerar também a resiliência destas populações, vulneráveis de acordo com o ponto de vista urbano, mas que incorpora um grau de extrema adaptabilidade ao espaço, que se transforma em território singular pela ação de seus moradores nativos. Este saber popular, além de exemplo de adaptação ao meio, deve igualmente servir de paradigma para a formulação de modelos de saúde adaptados à realidade amazônica, uma vez que políticas de saúde planejadas de maneira centralizada e implantadas de forma vertical são fadadas ao fracasso nestes espaços periféricos.

Desta forma, conclui-se que, ao entender a dinâmica do território amazônico e incorporar sua “fluidez” com um fator de oportunidade para oferecer serviços aos usuários das várzeas dos rios, a UBSFF destaca-se com uma iniciativa original para o enfrentamento das iniquidades impostas pela distância, especialmente no que se refere ao acesso. Ademais, apesar de alinhadas às diretrizes da PNAB, espera-se que as ESFF e as UBSFF possam ditar um novo modelo de cuidado estruturado, conforme novas demandas de atenção sejam percebidas ao longo da trajetória da assistência itinerante e “embarcada”. Esta experiência única e desafiadora permite fornecer os elementos necessário para que soluções inovadoras e criativas possam surgir, visando desatar os por demais conhecidos nós críticos da

assistência na região amazônica, como acesso, integralidade e horizontalidade do cuidado às populações ribeirinhas.

As experiências das UBSFF dos municípios amazonenses descritos neste artigo, ainda que incipientes, são um “porto de partida” para esta jornada desafiadora que é a prestação de cuidados de saúde na região amazônica. Como ondas de banzeiro, que surgem da interferência de uma embarcação ao abrir seu caminho pelos leitos navegáveis do um rio e que se propagam até suas margens, este modelo já repercutiu na vida de alguns habitantes das várzeas e, caso garantida sua efetividade, é mister que possa se difundir e atingir positivamente cada vez mais “populações marginais”.

Referências

Andrade, A. K. P. (2017) **Saúde, subjetividade e trabalho na estratégia saúde da família fluvial no interior do Amazonas: Uma análise dejouriana**. 19/12/2017 77 f. Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia instituição de ensino: Fiocruz (Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane), Manaus Biblioteca Depositária: ILMD-Fiocruz.

Arantes, L. J. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21 (5): 1499-1509.

Barbosa, C. Território Líquido: Saúde sobre as águas. **Revista Fiocruz Amazônia**. Ano 2, nº 02. Publicação de divulgação científica semestral produzida pelo Instituto Leônidas & Maria Deane - Fiocruz Amazônia, 2018.

Brasil. (2006) Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Brasil. (2011) Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Brasil. (2011) Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Brasil. (2011) Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.490, de 21 de outubro de 2011**.

Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Carvalho, A. P. O. (2017). **O território e as redes vivas de saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas. 30/11/2017** 79 f. Mestrado em Condições de vida e situações de saúde na Amazônia instituição de ensino: Fiocruz (Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane), Manaus Biblioteca Depositária: ILMD-Fiocruz.

Giovanella, L. & Mendonça, M.H.M. (2012) Atenção Primária à Saúde. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. P.365 - 391. TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. Em: **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas,. P. 160-174.

Instituto brasileiro de geografia e estatística - IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

Kafer, M. C. (2016) **Avaliação dos efeitos da implantação do Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal' 19/12/2016** 137 f. Mestrado Profissional em ADMINISTRAÇÃO Instituição de Ensino: Universidade de Brasília, Brasília Biblioteca Depositária: BCE-UNB.

Lima, R. T. S. & Heufemann, N. E. C. & Simões, A. L. & Aires, V. P. (2016) Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau, Laura Anelise Faccio Worttrich; Lucenira Luciane Kessier. (Org.) Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. 1ª. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v.2, p. 269-294.10. BARBOSA, C. Território líquido: saúde sobre as águas. **Revista Fiocruz Amazônia**. Manaus: Instituto Leônidas & Maria Deane - Fiocruz Amazônia, 208, v.2, nº02, p.33-42.

Noronha, J.C. & Lima, L.D. & Machado, C.V. (2012) O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Editora Fiocruz**,. p. 365-391.

Oliveira, H.M. & Gonçalves, M.J.F.& Pires, R.O.M. (2011) Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.

Schweickardt, J. C. & Lima, R. T. S. & Alves, V. P. & Simões, A. L & Freitas, C. M. (2016) Território na Atenção Básica: uma abordagem da Amazônia equidistante. In: Ricar-

do Burg Ceccim; Anelise Faceio Wottrich; Lucenira Luciane Kessier. (Org.). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. 1ª. Ed. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J. C. & Martins L.R. (2017) História das Políticas de Saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967-1990. In: Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Kadri, M. R. (Org.). **História e política pública de saúde na Amazônia**. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

Starfield, B. (2002) **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.

Viana, A. L. A. (2007). Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, 2007, vol.23, suppl.2, p. S117- S131.

Vieira, J. M. R. & Garnelo, L & Hortale, V. A. (2018) Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saúde Soc., Dez. 2010**, vol.19, no.4, p.852-865.

Atenção Primária à Saúde em áreas rurais amazônicas: análise a partir do planejamento do Distrito de Saúde Rural de Manaus

04

Amandia Braga Lima Sousa
Iago Orleans Pinheiro Monteiro
Aylene Bousquat

Introdução

No Brasil, historicamente, a classificação das áreas rurais se constitui a partir da exclusão, com viés residual, que considera rural aquilo que não é urbano. Vale mencionar que ainda se encontra em vigor o Decreto Lei N° 311/38 (BRASIL. SUB-CHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, 1938) que organizou a estrutura territorial brasileira, estabelecendo que as sedes dos municípios e distritos seriam os únicos espaços urbanos, cujos limites são determinados por leis municipais, configurando-se como rural tudo aquilo que está fora destes.

Esta forma de entender o rural no país é oriunda de um passado que reservou para este território o estigma do desaparecimento, sob a perspectiva de que o desenvolvimento levaria o país a superar o “atraso” rural. Entretanto, a profecia do inevitável fim do rural não se cumpriu (VERDE, 2004). Ao contrário, as transformações do espaço rural no país conferiram novas configurações a este território, as quais, entretanto, ainda carecem de análises que as desvinculem da posição de apêndices da cidade.

Recentes estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE tem procurado encontrar novas formas de qualificar e classificar o rural. Dentre eles destaca-se publicação alinhada com a tipologia proposta pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e União Europeia (IBGE, 2017). Essa proposta apresenta outros critérios para o estabelecimento de rural, tais como a densidade demográfica e a acessibilidades aos grandes centros urbanos. Essa nova forma de classificar as regiões rurais e remotas apresenta um cenário onde cerca de 7 milhões de brasileiros vivem em municípios remotos. Para

a saúde, essa realidade representa um desafio na concretização de um sistema universal e equânime.

No que diz respeito ao planejamento no Sistema Único de Saúde – SUS, este foi conduzido, nas últimas três décadas, a partir de instrumentos obrigatórios e contínuos. Conforme determinado nas diretrizes nacionais, na esfera municipal, o planejamento conta atualmente com dois instrumentos principais que devem culminar na construção do Plano de Saúde, quais sejam, os Planos Anuais de Saúde – PAS e Relatórios Anuais de Gestão – RAGs (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Estes encontram-se regulamentados, atualmente, pela Portaria N° 2.135, de 25 de setembro de 2013, sendo obrigatório sua utilização pelos municípios (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entretanto, existem críticas à forma como este planejamento tem sido conduzido. Nascimento e Egry (2017) apontam dificuldades por parte dos municípios em apresentar inovações que consigam responder às necessidades de uma maior equidade e integralidade na atenção à saúde. Outro aspecto ao qual os autores tecem críticas é quanto ao atrelamento do planejamento ao repasse dos recursos financeiros sem considerar as necessidades de saúde da população.

No que diz respeito às áreas rurais, a exigência de uma maior capacidade dos gestores em planejar é ainda mais decisiva para a qualidade dos serviços, dada as especificidades e diversidades presentes nesses territórios, que ficam invisíveis nas diretrizes e políticas nacionais direcionadas, em sua maioria, para os espaços urbanos. É o caso, por exemplo, dos dispositivos constitucionais, que incluem as Leis n° 8080/90 e n° 8142/90 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a, 1990b), bem como as normas operacionais do SUS e indicadores de saúde disponíveis, oriundos de espaços técnicos, acadêmicos, e mesmo movimentos sociais, que incorporam prioritariamente as experiências das cidades (VARGA, 2007). Esse mesmo autor relembra que o nível mínimo de desagregação dos indicadores de saúde disponíveis nas bases nacionais de dados é o município. Isso prejudica o reconhecimento das realidades locais e impossibilita identificar diferenças e desigualdades em perfis e necessidades de saúde de populações urbanas e rurais ou grupos étnicos específicos como indígenas e quilombolas, no território de um mesmo município.

Ruiz e Gerhardt (2012), que analisaram a formulação de políticas públicas em meio rural no Rio Grande do Sul, criticam a invisibilidade do cidadão de zona rural num cenário de políticas verticais, construídas “de cima para baixo”, com forte dose de clientelismo e distanciadas das necessidades cotidianas das pessoas, aprofundando as desigualdades e assimetrias na sociedade. Pitilin e Lentsck (2015) ressaltam a vulnerabilidade das populações rurais e a escassez de publicações referentes às mesmas.

Diante desta realidade, é válido destacar a desvantagem das populações rurais na assistência à saúde e no que diz respeito à integralidade dos serviços, uma vez que há dificuldade de acesso e baixa qualidade dos cuidados recebidos (SICHERI *et al.*, 1993; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Por outro lado, esses autores enfatizam que o conceito de acesso deve ser mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, abrangendo a capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Nesse cenário, torna-se um desafio o cumprimento do princípio da Equidade, o qual pressupõe que os indivíduos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de acordo com as suas necessidades, que não são uniformes (LUCCHESI, 2003). Como agravante, no Brasil existe uma lacuna nas políticas de saúde voltadas para a área rural e uma homogeneização do conceito de rural que não se mostra eficiente na caracterização das variações existentes (BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2015).

Não obstante as lacunas na formulação de políticas para o meio rural, ressalta-se que a expansão dos serviços de saúde, observadas nas últimas décadas em todo o país, ocorreu também nas áreas rurais, em especial os de Atenção Primária à Saúde (APS). Vale destacar que 2/3 da população rural brasileira refere estar cadastrados em uma unidade de saúde da família (MALTA *et al.*, 2016).

No âmbito das políticas de saúde, ainda que de forma tímida, foram introduzidos alguns dispositivos no âmbito nacional que demonstram o início de uma preocupação com as questões rurais, destacando-se a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que foi instituída por meio da Portaria Nº 2.866 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), que, entretanto, permaneceu com repercussões limitadas na prática. De forma mais pontual, reconhece-se também a criação de dispositivos na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) que instituíram especificidades para a atuação em áreas rurais, como é o caso da regulamentação de unidades ribeirinhas e fluviais, permanecendo a previsão de funcionamento destas unidades na sua nova versão, instituída em 2017 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), bem como a instituição do programa Mais Médicos, que teve o objetivo de promover uma melhor distribuição dos serviços de saúde no país, com preocupações voltadas também para a inserção de médicos em áreas rurais. (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Se o rural no país ainda convive com um cenário de indefinição quanto às suas particularidades e conceitos que não dão conta da sua realidade, isto é muito mais agravado no que se refere ao rural amazônico, que se caracteriza como um território de bioma florestal com uma vasta complexidade de relações ecológicas

e sociais (LUI; MOLINA, 2009) que em nada se assemelha a idealização que se faz do rural ligado à agricultura (SILVEIRA; PINHEIRO, 2013).

Neste vasto e complexo território houve uma expansão da população iniciando-se entre os anos 1950 e 1960, que resultaram no crescimento de 1 para 5 milhões de pessoas vivendo na Amazônia (IMAZON, 2014). Esta tendência se mantém desde então, sendo estimado atualmente que na Amazônia Legal viva uma população de 20,3 milhões de pessoas, das quais 31,1% se encontram em território rural (IBGE, 2010). Ademais, no sul e no leste cresce a pressão pela disputa de terras com o agronegócio, sendo consideradas zonas de tensão (THÉRY, 2005). No norte e oeste, predomina a bacia Amazônica, sendo ocupada predominantemente por indígenas e onde se concentram as grandes áreas de preservação.

No que tange às condições de vida nas áreas rurais desta região, Silva (2006) demonstra a existência de perfis e condições de vida distintos dos residentes em espaços urbanos e de outras regiões do país. Além de uma predominância indígena, visto que este território abriga 60% dos 220 povos indígenas residentes no território brasileiro, com aproximadamente 370 mil indivíduos no país (ISA, 2005), em seus limites também vive uma imensa variedade de populações que, a depender de sua origem, contexto e história, podem ser concebidas como camponesas, mestiças, ribeirinhas ou caboclas, não havendo consenso sobre o modo mais adequado para designá-las quando não indígenas (LIMA; POZZOBON, 2005).

Nas áreas rurais de Manaus, objeto deste estudo, vive atualmente 1% da população do município, ou seja, cerca de 900 mil pessoas. Entretanto, essa população encontra-se dispersa em um vasto território, vivendo em pequenos núcleos, isoladas ao longo dos rios, igarapés ou ramais, havendo grandes distâncias entre uma residência e outra.

Essas populações apesar de encontrarem-se relativamente “próximas” - se considerarmos as distâncias amazônicas - a um grande centro, neste caso, a área urbana de Manaus, ainda assim a maior parte das comunidades ao longo dos rios possui transporte somente em alguns dias durante a semana. Os barcos que fazem o trajeto para essas localidades são de iniciativa particular de alguns proprietários e, além de muito poucos, fazem percurso que, para algumas comunidades, chega a uma duração de 12 horas partindo da área urbana de Manaus. Além disso, é válido destacar que grande parte da população vive nos igarapés, que não fazem parte do trajeto do barco, uma vez que este se restringe ao rio principal, e precisam se deslocar depois deste percurso ainda por mais horas, utilizando rabetas, como são chamadas as canoas motorizadas. Nos períodos de seca e cheia do rio esses percursos mudam, tornando-se ainda maiores ou mais difíceis. Na área terrestre, por outro lado, apesar de ônibus públicos diários, as comunidades encontram-se

dispersas em ramais que se distanciam quilômetros da estrada principal por onde o ônibus passa. Além disso, essas localidades, situadas nos ramais, ficam incomunicáveis no período da chuva, onde os carros ficam impedidos de trafegar.

Diante desta realidade, o município de Manaus foi escolhido como objeto desse estudo, em razão dos seus espaços rurais agregarem, por um lado, características comuns ao rural amazônico e, por outro lado, ser um município que conta com um setor da gestão municipal de saúde voltada especificamente para atuar nas áreas rurais. É válido ressaltar também que a organização dos serviços na área rural deste município já contempla novos formatos de funcionamento para unidades de saúde previstos na PNAB 2011, incluindo a assistência realizada pela unidade Fluvial e, também, por unidades Ribeirinhas.

Com relação à prestação de serviços de saúde no município de Manaus, Luna e Oliveira (2011), apontam que a capital, apesar dos avanços, ainda não tem uma oferta de saúde universal. Segundo as autoras, os aspectos culturais da região, históricos da implantação do SUS e heranças das políticas de saúde discriminatórias e seletivas anteriores ainda interferem na saúde pública local. Por outro lado, destacam que a oferta não consegue suprir a demanda, devido a serviços desarticulados e mal distribuídos instalados na gestão.

Assim, este estudo dedicou-se ao estudo do planejamento da Secretaria Municipal de Manaus (SEMSA) voltado para os espaços rurais entre os anos de 2005 e 2015, contemplando os cuidados no nível da Atenção Primária voltados para essas localidades, analisando o caráter inovador e as especificidades das ações propostas para o território rural, bem como a análise das perspectivas sob as quais estas foram pensadas, se a partir de um enfoque nas doenças ou se tinham um escopo mais amplo, voltadas para responder às necessidades sociais de saúde.

Método

Manaus concentra uma população de 1.861.838 habitantes (IBGE, 2010), configurando-se como o município mais populoso do Estado do Amazonas e, por sua vez, da Amazônia. Do total da população de Manaus, o percentual de 0,51% vive distribuída em uma área rural de 10.967,69 km², enquanto o restante da população vive em sua área urbana ocupando uma área de 433,37 km².

A sua população rural se divide entre os que vivem nas margens dos rios Amazonas e Rio Negro e os que estão distribuídos ao longo das três estradas que ligam Manaus aos demais municípios, quais sejam: rodovia AM-010, que liga Manaus ao município de Itacoatiara; rodovia BR-174 que liga Manaus a Boa Vista e rodovia AM-070, que conecta Manaus aos municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão.

A área rural de Manaus possui 4 unidades de saúde terrestres e 3 unidades de saúde Ribeirinhas que contam, cada uma, com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Além disso, o município dispõe de uma unidade fluvial que tem capacidade instalada mais ampla que a habitualmente encontrada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do sistema municipal de saúde de Manaus.

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória, motivado pela limitada produção de estudos que se voltam para ações de saúde em contextos rurais amazônicos identificada na literatura. Trata-se de um estudo qualitativo baseado em uma análise documental sobre o planejamento de ações de saúde voltadas para a área rural de Manaus. É válido ressaltar que o município tem sob sua responsabilidade os serviços de Atenção Primária e que esses compõem a maioria dos serviços propostos para os territórios rurais.

A metodologia apoiou-se em análise documental, a partir dos documentos da gestão municipal que consolidam o planejamento de toda a secretaria, inclusive o que está voltado para a área rural. Os documentos analisados foram os Planos Municipais de Saúde (PMS) realizados nos quadriênios de 2010-2014 e 2014-2017, Planos Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) entre os anos 2005 e 2017.

O PMS subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde pelo período de quatro anos, conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e deve estar alinhado ao Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à Lei Orçamentária Anual. A PAS tem por objetivo especificar anualmente as ações propostas plurianualmente no Plano de Saúde, além de prever as aplicações orçamentárias do setor no município. Já no RAG é apresentado um relatório com informações relevantes do que foi desenvolvido e os resultados que foram alcançados ou não, conforme a execução das atividades previstas anteriormente no PAS. Os documentos referentes a esse período encontram-se publicados no site da SEMSA Manaus.

Para a análise, seguiu-se o proposto para análise de conteúdo de MINAYO (2010), sendo realizada por meio de fases, iniciando-se com uma pré-análise, seguida da exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir da leitura flutuante foram destacados em uma planilha os trechos que faziam referência às ações previstas e realizadas na área rural de Manaus, sendo, posteriormente, divididas em duas categorias: as que estão previstas na legislação federal do SUS e aquelas que estavam planejadas mas que não faziam parte do rol de atividades preconizadas pelas políticas federais, se caracterizando como inovações e possíveis adaptações para atuação.

A análise dos resultados foi baseada em uma extensa revisão da literatura, na qual se contemplaram temas e conceitos circunscritos ao objeto deste estudo, destacando-se temas da geografia, da teoria do espaço, da Atenção Primária à Saúde, da Estratégia Saúde da Família, das políticas de saúde, do planejamento e gestão, e dos instrumentos regulatórios do SUS.

Esta pesquisa encontra-se apoiada pelo CNPq (Processos nº 407944/2016-8 e nº 400898/2018-7) e FAPEAM/PPSUS-01/2017 - EFP_00014168.

Resultados e Discussão

Em 2005, a SEMSA adotou uma divisão da gestão da oferta de saúde local através da distritalização (Figura 1). Esse processo dividiu os serviços disponíveis no município, sob a coordenação desta secretaria, em distritos sanitários a partir das zonas da cidade, sendo então criado o Distrito de Saúde Rural (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Figura 1 - Abrangência dos Distritos de Saúde de Manaus



Fonte: Departamento de planejamento - SEMSA Manaus

A criação de uma esfera administrativa no âmbito da gestão que tem como propósito dedicar-se às áreas rurais é algo incomum nos municípios em geral, inclusive amazônicos, ainda que em alguns municípios o número de pessoas nas áreas

rurais ultrapasse a população urbana existente.

Dessa forma, a Secretaria de Saúde de Manaus demonstra uma preocupação com as áreas rurais, que se confirma na forma como a secretaria se estruturou e como se manteve ao longo dos anos, por meio de uma gestão exclusiva para o distrito rural, suprindo suas necessidades de recursos humanos e logísticas.

Neste sentido, considerando as especificidades do território rural e a necessidade de uma atuação diferente diante da realidade com a qual atua, esperava-se um destaque para ele no planejamento do município. Entretanto, a observação dos seus documentos de planejamento mostra que é ainda presente a invisibilidade das demandas deste território, o que pode ser evidenciado na forma como estão dispostas as ações no planejamento, nas quais as ações destinadas para as áreas rurais encontram-se dispersas entre as ações dos demais distritos, dificultando sua visualização e acesso. Destaca-se que, em alguns anos, não há sequer distinção das ações que são destinadas para as áreas rurais, estando suas metas e resultados incluídos nas ações gerais previstas para todo município.

Na análise dos PASs dos anos de 2006, 2007 e 2008, não se encontra qualquer menção ao Distrito Rural. Essa invisibilidade e a incerteza quanto à manutenção deste distrito, entretanto, vai na contramão dos resultados de estudos que demonstram a maior fragilidade das áreas rurais no que diz respeito à qualidade e ao acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção básica (BAPTISTINI; FIGUEREDO, 2014) quanto na busca da rede de referência, que costuma estar localizada em espaços urbanos, visto tratar-se de populações que convivem com grandes distâncias geográficas, precariedade e insuficiência da rede física de unidades e de profissionais. Associe-se a isso a forte dependência da população rural dos serviços públicos de saúde, dada sua pequena vinculação aos planos de saúde suplementar (SILVEIRA; PINHEIRO, 2004; TRAVASSOS; VIACAVA, 2013).

Considerando que os PMSs devem ser um resumo das prioridades do município e que o planejamento deve dotar os gestores de informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária, redirecionando as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população, destaca-se nos documentos analisados a ausência de descrição desse território e das suas especificidades epidemiológicas. Conforme Faria (2012), a organização dos serviços deve, primeiro, reconhecer o território e a produção da doença, devendo-se ajustar a eles e não o contrário, ressaltando a relação entre a produção do território e a doença.

Segundo Viana et al. (2007), dada a complexidade da interpretação das questões que envolvem a Amazônia Legal, a atuação em saúde neste contexto implica no reconhecimento dos usos do território nos termos propostos por

Santos (2009), compreendendo a necessidade de considerar aspectos mais amplos que envolvem esta região. Segundo a autora, a realidade de cada local irá implicar em diferentes formas de trabalho e vida nesse espaço, realidade que necessita ser incorporada pela saúde, conforme se pronunciam (BOUSQUAT; COHN, 2004; MOLINA JARAMILLO, 2018).

Contudo, nos documentos analisados não se visualiza uma descrição que discuta as relações entre território e doença, havendo apenas citações amplas de dados epidemiológicos relativos à população geral do município. Nas análises de Faria (2012), a ênfase no aspecto quantitativo engessa as possibilidades de gestão territorial dos serviços e impedem que a gestão consiga enxergar o território para além de um entendimento meramente político-administrativo. Segundo Monken e Barcellos (2005), o território tem sido negligenciado e o seu potencial reduzido nas propostas de intervenção e gestão.

O não-reconhecimento das questões do território se agrava, visto tratar-se do planejamento do município que tem a predominância dos seus serviços na Atenção Primária à Saúde, sendo reconhecido na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) que o território é um dos pressupostos básicos neste nível de cuidado. Entretanto, Albuquerque (2006) destaca o avanço limitado das categorias geográficas na análise social no âmbito do SUS.

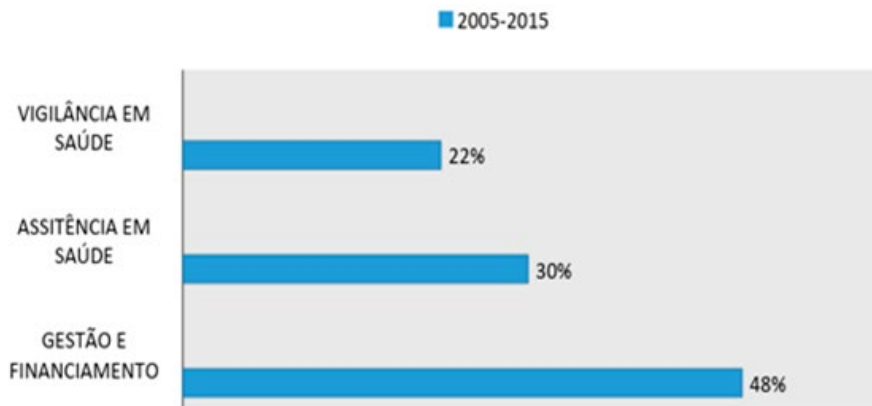
Por outro lado, por tratar-se o território rural de um espaço com características específicas, demandam ainda mais atenção o modo como encontra-se incorporado na forma de organização e execução dos serviços. Nesse tocante, Farmer (2012) enfatiza a importância de se considerar as relações entre espaço e saúde quando se trata de regiões rurais e remotas, e Schweickardt et al. (2016) destacam a dinamicidade do território amazônico, reiterando que os desenhos de atuação propostos para este espaço devem estar atentos e dispostos a criar estratégias diferenciadas.

Além da invisibilidade e da pouca atenção recebida pela área rural, o que pôde ser identificada nesses documentos de gestão, outra questão importante é que para os serviços voltados para a área rural destaca-se uma predominância de ações que envolvem estratégias logísticas e administrativas que se sobressaem quando comparadas às ações de Assistência e Vigilância à saúde (**Gráfico 1**).

Diante deste quadro, é possível visualizar um significativo número de ações voltadas para adaptações que visam garantir o funcionamento das ações em áreas rurais, cabendo destacar: a previsão de processos seletivos específicos para a contratação de profissionais em áreas rurais, compra de lanchas e micro-ônibus para garantir os transportes dos profissionais para localidades de difícil acesso, implantação de poços artesianos nas unidades de saúde rurais que não contam com abaste-

cimento de água e até mesmo a previsão de contratação dos pilotos das lanchas que levam e trazem os profissionais.

Gráfico 1 – Divisão das ações de saúde rural por tema



Fonte: Autores do Estudo

Assim, na observação dos documentos as ações logísticas e administrativas se sobressaem. É possível deduzir que esta área tem exigido da gestão uma dedicação intensa, visando tornar viável a realização das ações de saúde nessas áreas, diante das necessidades específicas que precisam ser ajustadas conforme as demandas vão surgindo, sendo este um processo contínuo de construção e adaptação. As ações voltadas para esse componente da gestão se destacam diante de um menor número de ações que se dedicam aos processos de trabalho, como pode ser observado no gráfico acima. Entretanto, é possível que a inclusão de novas lógicas na assistência e vigilância à saúde em áreas rurais minimizassem, em alguns aspectos, as exigências no campo da logística e no financiamento.

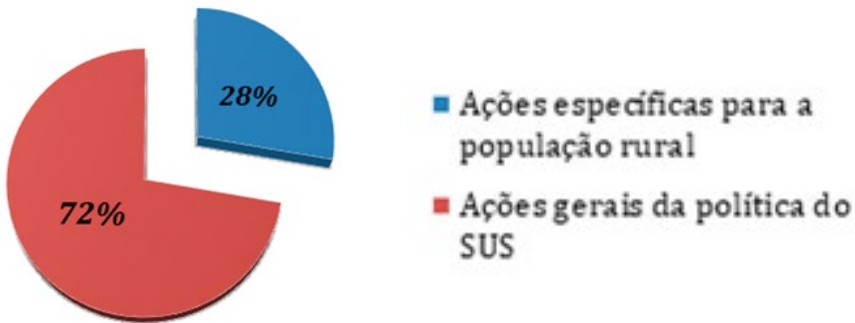
Além disso, é válido ressaltar que, considerando as características específicas do território amazônico, não se tem modelos prévios de como atuar diante das necessidades de ofertar os serviços, o que exige que essas atividades sejam sempre inovadoras. Segundo os estudos de Wakerman et al.(2009) sobre a saúde em áreas remotas, a condição de lugares com características de isolamento, dificuldade de acesso e a presença de populações tradicionais deveria resultar em diferentes modelos de cuidado e práticas de saúde.

Outra análise que se faz importante no que diz respeito aos serviços de saúde em áreas rurais é a abertura para participação da comunidade nas escolhas dos

modelos e na construção dos serviços. No planejamento, conforme preconizado no Manual de Planejamento do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), deve ser assegurada a participação popular por meio de discussões em audiências públicas, que devem ser feitas durante sua construção. Apesar da pouca ênfase dada às questões rurais nos documentos analisados, é importante frisar que na análise dos RAGs, encontrou-se relatos da presença de representações de associações de algumas comunidades rurais no Conselho Municipal de Saúde. Essa participação vai ao encontro dos estudos que apontam a participação da comunidade das áreas rurais e remotas como um elemento fundamental para a sustentabilidade dos serviços (LYLE et al., 2017; THOMAS et al., 2015). Carrol et al. (2015), ao analisar ações desenvolvidas em territórios remotos, concluiu que a união entre as lideranças locais e as políticas de governo propiciou que as dificuldades fossem superadas e as possibilidades de mudanças fossem maximizadas, avaliadas como positivas ao funcionamento destes territórios.

No que diz respeito à divisão das ações, conforme proposto na metodologia, o resultado apresenta um predomínio de ações voltadas para a área rural que cumprem as diretrizes previstas em âmbito nacional para a APS (Gráfico 2) e um número menor de ações que preveem inovações a partir das demandas rurais.

Gráfico 2 - Ações realizadas no distrito de saúde rural entre 2009 e 2015



Fonte: Autores do Estudo

Esse resultado já era de certa forma esperado, considerando que todas as unidades de saúde do país devem seguir as diretrizes previstas na PNAB (2017). Entretanto, causou estranheza o fato de as ações previstas para os territórios rurais, no planejamento pelo município, compreenderem predominantemente aquelas com enfoque biomédico, com predomínio de ações centradas na doença, que pode ser verificada com a preocupação com o atendimento individual e com a disponibilidade de exames, remédios, em detrimento das poucas iniciativas que propõe ações

de Promoção de Saúde. No Brasil, a Promoção à Saúde, parte do conceito positivo e ampliado de saúde e do processo social de sua produção. Para Carvalho et al. (2004), a Promoção à Saúde se desenvolve no interior do processo de mudança na saúde e se constitui como um marco de inclusão social e política, conquistada com base em princípios análogos aos da Atenção Primária em Saúde.

A ausência, nos documentos de planejamento, de atividades que atuem no campo da Promoção da Saúde evidencia a atuação nos espaços rurais limitadas no cuidado biológico e na prevenção às doenças, sem considerar as necessidades em saúde que são diversas e mais amplas. Tal situação se assemelha aos resultados de estudos de Pitilin e Lentsck (2015) realizado zona rural do município de Prudentópolis-PR, que evidenciou uma predominância das ações a partir de práticas curativistas, ressaltando a importância que estas fossem transformadas em ações centradas na comunidade e na produção do cuidado que são centrais para o atendimento das reais demandas e necessidades da população rural.

Dentro das ações previstas, destaca-se ainda a previsão de realização de vacinas preconizadas para todo o país e a realização de capacitações de profissionais da APS. Com relação a esta última, tem-se o predomínio de temas como Tuberculose, Hanseníase, Tabagismo e DST/AIDS, estando prevista o desenvolvimento posterior de campanhas nas áreas rurais envolvendo esses temas.

Somente pela avaliação dos documentos não é possível saber que demandas as populações rurais tinham por essas ações e nem se resultaram em formas inovadoras de atuar, não estando disponíveis essas informações nos planos e nem nos relatórios. Entretanto, a partir da análise dos documentos pode-se observar que as mesmas ações são realizadas em todos os distritos de saúde indiscriminadamente.

Por outro lado, ainda que em menor número, no planejamento do município de Manaus foram identificadas ações inovadoras, em alguns casos, inéditas, que foram construídas diante das demandas desses territórios e pela sensibilidade dos serviços. Ainda que em menor número, temos como principal exemplo disso o funcionamento de uma unidade de saúde fluvial nas áreas rurais do município de Manaus que tem sua atuação anterior à previsão da unidade fluvial na PNAB, regulamentadas pela Portaria Nº 290/2013 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ressalta-se que este atendimento se perpetuou ao longo dos anos, criando uma forma específica de atuação, constituindo-se como uma ação do município que buscava dar conta de uma necessidade imediata, qual seja, a de levar atendimento para áreas não tinham assistência à saúde e que somente podiam ser acessadas pela via fluvial.

Esse modelo de serviço tem o caráter inovador, dado partir de uma outra lógica, que não se encontrava prevista nas diretrizes federais para o funcionamento das

unidades de saúde nos anos anteriores, qual seja, a do deslocamento de recursos humanos, equipamentos e insumos até a população em uma unidade que não é fixa.

Ainda, no que tange às inovações e adaptações previstas pelo município de Manaus para o funcionamento da APS em espaços rurais, destaca-se que no ano de 2010 foi realizado um processo seletivo simplificado (PSS) específico para a área rural, visando a contratação de 122 funcionários, em razão da necessidade de uma contratação nos moldes que atendessem a realidade do trabalho nestas localidades.

Chama atenção também no planejamento deste município outra ação que não se encontra prevista na legislação federal e que foi conduzida em 2015 pelo Distrito de Saúde Rural, que traçou o perfil epidemiológico e social das famílias indígenas residentes nas áreas rurais e ampliou os cadastros da população indígena não aldeada residente nesta zona.

Quando comparadas com as demais ações propostas pelo município, as ações que foram pensadas e programadas especificamente para as áreas rurais parecem um número pequeno. Entretanto, quando se observa a ausência de modelos para essa construção dado se tratar de demandas específicas há que se considerar um progresso do município diante destas questões. Além disso, considerando a ausência de um financiamento e apoio especial destinando às demandas das áreas rurais oriundo da esfera federal, que só começou a existir de forma ainda muito incipiente nos últimos anos, a criação dessa forma de atuação é digna de reconhecimento pela sua importância e relevância para este território.

O planejamento é um exercício de poder e se encontra concentrado nas esferas que possuem recursos de informação, tecnológicos, cognitivos e financeiros, muitas vezes ausentes nos municípios. Para Ferla et al. (2002), o processo de descentralização não conseguiu se desvencilhar de uma cultura centralizadora que predominou na forma como esse princípio foi adotado, além disso, destacou as deficiências quanto às técnicas para implantar uma gestão descentrada de fato.

Assim, ainda que tenha sido previsto a autonomia do município, por meio de um sistema baseado no federalismo que traz como preceito a autonomia relativa dos três entes que compõem o sistema, municípios, estados e união, e a ausência de vinculação hierárquica entre as mesmas (ABRUCIO; COUTO, 1996), muitas vezes, estes municípios não contam com recursos necessários para garantir, a partir da inovação sistêmica, a inclusão das diversidades como contraponto ao sistema hegemônico, ou algumas vezes demonstram uma certa acomodação com os modelos que já vem propostos no âmbito federal.

Para além disso, no âmbito federal, ainda que recentemente se tenha previsto

uma política para as populações do campo e da floresta, e que se tenha proposto o financiamento de modelos específicos para unidades de saúde amazônicas por meio de uma nova regulamentação, e ainda, com a flexibilização dada aos gestores municipais no que tange aos critérios gerais para o funcionamento nas unidades de saúde, prevista na PNAB, o que é algo que demonstra um significativo avanço, ainda assim e apesar disso, considerando os critérios federais, não se tem uma política com modelos de atuação e prioridades para os serviços atuarem em áreas rurais, especialmente voltadas para as regiões de difícil acesso, que precisam conviver com a dificuldade de fixação de profissionais, com a necessidade de desenvolvimento de ações que exigem de recursos tecnológicos diferenciados e que, muitas vezes, têm outras prioridades considerando as características e modos de vida nessas áreas.

Considerações finais

Os achados deste estudo destacam a existência, na gestão de um município amazônico, de uma preocupação voltada para a área rural, algo que a diferencia do predomínio dos demais municípios, inclusive amazônicos. Por considerar essa atuação de extrema importância, especialmente diante da realidade de Manaus, esse estudo aponta algumas questões no planejamento deste município que merecem atenção e são fundamentais na tentativa de atingir maior qualidade no atendimento da demanda desses territórios.

Neste sentido, este estudo ressalta que, ainda que se tenha uma parte da gestão voltada para a área rural, a invisibilidade das questões rurais nos documentos de planejamento no município indica que a atuação ainda encontra-se limitada.

Outra questão que se evidencia no planejamento é a ausência das relações entre os espaços e a produção de saúde e doença, algo que é ainda mais agravante quando se trata de áreas rurais amazônicas, onde essa relação deveria ser priorizada mas, ao invés disso, predominam serviços que se limitam às lógicas mais próximas das concepções urbanas.

Por outro lado, é necessário reconhecer a limitada atuação no âmbito federal no campo da saúde rural, considerando que este ente traça as diretrizes e prioridades para a saúde no âmbito nacional, a pouca produção voltada para as áreas rurais e remotas torna-se um desafio para os municípios que, ainda limitados em sua capacidade de inovar e funcionar a partir de lógicas oriundas do território, possam dar conta praticamente sozinhos dessas necessidades, sem prioridades financeiras ou logísticas por parte do ente federal que possam contribuir uma melhor qualidade dos serviços nessas localidades.

Diante da visão de rural adotada neste estudo, como contemporâneo, em movi-

mento, influenciado pelos aspectos globalizantes e que necessita de serviços de saúde que deem conta da sua realidade, conclui-se que existe uma necessidade urgente de fortalecer a área da gestão para que incorpore as transformações de rural oriundas deste novo momento, em especial, as características rurais amazônicas que ainda encontram-se desconhecidas no âmbito das suas necessidades, realidades e lógicas.

Por fim, ressalta-se as limitações desta pesquisa, visto tratar-se de uma investigação a partir de documentos, exigindo do pesquisador um cuidado maior no que diz respeito à não-representatividade e à subjetividade deles, que devem ser consideradas tanto na busca como nas suas análises. No que tange a objetividade, as limitações são as mesmas que estão mais ou menos presente em toda investigação de cunho social, havendo nesta pesquisa a tentativa de minimizar este aspecto. Ressalta-se ainda, como é comum em outras pesquisas de base documental, que sua relevância não está em responder em definitivo um problema, mas proporcionar uma visão ampliada sobre a problemática em estudo e incentivar que a partir dela sejam formuladas novas hipóteses que possam ser verificadas por outros meios.

Referências

ABRUCIO, F. L.; COUTO, C. G. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. **São Paulo em Perspectiva**, v. 10, p. 3, 1996. Disponível em: < http://cedec.org.br/files_pdf/AredefinicaodopapeldoEstadonoambitocal.pdf>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

ALBUQUERQUE, M.V DE. **Território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas- SP**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006. DOI: 10.11606/D.8.2006.tde-17072007-105406. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-17072007-105406/pt-br.php>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T.A.M. Agente Comunitário de Saúde: Desafios do Trabalho na Zona Rural. **Ambiente & Sociedade (São Paulo)**, v. 17, n. 2, p. 53-70, abr.-jun. 2014. DOI: 10.1590/S1414-753X2014000200005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a05v17n2.pdf>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2018.

BOUSQUAT, A.; COHN, A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 11, n. 3, p. 549-568, 2004. DOI: 10.1590/S0104-59702004000300002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n3/01.pdf>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo se-

res humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção I, p. 59.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de planejamento no SUS. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf> Acesso em: 14 de set de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dezembro 1990, Seção 1, p. 25694, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro 1990, seção 1, p. 18055, 1990. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 28 de Setembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N 2.866 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2011. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em 20 de Setembro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de outubro 2011, Seção 1, p. 71.

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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de setembro 2017, seção 1, p. 51-54, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 290, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2013. Institui o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e

aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção I, p. 71, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.135. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de setembro 2013, Seção 1, pag. 60, 2013. Disponível em :< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeto regiões rurais 2015: relatório técnico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRASIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Decreto-lei Nº 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. **Lex**: Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, vol.1, col. 1, p. 438, 1938. Disponível em: < <http://legis.senado.leg.br/legislacao/PublicacaoSigen.action?id=523259&tipoDocumento=DEL&tipoTexto=PUB> >. Acesso em: 16 nov. 2017.

CARROLL, V. et al. Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: key enablers. *Rural & Remote Health*, v. 15, n. 3, 2015. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/f123/2b1413f45ea950f6b13868a01a0f888f0e44.pdf>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto da Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v.20, n.4, p.1088-95, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000400024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2004000400024&script=sci_abstract. Acesso em: 04 de out de 2018.

FARIA, R. M. A. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde: Perspectiva de Adequação aos Perfis do Território Urbano de Pouso Alegre-MG**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2012. Disponível em: < http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_695250da84bca4dafb12117228ddf541>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

FARMER, J.; MUNOZ, S. A.; THRELKELD, G. Theory in rural health. **Australian Journal of Rural Health**, v. 20, n. 4, p. 185-189, 2012. DOI: 10.1111 / j. 1440-1584.2012.01286.x. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1584.2012.01286.x>>. Acesso em 03 de maio de 2018.

FERLA, A. A. et al. **Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos**. In: Ferla AA, Fagundes SM (org.). Tempo de inovações: a

experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa/Escola de Saúde Pública, p. 15-35, 2002.

IMAZON. IPS Amazônia 2014. 2014. Disponível em: < <http://amazon.org.br/categorias/ips-amazonia-2014/>>. Acessado em Fev.2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. COORDENAÇÃO DE GEOGRAFIA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. n. 11, Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>>. Acesso em: 28 de Agosto de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=249230&view=detalhes>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). 2005. **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em:<<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/ondeestao/indexon.shtm>>. Acesso em: 18 jun. 2005.

LIMA, Débora; POZZOBON, Jorge. Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social. **Estudos Avançados USP (São Paulo)**, v. 19, n. 54, p.45-76, 2005. DOI: 10.1590/S0103-40142005000200004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000200004>. Acesso em: 21 de agosto de 2017.

LUI, G.H.; MOLINA, S.M.G. Ocupação humana e transformação das paisagens na Amazônia brasileira. **Revista de Antropologia (São Paulo)**, v.01, n.01, p. 200-228, 2009. DOI: 10.18542/amazonica.v1i1.156. Disponível em: < <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/156> >. Acesso em: 15 de maio 2018.

LUCCHESI, P.T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro)**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000200009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>>. Acesso em 22 de agosto.

LUNA, M.R.S.O.; SIMONE, E.B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. **Sociedade em Debate (Pelotas)**, v. 16, n.1, p. 91-106, jan.-jun. 2010. Disponível em: < <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/339/297>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

LYLE, D.S et. al. What do evaluations tell us about implementing new models in rural and remote primary health care? Findings from a narrative analysis of seven service

evaluations conducted by an Australian Centre of Research Excellence. **Rural and Remote Health**, v. 17, n.3, p. 3926, 2017. DOI:10.22605 / RRH3296. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28877588>>. Acesso em: 14 de agosto de 2017.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.23602015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 316.

MOLINA JARAMILLO, A.N. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00075117. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00075117.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2018.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300024. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2018.

NASCIMENTO, A. B.; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 861-871, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017170046. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-s0104-12902017170046.pdf>>. Acesso em: 29 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015. DOI:10.1590/1807-57622014.1142. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Sept. 2018.

PITILIN, É.B; LENTSCK, M.H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP** (São Paulo), n. 49, v. 5, p. 726-732, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000500003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

RUIZ, E.N.F.; GERHARDT, T.E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde de Coletiva (Rio de Janeiro)**, v. 22, n. 3, p.1191-1209, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000300018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/18.pdf>>. Acesso em: 17 de abril de 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SICHIERI, Rosely et. al. Estado Nutricional de Crianças e Relações de Trabalho da Família em uma Comunidade Rural do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 9 (supl. 1), p. 28-35, 1993. DOI: S0102-311X1993000500004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9s1/04.pdf>> . Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

SCHWEICKARDT, J. C. LIMA, R T S ; SIMOES, A. L. ; ALVES, V. P. ; FREITAS. **Território na Atenção Básica: Abordagem da Amazônia Equidistante**. In: Ceccim, RB. et al., (Org.). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v. 1, p. 101-131.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. **Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal**. In: PINHEIRO, R.;

LOPES, T.C.L.; NETO, J.S.M. (Org.). **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. 1. ed. Rio de Janeiro: 2013. p. 304. 38.

SILVA, Hilton. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2012/10/Artigo_PPGCS_02.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2017.

THÉRY, H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. **Estudos avançados (São Paulo)**, v.19, n.53, p.37-49, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v19n53/24079.pdf>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2018.

THOMAS, S. L.; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia-what core services should be locally available?. **International journal for equity in health**, v. 14, n. 1, p. 111, 2015. Disponível em: < <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0228-1>>. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.V. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos resi-

dentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 23, n. 10, p.2490-2502, out. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 20 (Supl. 2), p.190-198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 30 de julho de 2018.

VARGA, I.V.D. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 28-44, 2007. DOI: 10.1590/S0104-12902007000100004, Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 de setembro de 2017.

VEIGA, J. E. D.A. O Brasil rural ainda não encontrou seu eixo de desenvolvimento. **Estudos Avançados (São Paulo)**, v. 15, n. 43, p. 101-119, dez. 2001. DOI: 10.1590/S0103-40142001000300010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v15n43/v15n43a10.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

VERDE, V. V. **Territórios, Ruralidade e Desenvolvimento**. v. 1. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social: Curitiba, 2004. Disponível em: < http://www.ipardes.gov.br/pdf/primeira_versao/territorios.pdf>. Acesso em: 02 de Novembro de 2017.

VIANA, A. L. A. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 23, p. S117-S131, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/01.pdf>>. Acesso em: 24 de março de 2018.

WAKERMAN, J. et al. Features of effective primary health care models in rural and remote Australia: a case-study analysis. **Medical Journal of Australia**, v. 191, n. 2, p. 88-91, 2009. Disponível em: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/191_02_200709/wak10496_fm.pdf>. Acesso em: 17 de abril de 2018.

O banzeiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha

05

*Francine Rebello Pereira
Júlio César Schweickardt
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt*

As ações da Atenção Básica são pautadas na programação, e na execução de atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades, e as particularidades do grupo populacional. Partindo desta orientação, a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, através da Portaria N° 2.488\2011, estabeleceu a criação de equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações específicas da Amazônia Legal, e do Pantanal Sul Matogrossense, em função das suas especificidades locais, tendo por foco a população ribeirinha (Ministério da Saúde, 2011a). A partir desta política, os municípios que pertencem a estas regiões podem, entre outras categorias da Estratégia Saúde da Família - ESF, optar pelo arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, cuja ação é caracterizada pela prestação dos serviços de saúde vinculados a Unidades Básicas de Saúde construídas, e localizadas nas comunidades ribeirinhas pertencentes à área adscrita do município (Ministério da Saúde, 2011a).

Efetiva-se, pela primeira vez na história do Sistema Único de Saúde - SUS, a regulamentação de uma política que inclui orientações específicas para o atendimento de populações ribeirinhas, através das ações da Atenção Básica. O foco desta pesquisa, por tanto, inclui os aspectos regimentais, que orientam o funcionamento desta política, a contextualização histórica que possibilitou a sua elaboração, e a análise de aspectos característicos do território amazônico, a partir de suas particularidades sociais, culturais e geográficas, que apresentam implicações na organização do trabalho dessas equipes de saúde.

A intervenção das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR objetiva viabilizar o acesso aos serviços de saúde para as comunidades que se localizam distantes das sedes dos municípios, condição que gera um ambiente de trabalho diferenciado para as equipes, que se deslocam da sede municipal, onde se concentra

a mão-de-obra especializada, longe dos centros convencionais de atenção, como hospitais, ambulatórios e enfermarias, para atuar em um território distante, e com dificuldades de acesso.

Na região amazônica, o acesso a determinadas comunidades ribeirinhas só é possível por meio do transporte fluvial, além de estar sujeito a outras determinações naturais, como o sistema de cheia e vazante dos rios, que modificam o nível das águas, a paisagem, e o acesso a estas comunidades, de acordo com cada época do ano. O dia a dia do serviço das equipes, que atuam no território amazônico, é orientado para a superação de adversidades, que ultrapassam a perspectiva da atenção à saúde, a partir de uma agenda de trabalho voltada para o território (Kadri & Schweickardt, 2016), suas ações locais e referências culturais.

O território ribeirinho é entendido não apenas como espaço geográfico, mas como uma rede de pessoas, instituições, e um conjunto de serviços, diferenciando-se do ambiente padronizado de saúde (Ferla, Rocha, Dias & Santos, 2015). "(...) o que define e caracteriza a demanda para o trabalho em saúde é o território de existência das pessoas (...)" (Ferla et al., 2015, p.14). O território se constitui pelos serviços de saúde disponíveis, e os modos de existir dos usuários, a partir da construção das suas próprias redes de saúde e cuidado. A compreensão do território e da população, a quem o trabalho em saúde se destina, cria efeitos na organização do trabalho, que precisam ser evidenciados, a fim de gerar novas reflexões sobre a atuação das equipes de saúde em diferentes territórios, promover a emancipação das pessoas, e, garantir o enfrentamento dos seus problemas.

A necessidade de reinventar a ação social se dá, sobretudo em áreas localizadas fora dos centros hegemônicos, nos países do Hemisfério Sul, regiões periféricas e semiperiféricas do sistema mundial, em função dos múltiplos aspectos de sua diversidade cultural, que permanecem invisíveis ao conhecimento do mundo, (Santos, B. S., 2007). Um novo modo de produção do conhecimento precisa ser compartilhado, destacando as experiências locais, associadas às concepções de vida e de mundo da população investigada, a partir de teorias que se ajustem a realidade do lugar, apresentando as multiplicidades existenciais presentes no território.

Boaventura de Souza Santos (2007) sugere, através de sociologia das ausências, a transformação das ausências em presenças, combatendo uma análise epistemológica reductionista de exclusão e hierarquização de realidades globais. Afinal, a produção do saber não pode ser pautada em padrões científicos que promovam relações de valor, e de poder entre as culturas, em função de um modelo global de referência. A sociologia das ausências propõe a superação da monocultura do saber científico dominante, centrada no universalismo e na globalização, no tempo linear e na naturalização das diferenças (Santos, 2007). Dar visibilidade a esses grupos cul-

turais é torná-los existentes e potentes, valorizando aspectos culturais, o poder de decisão, e autonomia.

A criação das equipes de atenção à saúde voltada para o atendimento de populações ribeirinhas é relativamente nova, considerando a publicação do manual da PNAB em 2012. Desde lá, poucas pesquisas sobre a dinâmica de atuação dessas equipes estão sendo realizadas. Há poucos registros em publicações científicas e trabalhos acadêmicos, além dos documentos do Ministério da Saúde, que tratem especificamente sobre o tema das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR. O cotidiano do trabalho das equipes fica registrado somente nas ações locais, com poucas possibilidades de divulgação e estudo. Do mesmo modo, é importante destacar que há certo ineditismo na reflexão, que relaciona as especificidades culturais e sociais dos ribeirinhos a uma política pública voltada para o contexto da Amazônia.

O município do Careiro Castanho, no Estado do Amazonas, foi escolhido para compreender a atuação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, por se tratar de um ambiente caracterizado como de várzea, que apresenta a dinâmica da cheia e da vazante dos rios, lagos e igarapés que entrecortam o município.

A natureza da pesquisa é qualitativa, os dados foram analisados sob a ótica da micropolítica do trabalho, desenvolvidos por Merhy (2002), Franco e Merhy (2013) e Feuerwerker (2014), tendo sido aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa através do CAEE 84024018.1.0000.5016, e compõe o projeto "Territórios, Redes Vivas e Práticas de Saúde na Amazônia", que pertence ao Laboratório de Políticas Públicas, História e Saúde na Amazônia - LAPHSA do Instituto Leônidas Maria Dean - ILM, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Esta investigação torna-se importante, não apenas para dar visibilidade às ações de saúde direcionadas às populações ribeirinhas da Amazônia, mas para evidenciar como o território determina implicações na dinâmica do trabalho em saúde, gerando reflexões sobre os aspectos culturais que permeiam as ações da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro.

As políticas de equidade e elaboração de políticas públicas de saúde para a população ribeirinha

A construção das lutas sociais no Brasil, a partir dos anos 1980, foram percursoras das políticas de equidade, suas reivindicações deram forças ao processo de redemocratização do país, que fomentou o fim da Ditadura Militar, e promoveu o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, favorecendo uma maior visibi-

lidade a estes grupos minoritários, sobretudo, após a elaboração da Constituição Federal de 1988 (Siqueira, Hollanda & Motta, 2016).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a obrigatoriedade da execução de políticas públicas comprometidas com a melhoria na qualidade de vida dos brasileiros, incentivada pelas pressões de organismos internacionais vinculados aos Direitos Humanos. Foi neste contexto, entre outras normas de cunho social, que o SUS foi criado em 1990, favorecendo “o direito de acesso universal e a integralidade da atenção”, “em substituição ao sistema excludente e desigual que existia antes de 1988” (Barros & Sousa, 2016, p.11).

A equidade é uma expressão frequentemente utilizada quando se trata de direitos humanos e direitos sociais, seu conceito está associado aos direitos das minorias (Barros & Sousa, 2016, p. 11). O termo equidade foi usado, inicialmente, como forma de representar a superação da discriminação por raça e etnia, incorporando, ao longo do tempo, outras diferenças encontradas na vida social, que surgiam a partir da construção de identidades baseadas em vários tipos de pertencimento, como religião, gênero/sexualidade, território, grupo étnico, estilo de vida, entre outros. Assim, favorecem a criação de políticas de equidade com as mais variadas temáticas, motivadas, sobretudo, pelas reivindicações sociais que surgiam em função das manifestações de insatisfação desses grupos (Siqueira, Hollanda & Motta, 2016, p.1398).

Na saúde pública, a equidade constitui-se como um princípio doutrinário do SUS, orientando ações, e a elaboração de políticas públicas de saúde, a partir do reconhecimento de particularidades, e demandas específicas de determinados grupos populacionais, caracterizados como “heterogêneos”, que remetem níveis de segregação, em função da forma de organização e produção da sociedade (Almeida, 2002 Apud Barros & Sousa, 2016, p. 12-13). Tal segregação subjaz o modelo capitalista, em que coexistem situações de riqueza e miséria, favorecendo condições de desigualdade entre pessoas e grupos com diferentes níveis de privilégio social (Barros & Sousa, 2016, p. 12).

A equidade é entendida como um elemento que evidencia certo grau de diferenciação entre esses grupos, com a finalidade de promover um maior grau de igualdade e acesso na prestação dos serviços de saúde, a fim de minimizar os impactos dos determinantes sociais (Pessoa, Almeida & Carneiro, 2018), e, promover igualdade e justiça para a população, a partir de ações mais integrativas (Barros & Sousa, 2015, p. 11-12), que incluem temas importantes como saúde, saneamento, educação, trabalho e renda, alimentação, moradia, etc., a fim de que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu pleno potencial de saúde (Siqueira, Hollanda & Motta, 2016, p. 1398).

O Ministério da Saúde vem apresentando, ao longo dos anos, propostas de superação das iniquidades regionais, a partir das ações do SUS, visando reduzir à vulnerabilidade social e sanitária no Brasil.

Um avanço importante, nesta direção, foi a aprovação, no Governo Fernando Henrique Cardoso, dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDHs) (...) até então inexistentes no país. No governo Lula, a luta pela efetivação destes direitos ganha maior visibilidade (...), o debate e as demandas traduzem-se na área da saúde, nas políticas de atenção integral, direcionada a grupos específicos: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, da floresta, e das águas. (...) É neste contexto que são criadas as Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis que o MS denominou de Políticas de Promoção de Equidade (Siqueira, Hollanda, Motta & 2016, p. 1398-1399).

Os movimentos sociais, juntamente com instituições de pesquisa, e o Ministério da Saúde, constituíram o comitê técnico chamado Grupo da Terra, no ano de 2005, responsável por formular a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta, e das Águas (PNSIPCFA), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2008, baseada na equidade, e na integralidade das ações (Ministério da Saúde, 2008), e instituída no âmbito do SUS em 2011, representando uma das primeiras ações efetivamente regulamentada em nível nacional, que visava garantir à população do campo, da floresta e das águas, condições de acesso a ações diferenciadas do sistema de saúde. Esta Política propõe reflexões sobre as especificidades dos grupos populacionais, e a diversidade sociocultural presente em diferentes territórios, assentamentos, acampamentos, comunidades quilombolas e ribeirinhas, em substituição ao termo genérico, que caracterizava anteriormente estes grupos como “população rural”.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta vem reforçar que a população rural é invisibilizada dentro dessa categoria como grupos populacionais homogêneos e propõe a terminologia “populações do campo, floresta e águas (PCFA)” para expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade destas populações que vivem espalhadas em todas as regiões brasileiras com seu modo de viver. As PCFA vêm reforçar a necessidade de um modelo de atenção à saúde, centrado no território (...) reivindicam acesso a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial a agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas e médicos, que cheguem aos seus territórios, reconheçam

seus problemas e construam intervenções solidárias e promotoras de saúde e qualidade de vida (Pessoa, Almeida & Carneiro, 2018, p. 2).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta tem entre seus objetivos: reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações, respeitando suas especificidades; introduzir metodologias de planejamento capazes de identificar as demandas de saúde dessas populações; incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde CONTEÚDOS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES DEMANDAS E ESPECIFICIDADES DESSAS POPULAÇÕES, considerando a situação intercultural na atenção aos povos e comunidades tradicionais e da floresta, além de apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações sobre o direito à saúde e em defesa do SUS (Ministério da Saúde, 2008).

Dentre os avanços no acesso as políticas sociais nos últimos anos no Brasil, percebeu-se impactos nos indicadores de saúde e nas condições de vida relacionadas aos Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a Aposentadoria Rural, e, em relação ao setor saúde: o Programa Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos que têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais (Pessoa, 2015; Santos, et al., 2017 Apud (Pessoa, Almeida & Carneiro, 2018, P. 4).

Passados dez anos de sua aprovação, muito tem sido discutido no plano teórico sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. As ações, no entanto, ainda estão na fase inicial de implementação. O processo de mudança é lento, uma vez que exige o diálogo e a concordância das três esferas de governo para pactuarem as responsabilidades e o financiamento dessa política (Siqueira, Hollanda & Motta, 2016). Há muito que avançar, colocar em prática esta nova política impõe ao serviço de saúde uma situação completamente nova, especialmente para os gestores. São os profissionais e usuários envolvidos diretamente na execução da política que detêm o conhecimento prático sobre como o trabalho funciona naquele território, o que nos remete ao plano da micropolítica do trabalho.

Sentimentos surgem o tempo todo em função das atividades que realizamos, a partir do contato com as pessoas com quem convivemos, e dos conteúdos que emanam destes diálogos, exercendo influência no nosso modo de estar no mundo (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz & Franco, 2014) É precisamente a partir desses sentimentos, que somos levados a pensar em formas de aproximação ou afastamento, e consequentemente, à forma como entramos em conexão, ou não, com outras vidas (Merhy

et al., 2014). É com base nesses sentimentos, que a produção do cuidado em saúde é construída, deslocando a ação técnica para a perspectiva das relações sociais.

A micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde acontece a partir da interação entre pessoas, trabalhadores e usuários, cada um com ideais, valores e concepções acerca da saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado, dessa forma todos fazem uso de seus espaços de autonomia para agir de acordo com o que lhes parece correto, tendo como ponto de partida a sua posição no serviço, tencionando a polaridade entre autonomia, controle e as normas e regras instituídas (Akerman; Feuerwerker, 2007), tecendo uma complexa rede de variáveis que formam o plano micropolítico das relações. Partindo desta perspectiva, o cotidiano do trabalho das equipes que atuam nestes territórios, fica registrado somente em ações locais, com poucas possibilidades de divulgação e visibilidade.

Entre as pautas do plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, estabelecido na Resolução nº 3 de dezembro de 2011, está a ampliação do acesso aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011b), cujos desdobramentos fomentaram a criação das equipes de Saúde da Família voltadas especificamente para o atendimento das populações ribeirinhas.

A Equipe de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira é a primeira das três modalidades da categoria Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas descritas pela PNAB (Ministério da Saúde, 2011a). Estas equipes, por sua vez, podem optar entre dois modelos de gestão: Equipes de Saúde da Família Fluviais - eSFF, e, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - eSFR.

Enquanto a Equipe de Saúde da Família Fluvial desempenha suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais - UBSF, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, a que se refere a pesquisa, desenvolvem suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e localizadas na sede do Município ou em comunidades ribeirinhas (Ministério da Saúde, 2014), que em função da sua localização devem favorecer o acesso a outras comunidades dispersas no território, fazendo uso de pequenas embarcações, como o principal meio de transporte para chegar a essas comunidades (Ministério da Saúde, 2011a).

Há poucos registros em publicações científicas, e trabalhos acadêmicos, além dos documentos do Ministério da Saúde, que tratem especificamente sobre o tema das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha. As orientações, e informações dadas na PNAB, através do Ministério da Saúde, sobre a atuação dessas equipes, destacam sua caracterização, seus arranjos organizacionais, composição técnica, formas de cadastro e financiamento, definidos através de portarias do Ministério da Saúde.

Para corresponder aos critérios de cadastramento das eSFR, o município deverá apresentar projeto, com as características do território, da população, e da equipe de saúde disponível para as ações; a caracterização espacial e social das comunidades ribeirinhas a serem atendidas pela eSFR; o planejamento das atividades de atenção à saúde para esta população; e o suporte da gestão municipal à eSFR, através de incentivos a qualificação do trabalho, estrutura física e equipamentos.

A composição técnica eSFR é multiprofissional formada por no mínimo um médico (generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), 01 a 11 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 01 a 24 agentes comunitários de saúde. As equipes que atuam em regiões endêmicas devem contar ainda, 01 a 12 microscopistas (Ministério da Saúde, 2012), dependendo da modalidade da equipe, ainda com um cirurgião dentista (generalista ou especialista em saúde da família), e um técnico ou auxiliar em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2014).

A eSFR deverá prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais, equivalente à carga horária de oito horas por dia de serviço, além de dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção, e planejamento das ações. Os agentes comunitários, o técnico ou auxiliar de enfermagem, deverão cumprir a carga horária de 40 horas semanais de trabalho e residir na área de atuação (Ministério da Saúde, 2012).

A mais nova PNAB, publicada em julho de 2017, não apresentou mudanças no que já havia sido estabelecido para a estrutura destas equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações ribeirinhas na PNAB 2011, apesar das mudanças em relação a organização das equipes de Saúde da Família - eSF, como o acréscimo nas atribuições dos ACS's, que geram sobrecarga de trabalho, comprometendo as ações de cuidado, aferem diretamente as ações das equipes de saúde na Atenção Básica.

O Território enquanto espaço social

As discussões a respeito de território vêm ganhando maior destaque nos debates sobre as políticas públicas em saúde, e neste aspecto, a geografia tem oferecido grande contribuição, Milton Santos (2005) apresenta o conceito de território usado, cujo significado ultrapassa a dimensão do espaço físico, para o autor, o território é caracterizado como sinônimo de espaço humano e espaço habitado, evidenciando um território que é vivo, que está em constante movimento e mudança, estando além de uma dimensão puramente geográfica.

Milton Santos (2011) compreendem o território por um conjunto inseparável

de fixos e fluxos. Usam a metáfora de que a sociedade e o espaço coexistem como um motor movente e um motor movido (Santos M., 2011). Os fixos são econômicos, sociais, culturais, religiosos e produtivos, os fluxos são móveis e refletem a ação humana. O território usado, por tanto, é resultado do processo histórico e a base material e social das ações humanas, na interação entre os fixos e os fluxos, o que permite uma consideração abrangente da totalidade das causas e dos efeitos do processo socioterritorial (Santos M., 2007).

Na atenção à saúde, para Merhy et al. (2014), o território também não se apresenta capturado em um espaço geográfico definido, e sim, como um lugar de agenciamentos. O usuário protagoniza o seu processo de cuidado, ele circula em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, que tornam os lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringindo-se a pensar em políticas e ações focais, que distraem ou não permitem ver o que está além da sua ação técnica, a complexidade de produção da vida, e a sua potência (Merhy et al., 2014, p. 159).

O usuário, como nômade, tece as suas próprias redes de sociabilidade e cuidado, através de múltiplas conexões, comportando movimentos de “desterritorialização”, que afetam e convidam as equipes de saúde à mesma experiência (Merhy et al., 2014), sair dos territórios pré-concebidos do cuidado, hoje centrado em um modelo de atuação técnico, enrijecido, protocolar, hierarquizado, e desconectados da multiplicidade existencial dos usuários. Não se trata de criticar a atuação dos profissionais da saúde, mas sim, a estratégia restritiva do próprio sistema, inadequadas a realidade social e cultural desses grupos.

(...) A falta de uma rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro (Merhy et al., 2014, p. 159).

Trabalhar a saúde na perspectiva de territórios específicos é abrir espaço para um processo de “desaprendizagem” das regras, e do saber instituído, readequando estes conhecimentos à realidade do lugar. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do previsto, nos quais os usuários elaboram trajetórias e sentidos próprios, possibilitando enxergar o quanto a vida dessas pessoas tem elementos ainda mais amplos, até então não capturados (Merhy et al., 2014).

A organização dos serviços de saúde deve passar pela compreensão dos fluxos da vida, uma vez que a dinâmica da vida não segue os fixos marcados pela política e pelo planejamento, e sim os caminhos dos fluxos, dos quais os sujeitos implicados são protagonistas (Kadri, Schweickardt & Lima, 2017). Não é mais a evolução da

doença que define e caracteriza a demanda para o trabalho em saúde, é o território de existência das pessoas (Ferla et al., 2015, p.14). O trabalho se constitui pelas relações dos serviços e os modos de existir dos usuários a partir da construção das suas próprias redes de saúde.

As intervenções de saúde devem incluir as circunstâncias não previstas no cotidiano do trabalho, o micropolítico das relações, que evidenciam o novo, o inusitado e o inesperado no dia a dia do serviço. Conforme Feuerwerker (2014) é necessário conviver e dialogar com outros regimes de produção de verdades/saberes, uma vez que todo saber é limitado, datado, posicionado e provisório, através da alteridade e do diálogo coletivo, compreendendo como as relações de trabalho se constituem nesse território, de que forma se encontram as subjetividades, as manifestações do cuidado e do não cuidado, o diferente, o contraditório, os desvios e os estranhamentos que permeiam as relações de trabalho.

O Território líquido e a atenção à saúde

O líquido, no território, não é um divisor como para a geografia natural, ou física, mas sim, um elemento que faz conexão/ligação entre pessoas, serviços, instituições (Kadri, Schweickardt & Lima, 2017). O líquido representa as águas que constituem o cenário de vida dos ribeirinhos na Amazônia (Esterci, 2002; Schweickardt, 2012), denominados povos das águas por viverem em áreas que estão sujeitas a inundações sazonais. O termo ribeirinho é usado em distinção aos povos de terra firme, eles se caracterizam como grupos populacionais que moram em pequenas comunidades, localizadas próximo aos rios, igarapés, igapós e lagos, que formam o complexo estuário amazônico (Scherer, 2004). Na Amazônia a água é fonte de alimento, é a via de transporte entre as famílias e as cidades. A água compõe um papel protagonista nas lendas e nos mitos amazônicos. A água é referência simbólica do ribeirinho.

As ações de saúde, na Atenção Básica, são pautadas nas necessidades do grupo populacional. Logo, a compreensão do território e das comunidades amazônicas, a quem o trabalho em saúde se destina, criam efeitos na organização do trabalho. O território líquido conecta vidas na Amazônia, compondo a história das pessoas, e inclui, também em sua compreensão, as adaptações do trabalho em saúde, a partir de ações não-prescritas, que caracterizam a micropolítica do trabalho e do cuidado, ajustando-se à diversidade deste território existencial, considerando as multiplicidades existenciais que nele transitam, as relações sociais e de poder que envolvem as políticas de saúde na integração com um espaço-tempo disposto sobre as águas (Lima, Simões, Heufemann & Alves, 2016).

O território líquido caracteriza o território da Amazônia e as relações a serem

consideradas na dinâmica do trabalho em saúde, destacando o conjunto das relações simbólicas da população que vive nestes espaços, e que mantêm suas tradições culturais neste lugar (Lima, et al. 2016). Contribui para formular políticas específicas que vinculem aspectos culturais da população ribeirinha com o espaço Amazônico (Lima et. al., 2016), considerando os seus modos de vida, a sua relação com os rios, a natureza, a sazonalidade, os aspectos locais que interagem com as formas de produzir saúde.

Trabalhadores e gestores na Amazônia comprometidos com o cuidado dos usuários “buscam adaptar os protocolos de assistência à realidade do território”, fazendo uso de “malabarismos tecnoassistenciais” para dar conta de tantas realidades e demandas que o sistema nacional de saúde não consegue sustentar adequadamente (Kadri & Schweickardt, 2016, p. 196), em função de uma especificidade muito particularizada: em relação ao aspecto geográfico, social e cultural da população; a dificuldade de acesso às comunidades; e a real precariedade dos serviços de saúde presentes nestas localidades.

A experiência da eSFR no Careiro-AM

A escolha do município do Careiro, localizado no Estado do Amazonas, se deu, principalmente, por se tratar de um ambiente caracterizado como várzea, determinação natural que compõe o cenário da dinâmica dos rios, lagos e igarapés que compõe o município. A caracterização deste cenário, porém, não se restringe ao município do Careiro, ela é recorrente em todo o Estado do Amazonas. O fenômeno da cheia e da vazante modifica a paisagem, e o acesso às comunidades, de modo muito particular com cada época do ano. Além disso, a rede hidrográfica constitui a principal via de transporte no Estado.

Estas condições afetam não só a atenção à saúde da população, como geram um ambiente de trabalho diferenciado para as equipes de saúde da família, que se deslocam da sede municipal, onde se concentra a mão-de-obra especializada, para atuar em um território distante, e com dificuldades de acesso. Pressupondo a necessidade de uma organização logística diferenciada, e um conhecimento atento para realidades sociais, que estão longe dos centros convencionais de atenção, ambulatórios, enfermarias e hospitais.

O município do Careiro é popularmente conhecido como Careiro Castanho, denominação dada em função ao Lago do Castanho, o grande lago que entrecorta a sede do município, localizada 124 km de distância da capital Manaus. O município possui extensão territorial de 6.096,210 km², tem atualmente uma população estimada de 36.922 habitantes, segundo dados do IBGE (2016).

Figura 1 - Mapa do Município do Careiro-AM

Fonte: Google, 2018. Organizado pelos autores.

O município do Careiro possui 12 Unidades Básicas de Saúde, deste total apenas quatro oficialmente tem Equipes Ribeirinhas, no entanto, nove destas unidades atendem populações ribeirinhas devido à configuração do território e da população. Atualmente está havendo um esforço por parte da secretaria de saúde do município em ampliar o cadastramento das eSFR, a fim de aumentar a cobertura de atenção à saúde. As experiências descritas nesta pesquisa evidenciam o acompanhamento de três equipes ribeirinhas que atuam no município do Careiro, mais especificamente nas comunidades do Tilheiro, Anveres e Lago Preto.

O acesso às casas e às famílias, através exclusivamente das lanchas, é uma particularidade da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha-eSFR, o que se diferencia do trabalho da Equipe de Saúde da Família Fluvial-eSFF, modalidade de equipe igualmente ribeirinha vinculada a uma UBS Fluvial, que não acessa os rios, lagos e igarapés mais estreitos e rasos, em função do grande porte dessas embarcações. Apesar de realizarem atendimento domiciliar em casos específicos, o modo de funcionamento da UBS Fluvial consiste em se posicionar em uma localização no rio para que a população, geralmente, o acesse. Há territórios no Estado do Amazonas que trabalham com as duas modalidades de equipes. A UBS-Fluvial do Careiro, entretanto está em fase de construção com previsão de entrega no ano de 2019.

A eSFR, ao contrário da eSFF, percorre as calhas mais estreitas dos rios e lagos para que o atendimento ocorra mais próximo possível do local de residência das pessoas. Normalmente as visitas ocorrem no próprio domicílio, em outras circunstâncias, no entanto, o atendimento acontece em escolas, sedes comunitárias ou até

mesmo em centros religiosos. Isso acontece, sobretudo quando o médico da equipe está presente, quando há grande demanda para atendimentos, ou quando há uma ação vinculada à campanha de saúde e vacinação.

Durante o percurso da pesquisa, os leitos dos rios que compõe o território de atuação das eSFR no Careiro estavam enchendo, o que significa que o nível das águas não estava tão próximo das casas como fica no período da cheia, para tanto, caminha-se bastante, sobe-se e desce-se muitos barrancos. Como já foi dito anteriormente, as casas são construídas a uma distância segura do nível da água para evitar as inundações. No entanto, esta distância, no período máximo da seca, é consideravelmente mais longa, o que torna as caminhadas exponencialmente mais extensas. Os grandes lagos, que compõe a paisagem do município do Careiro-AM, chegam a secar completamente em algumas áreas provocando uma mudança radical na paisagem.

O período de estiagem provoca uma série de dificuldades para a atuação da eSFR, que além de se deslocar a pé por longas distâncias carregando caixas de materiais e medicamentos, substituem em alguns trechos a embarcação tradicionalmente usada, a do tipo lancha, por outra ainda menor, conhecida popularmente como rabeta, uma canoa de madeira ao qual se acopla um pequeno motor movido à gasolina. A mudança é necessária para tornar possível a passagem nas áreas que não secam totalmente, sendo este, muitas vezes, o único caminho possível.

Entretanto, à medida que os braços de rio se estreitam, ou que o período de estiagem avança, usar a rabeta, nestas áreas, também impõe algumas limitações, uma vez que estas áreas concentram grande quantidade de material orgânico, como folhas e galhos, o que torna a embarcação susceptível a constante quebra da palheta do motor, em função do atrito com estes materiais, quando isso acontece a equipe dá continuidade ao percurso a remo. A canoa também atola em alguns pontos, e a equipe precisa usar a força braçal para desatolar a pequena, porém pesada embarcação. É preciso ter cuidado também com os jacarés, as arraias, as cobras, e os peixes (sobretudo os aruanãs, que pulam dentro da embarcação e podem machucar com seus espinhos).

A história de vida das pessoas que compõe a eSFR apresenta uma ligação muito clara com a relação que estabelecem com o território de trabalho e com as ações de cuidado. A origem rural e ribeirinha, as relações de familiaridade com este ambiente tão característico nos interiores da Amazônia, possibilita um maior comprometimento com os usuários e com o trabalho, diferente da maioria dos profissionais que moram, ou tem vínculos diretos com ambiente urbano da capital, neste caso o

trabalho na equipe é uma opção temporária, o que visivelmente provoca uma diferença na qualidade do serviço prestado.

Havia uma diferença entre as equipes cadastradas oficialmente como ribeirinhas e as ainda não cadastradas que também atendem a população ribeirinha. A diferença entre o funcionamento delas, na prática, refere-se à garantia de materiais e combustível às equipes oficiais para o atendimento domiciliar que acontece semanalmente, o que torna o trabalho de atenção à saúde mais presente nos territórios de abrangência da eSFR. Enquanto nas equipes não oficialmente ribeirinhas as ações ocorrem apenas em torno da UBS, localizada normalmente em uma comunidade com posição estratégica para o acesso às suas subáreas, que incluem outras comunidades mais distantes. Nessas, as visitas acontecem apenas em função de eventuais campanhas de saúde e vacinação.

Considerações Finais

A luta pela equidade provoca repensarmos aspectos importantes sobre o funcionamento da nossa sociedade, e nos convidam a enxergar o que está além do prescrito desta ou de outra política. Cecílio (2000) considera que a equidade, enquanto objetivo da atenção em saúde está além do simples “consumo” ou acesso a determinados serviços, remetendo ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações com o “macro”, chamado de “sistema de saúde”. Tratar sobre equidade é incluir também a organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde (Cecílio, 2000).

As políticas que promovem a igualdade não são suficientes para promover a equidade (Siqueira, Hollanda & Motta, 2016, p. 1403). Sensibilizar a sociedade através de uma educação que preze pelo respeito às diferenças, que ultrapassam a perspectiva cultural, são individuais. Entende-se que esta heterogeneidade é regra e não a exceção. A educação desempenha um papel importante na mudança de valores e comportamentos por parte da população, mas também está inscrita na esfera micropolítica na relação: sociedade, profissionais da saúde, e usuários. A implementação destas políticas passa por uma mudança do olhar da população em relação a estes usuários (Siqueira, Hollanda, Motta & 2016, p. 1404).

A integralidade na sua dimensão das práticas de saúde obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e qualidade do cuidado prestado. (...) (Siqueira, Hollanda e Motta & 2016, p. 1399).

Entende-se que há muita pressão em relação à categoria de equipe voltada para o atendimento ribeirinho, e que o principal meio para possibilitar funcionamento dessas equipes é o financiamento, em função da configuração diferenciada do território. Desta forma, qualquer medida que venha por ventura se opor ao movimento das conquistas já alcançadas de inclusão e acesso às populações, historicamente negligenciadas pelos serviços públicos, representará um grave retrocesso, mas um sinal de alerta foi lançado com as mudanças políticas que vem acontecendo no Brasil, que limitam as ações da Atenção Básica, e, sobretudo após a divulgação da PNAB-2017. Portanto, é necessária uma atenção especial para as ações do governo para que não haja ainda mais prejuízos.

Em decorrência de todas as transformações e articulações que sucederam a implantação do SUS, da ESF e da Atenção Básica, efetivaram-se inegáveis conquistas: ampliação de rede assistencial; acesso aos atendimentos de saúde; fortalecimento do vínculo da equipe com as famílias e as comunidades; melhoria da comunicação e articulação com outros níveis de atenção; e uma série de outros acontecimentos que favoreceram a democratização e a ampliação de políticas voltadas para o cuidado (Cunha, Castro & Oliveira, 2016, p. 157-159). Estas mudanças, porém, não foram efetivadas de forma integral e imediata. Apesar de todos os esforços, a promessa colocada na Atenção Básica de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde não foi plenamente alcançada (Cecilio, Andrezza, Carapinheiro, Araújo, Oliveira & Andrade, 2012). A qualidade e a garantia do acesso na Atenção Básica são reais, e estão presentes no cotidiano da população que necessita dos serviços de saúde.

Orientar políticas públicas em territórios e realidades específicas, onde a ausência desses serviços é ainda mais latente, representa um desafio para o Sistema Único de Saúde, em função de suas especificidades locais e geográficas. Pesquisar a saúde na Amazônia é lidar com desafios de políticas públicas que consigam responder de forma equânime e eficiente um cenário de diversidade, afinal a Amazônia é constituída de diversas Amazônias, territórios existenciais que apresentam diversidade cultural, econômica, geográfica e social (Kadri & Schweickardt, 2016). As Amazônias representam bons cenários para compreender as formas de efetivação do princípio da equidade, em um espaço onde tudo é exótico. O distante na Amazônia, no entanto, é muito mais um lugar onde políticas públicas não chegam, do que espaço de isolamento geográfico (Kadri, Schweickardt & Lima, 2017).

A Amazônia não deve ser representada como o lugar da vulnerabilidade e da incipiência, da inexistência, e da ausência nos processos de implantação de políticas sociais (Kadri, Schweickardt & Lima, 2017). E sim, como o lugar da potência das pessoas que vivem, trabalham, e circulam neste território, a partir do comprometimento com a valorização de experiências locais impressas nos atos espontâneos que sur-

gem a partir dos encontros, e que promovem a ação, a expressão, a cooperação, o compartilhamento, o cuidado, a mobilização e a transformação dos sujeitos, que de forma permanente ou transitória compõe o referido cenário.

É recorrente a comparação das experiências amazônicas com realidades totalmente distintas, sobretudo em relação às áreas urbanas, o que torna a inferioridade inevitável. E inferiorizar significa produzir “ausência”, em um lugar onde há “presença” única, e onde ocorrem inovações no trabalho em saúde de igual modo particular (Kadri, Schweickardt & Lima, 2017).

Os modos de fazer saúde na Amazônia estão expressos no dia a dia dos serviços, instituindo específicas formas de se produzir cuidado, ampliando enquanto processo sua visibilidade e presença. Possibilitando somar-se a outras experiências também Amazônicas, e gerar reflexões sobre a atuação das políticas públicas nos diferentes territórios, através da atuação desempenhada pelas equipes de saúde em um lugar que favorece a invenção e a inovação na execução do serviço.

A formalização gradual de leis e portarias que orientam o funcionamento da Atenção Básica e do SUS efetivaram conquistas importantes, mas elas por si só não garantem diretos e tampouco asseguram a prática de cuidado (Romagnoli, 2016). Efetivar transformações inovadoras de forma satisfatória em pouco tempo exige engajamento em todas as esferas de execução (Cecilio et. al, 2012).

A adesão ao compromisso e ao interesse político em executar o proposto pela Política Nacional de Saúde estão sujeitas a múltiplas posições. A cada novo mandato eleitoral, muda-se o entendimento da gestão sobre como será desenvolvida as ações de saúde, oportunizando a flexibilidade no comprometimento e a efetivação de mudanças que favoreçam uma melhor qualidade de vida para as coletividades. Muitas tensões foram, e continuam sendo fruto de diversas disputas econômicas, políticas e ideológicas. Este processo decisório ocorre em todas as instancias administrativas envolvidas direta ou indiretamente com a saúde pública, inclusive no dia a dia das práticas de serviços. Há uma distância entre a “idealidade” dos modelos de atenção à saúde vigente e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado (Cecilio et. al, 2012).

Desta forma, o SUS se faz na transversalização da dimensão macro e micropolítica, que inclui a complexidade das intervenções com os usuários, a equipe, os trâmites burocráticos e o próprio processo de trabalho, onde as regras instituídas e prescrições insistem em sobrecodificar a vida e as subjetividades (Romagnoli, 2016). Propõem-se, portanto ultrapassar a compreensão macropolítica definida pelas regras e normas de atuação, que ressaltada a sua importância para a organização dos serviços, não dá conta sozinha de alcançar os sujeitos reais envolvidos na ação do cuidado.

As intervenções de saúde devem incluir as circunstâncias não previstas no cotidiano do trabalho, o micropolítico das relações, que evidenciam o novo, o inusitado e o inesperado no dia a dia do serviço. A ação do trabalho em saúde é dotada de sentidos, simbolicamente expressos pelos trabalhadores em sua relação com os usuários e vice-versa, evidenciando uma relação subjetiva que ultrapassa o trabalho puramente técnico.

Referências

Barros, F. P. C., & Sousa, M. F. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, 25(1):8-18.

Cecílio, L. C. O. (2000). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção.

Cecilio, L. C. O., Andrezza, R., Carapineiro, G., Araújo E. C., Oliveira, L. A., & Andrade, M. G. G., et al. (2012). Atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Rev. Ciências & Saúde Coletiva.**

Cunha, G. T., Castro, C. P., & Oliveira, M. M. (2016). A aposta na função apoio frente aos desafios do sistema único de saúde: uma quimera? In: Ceccim, R. B. [et al.] organizadores. v. 1. **In-formes da Atenção Básica:** aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde - 1- Porto Alegre: Rede UNIDA.

Esterci, N. (2002). Conflitos ambientais e processos classificatórios na Amazônia brasileira. In: Esterci, N., Lima, D., Léna, P. **Boletim Rede Amazônia:** diversidade socio-cultural e políticas ambientais. Ano 1, v. 1, Rio de Janeiro.

Ferla, A. A., Rocha, C. M. F., Dias, M. T. G., & Santos, L. M. (2015). Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção. In: **Redes vivas de educação e saúde:** relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde.

Ferla, A. A. et al. (Org.). **Cadernos da Saúde Coletiva** n. 4. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Ferla, A. A., Trepte, R., Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Martino, A. (2016). Os (des) encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura a aprendizagem. **Saúde em Redes**, 3(2):241-261.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e

formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: **Hucitec** Editora.

Kadri, M. R., & Schweickardt, J. C. (2016). O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas. In: Ceccim R. B. **et al. In-formes da Atenção Básica**: aprendizados de intensidade por círculos em rede. Prospecção de modelos technoassistenciais na Atenção Básica em Saúde, v. 2. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Kadri, M. R., Schweickardt, J. C., & Lima, R. T. S. (2017). Território Líquido: A Unidade Básica de Saúde Fluvial "Igarauçu". **Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**. Dourados-MS.

Lima, R. T. S., Simões, A. L., Heufemann, N. E., & Alves, V. P. (2016). Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ceccim, R. B. **et al.** organizadores. **In-formes da Atenção Básica**: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de modelos technoassistenciais na Atenção Básica em Saúde - Volume 2 - Porto Alegre: Rede UNIDA.

Merhy, E. E. (2002). **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec.

Merhy, E. E. (2009). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental**: Os desafios da formação, v. 3. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **In: Revista Divulgação em Saúde para debate**. Redes de Atenção à Saúde: Construindo o cuidado integral. Rio de Janeiro.

Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília - DF, novembro.

Ministério da Saúde. (2011a). Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agen-

tes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção 1, n. 204.

Ministério da Saúde. (2011b). Plano Operativo da PNSIPCA. **Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)** - Resolução n° 3, de 6 de dezembro de 2011.

Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2014). **Portaria N° 837**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Brasília: Ministério da Saúde.

Passos, E., & Barros, R. B. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção **In Pistas do método da cartografia**: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade / orgs. Passos, E., Kastrup, V & Escóssia, L. - Porto Alegre: Sulina, p. 17-31.

Pessoa, V. M., Almeida, M. M., & Carneiro, F. (2018). Saúde dos povos do campo, das águas e floresta: situação atual, desafios, problemas e estratégias para enfrentar os problemas e garantir a atenção à saúde adequada para estas populações. **Texto preparatório para o ABRASCÃO 2018**.

Romagnoli, R. C. (2016). Transversalizando e Intensificando o Cuidado e a Vida: sobre coletivos e devir criança. In: Ceccim, R. B. [et al.] organizadores. v.1. **In-formes da Atenção Básica**: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde, v. 1. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Santos, B. S. (2007). **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Bomtempo.

Santos, B. S. (2003). **Dilemas de nosso tempo: Globalização, Multiculturalismo e Conhecimento**. Currículo sem Fronteiras, p. 5-23.

Santos, M. (2005). O retorno do território. In **OSAL**: Observatório Social de América Latina. Debates Território y movimientos sociales. Buenos Aires: CLACSO.

Santos, M. (2011). O espaço da cidadania e outras reflexões. In: Silva, E., Neves, G. R & Martins, L. B (org.). **Coleção**: O Pensamento Político Brasileiro, v.3. Fundação Ulys-

ses Guimarães. Porto Alegre.

Santos, M. (2007). **O espaço do cidadão**. 7 ed. São Paulo: Edusp.

Santos, M. (2011). Para quem é real a rede urbana? **In: O espaço da cidadania e outras reflexões** / Milton Santos; Org. Silva, E.; Neves, G. R.; Martins, L.B. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães. Coleção: O Pensamento Político Brasileiro; v.3.

Scherer, E. (2004). Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia - Brasil. **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**: A questão social no novo milênio. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra-Portugal.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Simões, A. L., Freitas, C. M., & Alves, V.P. (2016). Território na atenção Básica: abordagem da Amazônia Equidistante. In: Ceccim, R. B. et al. (orgs). **In-Formes da Atenção Básica**: Aprendizado dos da aprendizagem por círculos em redes. Porto Alegre-RS.

Schweickardt, K. H. (2012). **Faces do Estado na Amazônia**: entre as curvas do Rio Juruá. 1. Ed. São Paulo: Annablume.

Siqueira, S. A. V., Hollanda, E., & Motta, J. I. J. (2017). Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1397-1406.

Saúde num território quilombola da Amazônia

06

*Joana Maria Borges de Freitas Silva
Júlio César Schweickardt
Alcindo Antonio Ferla
Nicolas Estaban Castro Heufemann*

A Amazônia é muito diversa e heterogênea, com histórias e territorialidades que revelam “amazônias” distintas com suas características geográficas, culturais, sociais e históricas. Conhecer os diferentes territórios amazônicos e suas redes existenciais é um desafio para as pesquisas de caráter social e ambiental. Nessa totalidade complexa chamada Amazônia, em meio a diversidade de grupos étnicos e populações tradicionais que nela existem, seus habitantes estabelecem relações, entre si, e com a natureza na base física denominada território, possibilitando às populações tradicionais sua produção cultural, social, religiosa, ancestral e econômica.

Na perspectiva das comunidades tradicionais amazônicas, a análise da categoria território, constitui elemento de grande relevância, para as investigações científicas que tem por objetivo conhecer grupos sociais e suas relações a partir de suas especificidades e singularidades. Segundo Schweickardt (2016), território é lugar de produção dos modos de vida e das condições de existência para as populações que compartilham histórias. As diversas existências fazem conexões e redes vivas, que se constituem em momentos ricos de troca de saberes que fazem na produção do cuidado em saúde.

A proposta metodológica do texto é fazer uma narrativa e análise da viagem de campo realizada no mês de outubro de 2018. Assim, nos inserimos numa perspectiva cartográfica, em que além de realizarmos uma cartografia do outro também a aplicamos para a nossa trajetória e história de vida, como pesquisadores In-mundo (Merhy *et al.*, 2014).

O presente texto faz parte de um projeto de mestrado em andamento do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia- PPGCASA/UFAM, que começou efetivamente com a pesquisa de campo, configurando-se como um relato de experiência a partir da vivência experimentada durante a primeira visita aos Quilombos do Rio Andirá no segundo semestre do ano 2018. O projeto faz parte do projeto maior intitulado “Acesso da população ribeiri-

na à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM, através do Edital do PPSUS - 2017.

Amazônia quilombola

A Amazônia descrita nesse texto é uma amazônia singular que generosamente permitiu por meios de seus atores sociais ser campo de uma pesquisa em andamento, cujo objetivo é investigar as redes vivas de saúde e a relação com o território das comunidades quilombolas do Rio Andirá, região do Baixo Rio Amazonas pertencente ao município de Barreirinha/AM.

Antes de nos debruçarmos sobre o tema da saúde no contexto quilombola amazônico é primordial saber quem são esses atores sociais. De acordo com o conceito de comunidades remanescentes de quilombos do Governo Federal, utilizado pelos Ministérios e pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária- INCRA, através do Decreto 4887/2003: "consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida".

No imaginário mais geral de comunidades quilombolas está marcada a ideia de reduto de negros pobres que habitam lugares distantes dos centros urbanos, sem contato com a "civilização" e necessitando de "assistência" para saírem de tal situação (Cardoso, 2010). As pesquisas acabam por reforçar as ideias de fragilidade das comunidades quilombolas, se atendo a um cenário de falta e precariedade. No entanto, nós a tivemos principalmente às potencialidades do modo de vida quilombola, o que passa fortemente pela relação com o território.

Os territórios onde vivem os quilombolas, segundo Moura (2012), tem uma marca forte em relação à terra porque significa a garantia da subsistência do grupo. A terra tem importância histórica e cultural, pois é onde acontecem as transmissões dos valores éticos e morais, dos conhecimentos definidos pelas manifestações, pelas tradições e pelo respeito a ancestralidade. Considerando essa significância, o território aqui é visto por uma perspectiva mais cultural, como território vivido. Os grupos sociais conformam os territórios, construindo uma relação com esse espaço coletivo para viabilizar as ações de políticas públicas, como da saúde.

Segundo Haesbaert (2005) a noção de território está incutida principalmente nas dimensões política, cultural e econômica. Conforme Eduardo (2006), a dimensão política é a mais difundida, na qual o território é visto como um espaço delimitado

e controlado, através do qual se exerce um determinado poder, muitas vezes - mas não exclusivamente - relacionado ao poder político do Estado. A dimensão cultural do território é aquela que prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva, em que é visto, sobretudo, como o produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido. Já a dimensão econômica, menos difundida, enfatiza a dimensão espacial das relações econômicas, o território como fonte de recursos e/ou incorporado no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho, como produto da divisão "territorial" do trabalho, por exemplo.

Percebemos que na relação das populações quilombolas com o território são muito fortes os aspectos material e simbólico, certamente por sua história.

Quem hoje vê os negros e negras rindo no dia a dia, não imagina que vivemos 350 anos de escravidão no Brasil. E quando fomos libertados [...] nos foi negado a terra, o emprego e o pão. Quem vê nossas crianças brincando livres por esse chão nem imagina o quanto nossos antepassados tiveram que lutar para garantir essa terra onde a gente hoje festeja nossos santos, faz nosso batuque, celebra nossos casamentos e enterra nossos mortos. [...] A terra pra gente é tudo, sem ela não somos nada, não temos nada, nem história, nem pátria. [...] Nossa história e nossa terra são nosso maior bem (Cristina Almeida, Superintendente no INCRA-AP, 2005, p. 04).

Os territórios reconhecidos são unidades sociais que foram resultado de lutas mobilizatórias engendradas pelo movimento organizativo, resultando na configuração do espaço físico designado para os remanescentes numa "territorialidade específica" (Almeida, 2008).

A área quilombola do Rio Andirá é formada por um conjunto de 06 comunidades reconhecidas como remanescentes de quilombos, desde o ano 2013. A partir desse momento, os que eram *ribeirinhos* passam a assumir a autoidentificação de *quilombolas*, que foi resultado de um processo de construção identitária. O território Quilombola do Rio Andirá, como já foi mencionado, pertence ao município de Barreirinha, situado entre os Rios Andirá e Paraná do Ramos. Segundo dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária- INCRA, o território quilombola Rio Andirá, ocupa uma área de 27,8 mil hectares, possui 558 famílias quilombolas cadastradas e uma população de cerca de 2,7 mil pessoas.

O processo de organização dos quilombos do Rio Andirá tem como referência a memória coletiva que baliza e sustenta as reivindicações no que concerne o direito ao território originariamente identificado pelo seu fundador, o ex- escravo, Bendito Rodrigues da Costa. Entre o final do século XIX e início do século XX, Bendito

aportou em locais do rio Andirá, na comunidade que atualmente é denominada de Santa Tereza do Matupiri que foi fundada posteriormente à chegada de Benedito ao lago do Matupiri (Ranciaro, 2016).

O quilombo do ponto de vista político – para além de ser somente um espaço social de vivência cotidiana – passou a ser interpretado, por um forte sentimento e consciência de pertencimento. As lutas pelo reconhecimento do território diante do estado, também contribuíram para a formatação de uma representação político-administrativa permanente (Ranciaro, 2016).

Os quilombos constituem um coletivo representado pela Federação das Organizações Quilombolas do Município de Barreirinha (FOQMB) com processos regimentares em que todos têm seus papéis bem definidos. Cada comunidade é liderada por um presidente eleito democraticamente para um período de 02 (dois) anos, sendo considerados eleitores comunitários residentes na comunidade ou fora da mesma com idade a partir de 16 anos. No caso da Federação, a eleição para presidência, com mandato de dois anos, envolve todas as comunidades quilombolas: Santa Tereza do Matupiri, Boa Fé, Itaquara, São Paulo do Açu, São Pedro e Trindade.

Neste estudo os quilombolas são entendidos como grupo constituído por remanescentes das comunidades dos quilombos, cuja historiografia revela um passado marcado por repressão, luta e resistência.

Barreirinha: território entre dois rios

No Estado do Amazonas, maior unidade da federação brasileira, os deslocamentos são realizados principalmente por via fluvial. O Estado é dividido em 09 regiões de saúde, com particularidades distintas: Alto Rio Solimões, composta por nove municípios; Baixo Rio Amazonas, formada por cinco municípios; Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, formado por 12 municípios; Jurúá, com seis; Médio Amazonas, também com seis; Rio Purus e Rio Madeira, ambos formados por cinco municípios; Rio Negro e Solimões, com 8; e Triângulo formado por seis municípios. A região do Baixo Rio Amazonas é composta pelos seguintes municípios: Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá e Parintins. Os municípios do baixo Amazonas fazem divisa com o Estado do Pará. Barreirinha está a 331 km de Manaus em linha reta, capital do Estado, e a 552 quilômetros por via fluvial. O acesso é realizado principalmente por via fluvial, sendo comum a rota de pessoas e mercadorias via Parintins, terra do famoso Festival Floclorico dos Bois Bumbás Caprichoso e Garantido.

Barreirinha tem como municípios limítrofes, Parintins ao Norte, Maués ao Sul, o Estado do Pará ao Leste e Urucurituba a Oeste. O clima é tropical chuvoso e úmido, com temperatura média de 33,4°C, a máxima atinge 36,5°C e a mínima 23,5°C. Pre-

dominam no município duas estações, inverno (dezembro a maio) e verão (junho a novembro), conhecido como período de estiagem (SEMSA Barreirinha, 2015).

O ciclo das águas³ determina a dinâmica cultural, social e econômica de Barreirinha, o que traz desafios para a gestão do trabalho e para as modelagens de atenção básica (Kadri & Schweickardt, 2016).

Os banzeiros do rio Andirá e suas gentes

Aqui começa a narrativa do diário de campo da vivência no território quilombola do Rio Andirá. A equipe de pesquisa chegou à área quilombola no início de outubro de 2018, depois do segundo turno das eleições para a presidência da república. Depois de uma viagem de avião de Manaus até o município de Parintins, seguimos para de outra viagem de lancha pelo rio Paraná do Ramos até chegar- mos a Barreirinha. Ali fomos acolhidos pela articuladora das comunidades quilom- bolas Maria Amlia dos Santos Castro. Embarcamos na lancha que nos aguardava no Porto do furo⁴ do Pucu, situado no outro lado da cidade.

Em Barreirinha, os principais meios de transporte são motos, bicicletas e triciclo⁵, que tomamos para lentamente ir pela via principal do município até o porto. Ali estava a voadeira⁶ nos aguardando para seguir viagem pelas águas do caudaloso Rio Andirá. Depois de 1 hora de viagem, Dona Amlia, conhecida na comunidade também como Lourdes, apontou para a margem esquerda e disse: "Olha! Ali tudo  território quilombola".

O Rio Andir⁸ corta a região do Baixo Amazonas, formando belas paisagens com suas águas esverdeadas e escuras, que ora se agitam e ora ficam tranquilas, como se ditasse as regras de navegabilidade. Os ribeirinhos conhecem e respeitam esse rio, porque afinal, produzem e reproduzem suas vidas em torno dele.

Tivemos a oportunidade de conhecer todas as comunidades que formam o território quilombola do Rio Andirá. Chegamos primeiramente na Comunidade São Paulo do Açu, anexo da Comunidade Ituquara, antes mesmo de nos acomodarmos na comunidade onde repousaramos, Santa Tereza do Matupiri. Na comunidade, as

³ O ciclo das águas é dividido em enchente, cheia, vazante e seca, período da enchente se inicia com as chuvas de novembro até o ms de julho, quando as águas começam a descer, iniciando o período da vazante a partir de agosto, com menos chuvas, e termina em janeiro, com o início da enchente.

⁴ Pequeno curso d'água que comunica naturalmente dois rios ou um rio e uma lagoa de várzea (lagoa formada na época da cheia do rio).

⁵ Veículo que consiste numa bicicleta adequada para o transporte de pessoas e cargas.

⁶ Embarcao movida a motor de popa com estrutura e casco de metal, geralmente alumínio.

⁷ Andirá ou Andira é um nome de origem Tupi-Guarani que significa "grande morcego", o Rio recebeu esse nome em virtude da ocorrência desses mamíferos na região.

pessoas foram chamadas para ir ao centro comunitário (espaço aberto com bancos) e aos poucos foram chegando e se aproximando até formar uma grande roda.

Fazia parte da metodologia, pensada anteriormente, aplicar um roteiro individual e coletivo, mas acabamos por realizar rodas de conversa nas 06 (seis) comunidades, com algumas questões iniciais para disparar a conversa. O método funcionou porque conseguimos abrir as rodas com a participação de todas as pessoas. Nas conversas participaram a liderança da Federação e de cada comunidade, os professores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pessoas da comunidade.

Nosso objetivo principal era entender o modo de vida quilombola e suas redes de saúde. Por isso, iniciamos com duas questões: O que é ser quilombola e o que é saúde para um quilombola. Assim, as falas foram aparecendo e construindo uma rede de significados principalmente no reconhecimento da identidade quilombola, algo que foi se construindo a partir do movimento político de reconhecimento da área e da história.

Durante a conversa com moradores de São Paulo do Açu a questão identitária emergiu com força quando uma professora de História, quilombola residente da comunidade trouxe em seu discurso a importância do pertencimento. A professora, graduada em História pela Universidade do Estado do Amazonas, pesquisadora na área de história tem a noção que é importante saber a origem do povo quilombola, o que não está necessariamente associada a cor da pele. Por iniciativa própria, a professora introduziu no ensino a história dos antepassados na escola da comunidade. Destaca que por muitos anos São Paulo do Açu foi vista como uma comunidade cabocla-ribeirinha, mas com o processo de reconhecimento da área quilombola a discussão sobre a identidade passou a ser uma necessidade.

Uma das lideranças confirma que a identidade não está associada às questões de cor, pois diz que seu cabelo liso tem raiz indígena porque seu avô, de cor negra, casou com uma indígena satere-mawé. Além disso, falou que o compromisso com a causa significa lutar pelos quilombolas como um coletivo, em que tudo deve ser compartilhado.

Depois da conversa com os comunitários de São Paulo do Açu, partimos para Santa Tereza do Matupiri, onde fica situada a residência de Dona Amélia e do Presidente da Federação das Organizações Quilombolas do Município de Barreirinha, irmão de Dona Amélia. Logo os comunitários foram informados que a equipe estava na comunidade e que seria realizada uma roda de conversa no dia seguinte pela manhã. Antes disso, tentamos fazer a conversa naquela noite, mas desmarcamos porque havia uma atividade na igreja católica do lugar. Destacamos que a comunidade estava se preparando para a festa da padroeira da comunidade,

demandando muito trabalho dos comunitários como limpeza e roçagem das ruas, ornamentação e pinturas.

Outra conversa-entrevista foi realizada com as ACS, que é um dos principais atores das comunidades quando se trata de saúde, cujas atribuições, de acordo com a Lei 13.595/18 envolvem o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Descansados do deslocamento até o território quilombola, iniciamos o segundo dia da pesquisa de campo com o café da manhã preparado no fogão de barro, comum nas casas quilombolas. Apesar de haver fogões a gás, cozinhar usando lenha é mais econômico e também porque não há recargas de gás na comunidade. O café da manhã era preparado de forma que era necessário levantar antes do sol nascer para cortar lenha e por fogo, sendo que, algumas vezes, o fogo era emprestado do vizinho. Assim, o barulho da lenha sendo cortada e o cheiro de fumaça nos despertava para levantar da rede e colaborar com o café.

Seguimos para o barracão, espécie de centro cultural, para a roda de conversa. A abertura da conversa foi feita pelo presidente da Federação que falou sobre a importância de instituições como a Fiocruz e pediu desculpas por não haver muitos comunitários, os mesmos estavam em um puxirum⁸ por conta do festejo na comunidade. Solicitou que cada morador presente multiplicasse a informação para que todos que não puderam participar tivessem ciência do que foi conversado.

Antes de iniciarmos a discussão, falamos um pouco sobre a intencionalidade da pesquisa e da sua relação com as políticas públicas. Assim, conhecer os modos de vida, as demandas, os problemas, bem como as potencialidades de cada território pode trazer contribuições importantes para os modos de fazer política de saúde. Realizamos uma dinâmica de apresentação como forma de “quebrar o gelo”, em que cada pessoa teve que dizer seu nome e fazer um gesto que em seguida era repetido por todos, gerando muitas risadas. Depois da apresentação, dividimos os comunitários para discutir sobre as questões: Quem são vocês? O que é saúde? O que não é saúde?

As questões mostraram que há uma noção da identidade relacionada com: pertencimento, resistência, respeito, organização e gratidão ao meio ambiente. Pelas palavras podemos ver que há uma noção de pertencimento a um lugar e a um grupo social coletivo, que exige respeito em relação às suas escolhas e combate ao racismo. Por isso, a resistência e a organização são os instrumentos para garantir

⁸ Esforço coletivo para solução de uma necessidade, normalmente um dia.

a sua existência. Destacamos que há uma noção de que o ambiente é importante para a identidade do grupo como lugar de moradia e de história, mas também como lugar de subsistência, de onde se tira o alimento e se produz o trabalho.

A noção de saúde está relacionada à produção de vida. A noção de saúde dos remanescentes de quilombos está bem próxima da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dos princípios do SUS, considerando que a saúde não é somente ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, mental, social e espiritual. Vejamos algumas das suas falas:

Somos remanescentes dos quilombos, parteiras, pescadores, administradores, artesãos, caçadores, curandeiros e, muitas vezes, somos discriminados pela sociedade (Comunitário de Santa Tereza do Matupiri).

Saúde é estar de bem com a vida, com os colegas da comunidade, ajudar as pessoas que precisam, brincar, dançar, estar disposto para o trabalho, ter uma boa alimentação, se sentir sempre alegre, se tem alegria, tem saúde (Comunitário de Santa Tereza do Matupiri).

Saúde é estar saudável para trabalhar, praticar esportes, fazer caminhadas e todas as atividades importantes para nossa vida e também aqui na nossa comunidade para ter uma vida saudável precisa ter bastante medicamento, água portátil pra população, ter uma UBS pra nossa comunidade, no nosso entender é isso que é saúde (Presidente da Federação).

Não é saúde poluir os rios, destruir a natureza com queimadas, doenças, má alimentação, não ter onde morar, não ter o que comer, jogar lixo na mata, se sentir mal, indisposto, incapaz de trabalhar". (Comunitário de Santa Tereza do Matupiri).

Bebida, droga, tabaco, desunião, isso não faz parte da saúde (Comunitário de São Pedro).

Podemos afirmar que os quilombolas tem uma noção ampla de saúde, relacionada aos condicionantes sociais que interferem diretamente nos modos de vida da população. A saúde está relacionada com um grupo bem organizado, com a luta pela garantia da terra, combate aos tipos de violência que são produzidos pelas violências como o racismo e o preconceito. Assim, identidade, política, raça, religião, condição socioeconômica e cultura estão relacionadas com a saúde da pessoa.

Produção de saúde pelas redes de acesso formal e tradicional

Aqui descreveremos do que conhecemos, vimos e ouvimos sobre o acesso a saúde e produção do cuidado, tanto por meio das redes vivas de saúde, que envolve tanto a rede de serviços de saúde ofertada pela gestão como as redes produzidas através da família, da comunidade, da organização política.

Como já foi mencionado, paralelo às rodas de conversa, buscamos informações com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada comunidade, sobre a situação de saúde nas comunidades onde atuam. Desse modo, buscamos saber como é o desenvolvimento do trabalho e as formas de se relacionarem com a comunidade. Das seis comunidades quilombolas, somente São Pedro não tinha ACS porque a indicação não veio da comunidade e houve a intervenção da gestão municipal. No entanto, o processo de contratação do ACS, negociado com a Federação, tem como critério o fato de residir no território. Nesse caso, vemos como a organização política é fator relevante na seleção dos trabalhadores tanto da saúde como da educação nas comunidades. Há uma discurso claro das lideranças que defende a contratação de quilombolas para atuar junto às comunidades, especialmente porque na educação há muitos jovens formados nas universidades públicas da região.

De um modo geral todas as Agentes Comunitárias de Saúde desenvolvem, segundo os princípios da política nacional da Atenção Básica, principalmente no que se refere às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Conforme relato das Agentes, a rotina de trabalho consiste em realizar visitas domiciliares para o acompanhamento de portadores de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes. Realizam o acompanhamento das gestantes e o calendário vacinal de crianças. Realizam orientações coletivas de acordo com as demandas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e os Programas do Ministério da Saúde. Os casos de urgência e emergência costumam ser encaminhados para Barreirinha. As ACS destacaram que há uma orientação da gestão de que não devem ministrar nenhum tipo de medicamento, assim estimulam o uso de plantas medicinais.

A remoção de pacientes é realizada por uma ambulância, que fica na Comunidade Santa Tereza do Matupiri. O piloto da ambulância está sempre de sobreaviso para atender as seis comunidades. A comunicação é feita por meio de telefone rural, mas nem sempre há sinal para a realização das chamadas. Em cada comunidade há pelo menos um telefone para uso coletivo. Quando o ACS não consegue entrar em contato com a ambulância, faz o contato direto com o hospital de Barreirinha, que envia uma ambulância para o socorro. Segundo as ACS de Santa Tereza do Matupiri e de Itaquara, respectivamente:

Pra urgência e emergência tem uma lanchinha que é pequenininha e tem um motorista também, qualquer coisa que acontecer eu vou lá e encaminho logo. O motorista tá sempre disponível, a qualquer hora, é difícil ele não tá, não tenho porque me queixar. Eu não vou, só faço encaminhar, a lancha é pequena tem um motor 15 hp. As vezes ele já chega com os pacientes molhados, só pra quem conhece o Andirá. Só dá pra ir o Motorista, o acompanhante e o paciente, se colocar mais gente é arriscado. Não tem condições não.

Eu ligo direto pra Santa Tereza porque a Ambulancha é de lá, daí eles vêm pegam e levam direto pra Barreirinha. O último caso de urgência que precisava ser removido rápido foi um rapaz que se cortou o pé com um terçado que não podia mover que o sangue ia longe. Ele tremia, desmaiou. Essa foi a pior que já me aconteceu aqui nesses anos todos. Aí eu ligava e não conseguia falar, eu tava apavorada porque o menino tava tendo um treco. A comunicação aqui é sempre ruim.

Quanto aos partos, apesar de haver parteiras nas comunidades, as mesmas não partejam mais. As gestantes são encaminhadas para a maternidade de Barreirinha, próximo do período de nascimento. No entanto, identificamos diversas parteiras na comunidade que relataram que fizeram partos dos familiares, mas que atualmente não realizam mais. Não observamos um envolvimento das parteiras no pré-natal ou no acompanhamento das gestantes como “pegar a barriga”, como é denominada a prática das parteiras.

A cobertura dos serviços de saúde para os moradores das comunidades quilombolas é de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde Celita Mendes da Costa, situada no Distrito do Piraí, comunidade rural do Rio Andirá. No entanto, a equipe de saúde da mesma não tem médico, por essa razão e também em virtude da distância, usuários como mulheres grávidas e hipertensos vão para Barreirinha. Os deslocamentos são custeados pelos próprios usuários que vão e voltam para suas comunidades de origem no mesmo dia em barco de comunitário que realiza transporte coletivo, a viagem dura em média 03 horas, obrigando os usuários a madrugarem para chegar às unidades de saúde, às 6h00.

Na sede do município as Unidades Básicas de Saúde de referência para as comunidades quilombolas são duas: Giovana Galli e Clemência Piedade Lucas da Silva. Os atendimentos são agendados nos dias de segunda-feira e sexta-feira, pois são dias exclusivos para atendimento de usuários provenientes da zona rural. Outra forma de acesso aos serviços de saúde se dá por meio de visita da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) às comunidades. Porém, as viagens ainda são pouco regulares para fazer um atendimento permanente e regular. A última viagem da UBSF

foi no mês de maio de 2018 e com a promessa de outra viagem em novembro do mesmo ano. Com apenas uma ou duas viagens ao ano não é possível realizar uma atenção integral à população. Segundo uma das ACS,

Tem uma fluvial, que passou aqui no dia 23 de maio de 2018 e disseram que vinham de novo dia 08 de novembro. A UBSF é nova, sendo a primeira vez que veio. Aqui como é grande, passaram um dia inteiro, mas é pouco. Só dão 20 fichas, mas não dá.

Em Santa Tereza do Matupiri há uma Unidade Básica de Saúde em construção, desde 2014, sendo que a obra foi retomada em 2018 com a promessa de que seria concluída em 04 meses. Entretanto, a obra está paralisada sob a justificativa de não haver mais recurso. Segundo a fala de uma ACS:

A UBS nunca foi concluída, começou ser construída em 2014, aí pararam, depois voltaram, mas já pararam de novo por que o prefeito disse que não tem verba. A gente não sabe que serviço vai ter porque nos postos que tem em outros lugares têm enfermeira e técnico de enfermagem e médico só tem a cada 15 dias [...]. Peço muito que essa nossa UBS fique pronta pra facilitar a vida principalmente dos idosos porque é difícil pra se deslocar.

Sobre o protagonismo do cuidado a partir dos saberes tradicionais, percebemos nas comunidades a presença de hortas nos quintais. As hortas tinham juntamente, hortaliças e plantas para uso medicinal.

O que a gente tem no nosso dia a dia são os remédios caseiros, as ervas, por exemplo. Assim, uma dor de estômago, usa uma tal erva. Isso serve muito pra nós que mora no interior porque, muitas das vezes, não tem como ir na cidade comprar um remédio rápido. Então a gente tem no nosso dia a dia, nos fundos dos nossos quintais as ervas medicinais (Professor e Líder Comunitário).

Nem sempre os comunitários recorrem às ACS em caso de alguma necessidade porque os mesmos não têm remédios como analgésicos e antitérmicos, pois esses trabalhadores não têm permissão para indicar o uso de medicamentos. Por isso é muito comum o uso de plantas medicinais. Com essa prática fica evidente a presença da tradição oral nas comunidades.

Eu aprendi a usar plantas com minha avó e os vizinhos também. Assim a gente vai passando. Pra tosse faço xarope. No caso pra minha filha, que sofre de asma, eu uso casca de jatobá que é o jutaí, laranja

da terra, casca da manguinha, limão, ferve tudo e ela vai tomando. Se algum comunitário precisar, eu ensino e podem pegar da minha horta, não tem problema (ACS da Comunidade).

Outros atores portadores de saberes tradicionais são as parteiras, rezadores, puxadores de ossos, que trazem alívio para dores causadas por entorses, luxações e contusões. Esses são identificados nas comunidades, se tornando pontos dessa rede de acesso e de produção de saúde existente no território quilombola.

A escola também é um lugar privilegiado para diversas práticas. Verificamos no contexto quilombola do Rio Andirá sua potencialidade para a promoção da saúde, não apenas pelas ações dos Agentes Comunitários de Saúde, mas também por meio do cultivo e utilização de plantas medicinais. Notamos assim, o protagonismo e o compromisso dos professores com um conhecimento mais amplo do ensino-aprendizagem.

Em todas as escolas que eu trabalhei, sempre tive essa preocupação de trazer isso pras crianças porque a minha mãe faz remédio caseiro. A minha avó também fazia. Então esse conhecimento eu acho muito rico e como quase todas as comunidades têm, a gente valoriza muito para que não se perca (Professora da Comunidade).

Concluindo para continuar a conversa

Acompanhar o modo de vida nesse pedaço da Amazônia, ainda que por tão pouco tempo, nos faz refletir o quanto o “olhar” precisa ser atravessado pela diferença, pela diversidade e pelo “local”, sem perder de vista o todo. A equipe esteve atenta às potencialidades do que é ser quilombola, desconstruindo imagens construídas a partir de recortes de informação e ideias pré-concebidas sobre essa população. Fomos nos desterritorializando para reterritorializar num caminho nômade entre rios, caminhos e ruas das comunidades, dormindo em redes e compartilhando da refeição e da hospitalidade dessa gente acolhedora. O cheiro da lenha sendo queimada misturada com outros cheiros nos faz pensar na simplicidade e na cumplicidade dos projetos de vida.

As redes produzem um cuidado compartilhado, com forte ênfase nas relações locais. Há fragilidades que necessitam ser superadas, algo que já esperávamos para a natureza do território. Observamos que a principal dificuldade está no deslocamento pelos rios, fato comum no território amazônico, consequência produzida pela carência de fixação e alocação de profissionais de saúde no local. Desse modo, entendemos que escritas e relatos dessa natureza reforçam a necessidade em dar visibilidade à dinâmica de vida de grupos específicos. Essa talvez

seja uma singela contribuição para essas pessoas que abrem seus territórios de vida para grupos de pesquisa.

Por fim, não poderíamos deixar de expressar o que representou para a equipe de pesquisa mergulhar nesse universo tão singular, construído a partir da luta e da resistência. Estudar o mundo quilombola significou também refletir sobre a condição de ser negro no Brasil. Por isso é impossível passar pela experiência de campo sem ser marcado pela necessidade de se combater o racismo, o preconceito e todo tipo de dominação sobre o outro. Desterritorializar é necessário para a construção de uma nova territorialidade dos sentidos, que se faz a partir da relação e do encontro com o outro.

Referências

Almeida, A. W. B. (2008). **Terra de quilombo, terras indígenas**, “babaçuais livres”, “castanhais do povo”, faixinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas. 2. ed. Manaus: PGSCA-UFAM.

Brasil. (2004). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo, Saraiva.

Cardoso, L. F. C. (2010). Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Instrumento**. Juiz de Fora, v. 12, n. 1.

Eduardo, M. F. (2006). Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. **In: Campo-Território: revista de geografia agrária**, v.1, n.2, p.173-195.

Freitas, D. A., et al. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, vol.13, no.5, São Paulo.

Haesbaert, R. (2004). **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre.

Haesbaert, R. (2004). **O mito da desterritorialização do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Kadri, M. A. R., & Schweikardt, J. C. (2016). O Território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, Estado do Amazonas. In: Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich, L. A. F., & Kessler, L. L. **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede** (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde). v. 2. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

Lira, T. M., & Chaves, M. P. S. R. (2016). Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**. Campo Grande, vol.17, n.1, pp.66-76.

Merhy, E. E., et al. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51.

Moura, G. (2012). **Decreto 4.887/2003 Constitucionalidade da regulamentação quilombola. 12 abr. 2012**. Brasília: Palmares Fundação Cultural. Entrevista concedida a Daiane Souza.

Ranciaro, M. M. M. (2016). **Os cadeados não se abrem de primeira: processos de construção identitária e a configuração do território de comunidades quilombolas do Andará** (Município de Barreirinha - Amazonas). Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

Seppir. (2013). **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Brasília, 2013. pp.62.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Simões, A. L., Freitas, C. M., & Alves, V.P. (2016). **Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante**. In: Cecim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich, L. A. F., & Kessler, L.L. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde). v. 1. Porto Alegre: Rede Unida.

Doenças diarreicas entre índios Munduruku do rio Canumã: desafios para a Atenção Básica à Saúde

07

*Bahiyeh Ahmadpour
Andrew Georg Wischneski
Raquel Dias-Scopel
Luigi Bruno Peruzo Iacono
Daniel Scopel*

O povo indígena Munduruku vive na Amazônia brasileira na área do Alto Tapajós e do Baixo Madeira. Atualmente, são cerca de dez mil Munduruku habitando em dez terras indígenas situadas nos estados do Pará, Mato Grosso e Amazonas. Os Munduruku sempre tiveram presença predominante na geopolítica Amazônica sendo reconhecidos como grandes guerreiros, e sua história é repleta de episódios de conflitos, lutas e resistência ao colonizador. Desde os primeiros contatos, ainda no século XVII, os Munduruku têm demonstrado notável resiliência frente aos processos colonizadores, frequentemente marcados pela violência por parte do Estado, pelas invasões territoriais e pelo impacto de epidemias (Scopel et al. 2018). Apesar do crescimento populacional dos Munduruku verificado nas últimas décadas, persistem perfis epidemiológicos em que predominam as doenças infecciosas, semelhante a outras etnias indígenas (Cardoso et al., 2009; Orellana, 2007; Raupp et al., 2017; De Moraes Lima, 2018; Coimbra, 2003; Caldas et al., 2017).

O presente estudo objetiva descrever os dados de morbiletalidade das doenças diarreicas agudas entre indígenas da etnia Munduruku da Terra Indígena (TI) Kwatá-Laranjal (Borba, AM), a partir do levantamento de dados secundários sobre atendimentos realizados em nível de atenção primária disponibilizados eletronicamente pelo DSEI-Manaus no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Entre os povos indígenas a diarreia é uma doença frequente, particularmente na região Norte do país (Coimbra JR, 2014) e sua alta prevalência tem impacto sobre déficits nutricionais de crianças indígenas (Caldas et al., 2017; Cardoso et al, 2009; Orellana, 2007). Existe certo consenso sobre as medidas mais efetivas para reduzir a incidência e a morbiletalidade das doenças diarreicas, as quais

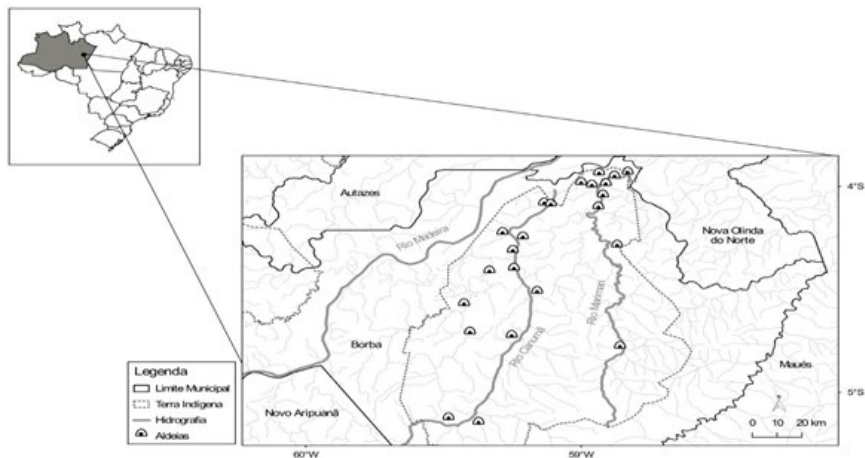
ainda são consideradas uma das principais causas de mortalidade em crianças nos países em desenvolvimento (Brandt, 2015; Breurec, 2016; Kalakheti, 2017; Lopez, 2014), muito embora possam ser amplamente evitáveis.

Uma proporção significativa de casos de diarreia poderia ser evitada pela imunização contra o rotavírus, pelo uso da água potável, por hábitos de higiene e pelo estabelecimento de processos que eliminem a exposição a alimentos contaminados. Enquanto isso, o gerenciamento de casos com sais de reidratação oral, suplementação de zinco e agentes antibióticos tem o potencial de impedir que pessoas com diarreia morram. Informações claras sobre locais com maior carga diarreica são necessárias para acelerar o progresso e direcionar programas de intervenção e tratamento de maneira eficiente (Reiner Jr, 2018).

Os Munduruku no Estado do Amazonas vivem majoritariamente de agricultura, caça e pesca, dedicam-se ao plantio da mandioca e à produção de farinha. Poucos têm empregos assalariados como professores ou agentes de saúde. A vida nas aldeias é de intensa relação com a floresta e com os rios que atravessam a TI Kwatá Laranjal. A maior parte das pessoas retira água de cacimbas ou diretamente do rio para consumo, pois poucas aldeias possuem sistemas de captação de água em poços profundos construídos pelo serviço de saúde ou prefeitura, contudo, nenhum destes provê tratamento com desinfecção (Scopel et al. 2017). Observou-se que a maioria das casas das aldeias visitadas é de madeira ou palha e não possui banheiros, sendo frequente a utilização de fossas rústicas e prática de defecação a céu aberto. A ampliação dos serviços de saneamento é demanda constante de lideranças e conselheiros de saúde e das principais reivindicações perante o poder público.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), é responsável pela operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A estrutura dos DSEI está organizada em polos-base, que são unidades de saúde de primeira referência. Nas aldeias indígenas, a atenção primária está a cargo das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) formadas em sua maioria por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnico de saúde bucal e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (Scopel et al., 2015; Ahmadpour et al., 2016).

A TI Kwata Laranjal abrange os rios Canumã e Mari-Mari. Em cada rio está estabelecido um polo base com respectiva EMSI. Cada um dos polos base, com sedes na Aldeia Kwatá e Aldeia Laranjal, respectivamente, é responsável por um conjunto de aldeias menores.

Figura 1 - Mapa da TI Kwatá Laranjal

Fonte: Dias-Scopel; Scopel, 2018.

O estudo é descritivo e analisa a frequência de atendimentos a doenças diarreicas realizados pela EMSI do polo base Kwatá. Inicialmente, pretendia-se analisar dados de ambos os polos base da TI Kwatá Laranjal entre os anos 2013 e 2016, mas isto não foi possível, pois uma análise preliminar revelou que os dados referentes ao polo base Laranjal apresentaram falhas na frequência de registro mensal em todos os anos selecionados. Os dados referentes ao polo base Kwatá apresentaram consistência na frequência de registro mensal apenas em 2015 e 2016.

São atendidas pelo polo base Kwatá as aldeias: Apuí, Aru, As Cobras, Cafezal, Caióé, Cajoal, Empresinha, Fronteira, Jutai/Malocão, Juvenal, Kwatá, Makambira, Mamoal, Niterói, Pajurá, Parawá, Santo Antônio, São Domingos, Sauru e Tartaruginha. A população total nessas aldeias é de 2.176 indígenas residentes, sendo a aldeia Kwatá a mais populosa, segundo dados demográficos disponibilizados pelos DSEI- Manaus em 2017.

O universo do estudo comportou a totalidade de registros de morbidade por doenças diarreicas que tiveram a causa básica codificada nas categorias A-09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), B-82 (Parasitose intestinal não específica) e K59.1 (Diarreia Funcional) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (WHO, 2015). Foram incluídos dados de atendimentos realizados em sua maioria por Agentes Indígenas de Saúde e por técnicos de enfermagem sem diagnóstico codificado, constantes em "Relatórios Morbidade - Sinais Sintomas (Listagem)"

extraídos do SIASI. Foram incluídos todos os casos de atendimentos registrados como “fezes alteradas”.

Como critério de inclusão de dados utilizou-se: etnia Munduruku; notificações de doenças e agravos segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- (CID 10: A-09, B-82 e K-59.1); notificações de atendimento e registro de sintomas “fezes alteradas”; período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Critérios de exclusão foram: não indígenas; outras etnias; dados que não se encontram disponíveis no SIASI. Os dados foram tabulados através do aplicativo Microsoft Excel 2010 e com o auxílio do software SPSS 22.0.

As variáveis analisadas contemplaram: sexo, mês e ano do registro da doença, faixa etária, aldeia indígena proveniente e local de atendimento de indígenas da etnia Munduruku. Houve necessidade de realizar cálculo da população em dezembro 2015 e dezembro 2016, pois o dado disponível referia-se à população total de março de 2017, incluindo não indígenas Munduruku. As populações dos anos de 2015 e 2016 foram calculadas subtraindo os nascimentos posteriores a dezembro de cada ano e somado os óbitos registrados nos respectivos anos. Foram excluídos da contagem 74 pessoas não pertencentes à etnia Munduruku e não-indígenas (Gráfico 1).

Complementarmente, com intuito de investigar o cenário e implantação de ações de saúde na promoção e prevenção das doenças diarreicas na TI Kwatá Laranjal, analisou-se qualitativamente os seguintes documentos: ata de reunião local; relatório da etapa distrital da Conferência Nacional de saúde indígena; cartas de lideranças indígenas para solicitações; atas de reunião de visitas do conselho local nas aldeias; atas de reunião do conselho local de saúde indígena; carta de repúdio; relatório de profissional de saúde; relatório sobre atualização de conselheiros locais.

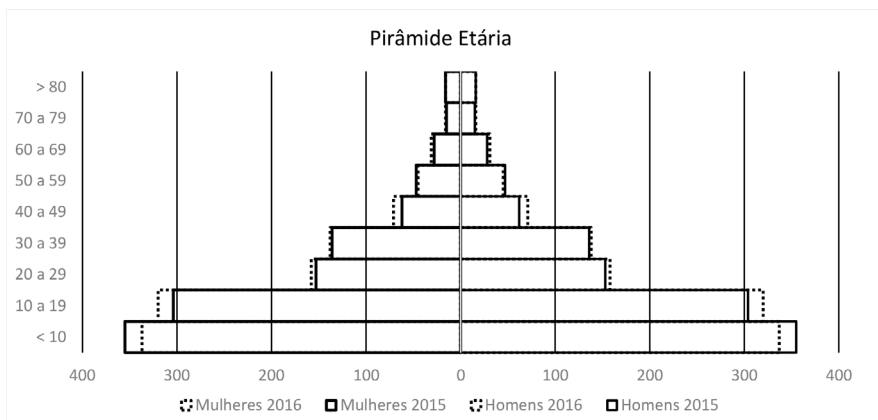
A obtenção de dados foi formalizada em termo de anuência pelo DSEI-MANAUAS. Os bancos de dados provenientes do SIASI, são de domínio público, sem identidade de registros. O estudo respeitou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no 466 de 12 de dezembro de 2012 e 304/2000 para pesquisas envolvendo comunidades indígenas, assim como recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS (CAAE: 69378317.5.0000.5020).

Esta pesquisa visou a colaborar com projeto de pesquisa etnográfico “Saneamento em áreas indígenas a partir de uma perspectiva antropológica: cosmografia, práticas de autoatenção à saúde e políticas públicas na Amazônia” (Scopel et al., 2017).

Doenças Diarreicas entre Indígenas Munduruku

A população total atendida pelo polo base Kwatá é de 2.176 habitantes sendo, 54,2 % homens e 45,8% mulheres. Crianças de 0 a 5 anos correspondem a 15,6%.

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população Munduruku atendida pelo polo base Kwatá em 2015 e 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SIASI, 2017.

No período de 2015 a 2016 foram notificados 1.239 casos de diarreia, sendo 1.221 entre os Munduruku, correspondendo a 21,28% de todos os atendimentos realizados (Tabela 1), e 18 casos de indígenas das etnias Baré, Mura e Sateré-Maue e não indígenas nas aldeias pertencem à TI Kwatá.

Tabela 1 - Casos registrados de doenças diarreicas e outras patologias no polo base Kwatá nos anos de 2015 e 2016.

Doença\Mês	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	ignorados	Total
Diarreia	53	33	58	42	67	105	61	61	50	42	40	57	10	679
Outras doenças	197	232	191	216	190	203	217	228	191	240	187	125		2417
Total	250	265	249	258	257	308	278	289	241	282	227	182		3086
2015														
Diarreia	78	23	45	24	30	46	39	45	36	39	66	81	8	560
Outras doenças	186	137	147	114	168	192	181	194	187	199	193	200		2098
Total	264	160	192	138	198	238	220	239	223	238	259	281		2650
2016														

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SIASI, 2017.

A frequência de atendimento por casos de diarreia concentra-se na faixa etária de 0 a 10 anos. Nos anos analisados, as crianças entre 0-1 ano apresentaram 49 casos (9,24%) e aquelas entre 1-5 anos 308 casos (58,11%). Portanto, mais da metade dos casos de diarreia em crianças estão concentrados nas <5 anos. A média anual de casos na população infantil é de 265, acometendo 38,29% das crianças até 10 anos de idade (Tabela 2). O maior número de registros de casos foi na aldeia de Kwatá.

Tabela 2 - Casos notificados de diarreia em 2015-2016 no DSEI Manaus por faixa etária e mês do ano.

Faixa Etária	Número de casos de diarreia por meses do ano.												Total
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
< 1	2	2	2	2	2	3	3	3	1	1	2	1	24
1 a 4	16	13	26	11	11	20	19	10	12	10	10	9	167
5 a 9	9	5	8	11	10	19	8	8	9	5	8	6	106
10 a 14	3	2	4	3	9	9	0	10	5	4	3	6	58
15 a 19	1	0	4	2	6	4	3	6	1	4	2	8	41
20 a 29	7	4	4	4	14	13	4	6	8	5	3	5	77
30 a 39	8	0	2	3	3	13	8	9	3	4	6	6	65
40 a 49	0	4	0	0	6	10	2	4	4	7	3	6	46
50 a 59	6	0	1	4	3	5	5	1	4	0	0	7	36
60 a 69	0	1	1	0	0	4	2	0	2	1	0	0	11
70 a 79	0	0	4	1	0	2	2	3	0	0	0	0	12
> 80	1	2	2	1	3	3	5	1	1	1	3	3	26
Total	53	33	58	42	67	105	61	61	50	42	40	57	669
2015													
< 1	6	2	1	2	3	1	1	1	1	1	3	3	25
1 a 4	18	8	11	8	8	10	8	13	5	13	16	23	141
5 a 9	10	2	6	0	1	5	9	6	3	4	14	7	67
10 a 14	6	3	8	5	4	9	5	1	8	2	8	6	65
15 a 19	7	0	5	0	3	4	2	4	4	0	2	4	35
20 a 29	6	1	3	2	3	0	4	7	2	2	4	7	41
30 a 39	6	2	3	2	3	6	3	5	3	5	6	13	57
40 a 49	6	2	5	3	2	2	4	1	3	6	7	8	49
50 a 59	4	0	1	2	2	5	2	2	2	0	3	2	25
60 a 69	2	1	1	0	1	3	0	2	0	3	2	4	19
70 a 79	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	6
> 80	7	1	1	0	0	1	1	2	4	2	1	2	22
Total	78	23	45	24	30	46	39	45	36	39	66	81	552
2016													

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do SIASI, 2017.

No ano de 2015 a maior frequência registrada foi no mês de junho (105 casos) e no ano de 2016 no mês de dezembro (81 casos). Em relação ao sexo, ocorreram mais casos em homens (671 casos), enquanto em mulheres foram 550 casos no período estudado (**Tabela 3**).

Não houve registro de óbitos relacionados à diarreia no período analisado. Entretanto, embora o dado esteja fora do período de análise, é importante assinalar que houve um óbito registrado no ano de 2011 na TI Kwatá Laranjal, de uma criança de 7 meses de idade relacionado às doenças diarreicas e notificado com o CID R-89 (Morte sem assistência). A despeito de não haver registros de óbitos por doenças diarreicas entre os Munduruku no período analisado, a diarreia é a segunda principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos no mundo, logo atrás da pneumonia. Aproximadamente, uma em cinco mortes de crianças - cerca de 1,5 milhões por ano - é devida à diarreia, matando mais crianças do que AIDS, malária e sarampo combinados (Caldas *et al*, 2017; UNICEF, 2010).

Observou-se que o atendimento às crianças Munduruku de até 5 anos relacionados à diarreia corresponderam a 29,31% do total de atendimentos realizados pela EMSI no período (em 2015, 28,55% e em 2016, 30,07%). Esses dados estão em confluência com os apresentados no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, que além de demonstrar como a criança indígena está em posição de larga desvantagem quando comparada à criança brasileira não indígena, relata que a prevalência de internações por diarreia chega a 37,2%, ao ano, para mesma faixa etária, e que a incidência semanal chega a 23,6% (Coimbra JR, 2014). Ainda, segundo Garnelo e Pontes (2012), no conjunto de doenças infecciosas e parasitárias, que correspondem a 70% do atendimento ambulatorial, predominam as intercorrências por verminoses (42,7%) e diarreias (28,8%).

Quando analisam outros países da América Latina, constata-se semelhança na frequência de casos de diarreia. Para a Amazônia peruana, há prevalência de 49,3% em crianças menores de 5 anos (Díaz, 2015). Um cenário com taxas maiores é visto nas crianças indígenas da Colômbia, onde a frequência de doença diarreica aguda chega a 69,6% e a prevalência de parasitose intestinal em menores de cinco anos a 78,1%, com 61,0% para menores de um ano e 83,5% para aqueles de um a quatro anos. Outrossim, esse estudo mostrou que a diarreia correspondeu a 23,9% dos atendimentos no polo base Kwatá (Tabela 1), contrastando com 73,7% em Resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colômbia (Restrepo, 2006).

Os episódios repetidos de diarreia colocam as crianças em maior risco nutricional devido à diminuição da ingestão de alimentos à redução da absorção de nutrientes e ao aumento dos requisitos nutricionais durante o episódio impactando a incidência de desnutrição (Cardoso, 2009; Coimbra JR, 2014).

A subnotificação da morbidade, em geral, decorrente da descontinuidade da assistência nas aldeias, também ocasiona uma demora no envio dos dados para as demais instâncias e torna praticamente impossível resgatar essa informação nos períodos de ausência das equipes das áreas indígenas (Lemos et al., 2018; Sousa et al., 2007; Tiago et al., 2017). Segundo Garnelo e Pontes (2012), o atendimento à população aldeada é descontínuo e de baixa qualidade técnica, com elevada rotatividade e falta de profissionais para realizar o atendimento, ao lado da escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Do mesmo modo, também se assinalam a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI e os problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias.

Entre os Munduruku, o cenário inclui a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias (Ahmadpour et al., 2016).

A diarreia é um problema grave de saúde entre os Munduruku do rio Canumã, sendo que 1 em cada 5 atendimentos realizados pela EMSI relacionam-se a esse sintoma/agravo, chegando a aproximadamente 2 em cada 3 atendimentos na faixa etária de 1 a 5 anos de idade. Tal cenário pode levar à banalização das condições sanitárias, sociais e ambientais que contribuem negativamente para a elevada incidência.

Conclui-se que a frequência de atendimentos por diarreia entre os Munduruku é alta em comparação aos não indígenas brasileiros, e seu cenário assemelha-se com a realidade de outras etnias indígenas no Brasil e na América Latina. A extensão da cobertura nas aldeias e a manutenção de uma rede resolutive e culturalmente sensível de atenção à saúde são caminhos insubstituíveis para a promoção da equidade que pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e sanitárias que incidem pesadamente sobre os povos indígenas. Faz-se necessário diminuir a rotatividade e melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e fluxo de informações epidemiológicas. Também é necessário reconhecer e promover ações estruturais de saneamento básico como parte das estratégias de enfrentamento de doenças diarreicas e como forma efetiva de melhorar a qualidade de vida das populações indígenas no Brasil.

Referências

Ahmadpour, B; Neto, D. L; Scopel, D. & Dias-Scopel, R. (2016). Percepção de indígenas Munduruku e Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena sobre a Resolutividade na Atenção à Saúde. **Enfermagem em foco**, v7 p. 71-74.

Brandt, K.G.; De Castro, M.M. & Da Silva, G. A. P. (2015). Acute diarrhea: evidence based management. **Jornal de Pediatria** (Versão em Português), v. 91, n. 6, p. S36-S43.

Breurec, S. **et al.** (2016). Etiology and epidemiology of diarrhea in hospitalized children from low income country: a matched case-control study in Central African Republic. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 10, n. 1, p. e0004283.

Caldas, A.D.R. et al. (2017). Infant mortality according to color or race based on the 2010 Population Census and national health information systems in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n. 7.

Cardoso, A. M. **et al.** (2009). Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas. **Brasília: Fundação Nacional de Saúde.**

Cardoso, M.D. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 860-866.

Coimbra JR, C. E. A; Santos, R.V & Escobar, A.L. (2003). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Coimbra JR, C. E. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 855-859.

Coimbra JR, C. E. A. (2018). Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 1, p. 2s.

Dantas, R.O. (2004). Diarreia e constipação intestinal. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 37, n. 3/4, p. 262-266.

De Moraes Lima, J.A. **et al.** (2018). Água E Doenças Relacionadas À Água Em Comunidades Da Bacia Hidrográfica Do Rio Uraricoera-Terra Indígena Yanomami-Roraima. Hygeia: **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 26.

De Souza, R. (2002). O sistema público de saúde brasileiro. **Ministério da Saúde.**

Dias-Scopel, R.P & Scopel, D. (2018). **¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas**, Brasil. Desacatos. Revista de Ciencias Sociales, n. 58, p. 16-33.

Díaz, A. **et al.** (2015). Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, p. 49-56.

Ferriman, A. (2007). BMJ readers choose the "sanitary revolution" as greatest medical advance since 1840. **BMJ: British Medical Journal**, v. 334, n. 7585, p. 111.

Fewtrell, L. **et al.** (2007). Water, sanitation and hygiene: quantifying the health impact at national and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage. In: **WHO Environmental burden of disease series**. OMS.

Garnelo, L. & Pontes, A.L. (2012). Saúde indígena: uma introdução ao tema. In: **Saúde indígena: uma introdução ao tema**.

Gonçalves, A.L.R. **et al.** (2011). Prevalence of intestinal parasites in preschool children in the region of Uberlândia, State of Minas Gerais, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 2, p. 191-193.

Guarino, A. **et al.** (2008). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: executive summary. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 46, n. 5, p. 619-621.

Guimaraes, R.M. **et al.** (2017). Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-1417.

Haverroth, M. **et al.** (2003). **Infecções intestinais em populações indígenas de Rondônia** (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho). Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia.

Haverroth, M. (2004). **O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari, estado de Rondônia, Brasil. Interfaces entre antropologia e saúde pública**. Tese de Doutorado.

Jamison, D. T. **et al.** (Ed.). (2006). **Disease control priorities in developing countries**. The World Bank.

Kalakheti, B.; Panthee, K. & Jain, K.C. (2017). Risk Factors of Diarrhea in Children Under Five Years in Urban Slums: An Epidemiological Study. **Journal of Lumbini Medical College**, v. 4, n. 2, p. 94-98.

Lemos, P.N. **et al.** (2018). Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4.

Lopez, F. Ancona & Campos Jr., D. (2014). **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. -3ª edição São Paulo.

Lunardi, R.; Santos, R.V. & Coimbra Jr, Carlos E.A. (2007). Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 441-452.

Mendes, E.V. (2010). Health care networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305.

Oliveira, R. C. C. de **et al.** (2012). Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 81-90.

Orellana, J.D.W. **et al.** (2007). Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004.

Pereira, E.R. **et al.** (2014). Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. **RIES**, v. 3, n. 1, p. 144-57.

Pontes, A. L. M.; Rego, S. & Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3199-3210.

Soares, O.E. (2007). Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do Alto Rio Negro. In: **Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do Alto Rio Negro**.

Raupp, L. **et al.** (2017). Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 1-15.

Reiner Jr, Robert C. **et al.** (2018). Variation in Childhood Diarrheal Morbidity and Mortality in Africa, 2000-2015. **New England Journal of Medicine**, v. 379, n. 12, p. 1128-1138.

Restrepo, B.N. **et al.** (2006). Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. **Bio-médica**, v. 26, n. 4, p. 517-27.

Rios, L. **et al.** (2007). Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no Distrito de Iauaretê, Município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 76-86.

Safety, W. P. **et al.** (2010). Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals.

Santos, R. V. **et al.** (2008). Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil.

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 1035-56.

Schramm, J.M.A. **et al.** (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908.

Scopel, D.; Dias-Scopel, R.P. & Diehls, E. (2017). **Vulnerabilidade E Sustentabilidade: Saneamento Em Áreas Indígenas A Partir De Uma Abordagem Interdisciplinar.** In: Anais do Congresso da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. São Paulo.

Scopel, D.; Dias-Scopel, R.P. & Langdon, E.J. (2015). **Intermedialidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 2559-2568.

Scopel, D.; Dias-Scopel, R.P. & Wiik, F.B. (2012). Cosmologia e Intermedialidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 173-190.

Scopel, R.P. (2014). **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

Sousa, M.C.; Scatena, J.H. G. & Santos, R.V. (2007). The Health Information System for Indigenous Peoples in Brazil (SIASI): design, structure, and functioning. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 4, p. 853-861.

Souza, A. C. **et al.** (2016). Perfil Epidemiológico Das Parasitoses Intestinais E Avaliação Dos Fatores De Risco Em Indivíduos Residentes Em Um Assentamento Rural Do Nordeste Brasileiro–DOI: 10.5212/Rev. Conexão. v. 12. i1. 0002. **Revista Conexão UEPG**, v. 12, n. 1, p. 26-37.

Tiago, Z. S. **et al.** (2017). Underreporting of gestational, congenital and acquired syphilis among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 503-512.

UNICEF **et al.** (2010). **Diarrhea: why children are still dying and what can be done.** URL: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf (acessado 20 Maio 2018).

World Health Organization **et al.** (2012). International classification of diseases (ICD). World Health Organization **et al.** (2015). ICD-10 Version: 2016. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (acessado 20 Maio 2018).

O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiras tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM

08

*Júlio Cesar Schweickardt
Cristiane Ferreira da Silva
Jéssica Mariana Gomes Fermin
Andry Tavares Lasmar
Cleonicia Firmino da Silva Melo
Glória Maurício da Silva
Alcindo Antônio Ferla*

A atenção básica em saúde se faz realidade no cotidiano das pessoas e do trabalho. Na Amazônia o trabalho em saúde é realizado em diferentes territórios sócio-culturais, étnicos, políticos, socioambientais e apresentam formatos e modos diferentes de fazer saúde. As comunidades tradicionais são formadas por populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas, pescadores, seringueiros, madeireiros, piaçazeiros (Schweickardt, Sousa, Simões, Freitas & Alves, 2016; Schweickardt et al., 2017). Assim, as políticas de saúde acontecem nos encontros micropolíticos que produzem arranjos e tecnologias do cuidado em saúde. Sobre esses encontros é que queremos falar nesse texto, quando num território indígena a equipe de saúde e as parteiras tradicionais indígenas fazem o cuidado à mulher gestante.

O presente relato tem como objetivo apresentar a experiência de inclusão das parteiras tradicionais no trabalho de acompanhamento das gestantes no território indígena do Polo Base Betânia, no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS, Estado do Amazonas. A região faz parte da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. O DSEI Alto Rio Solimões realiza serviço de assistência à saúde com a segunda maior população indígena do Brasil, contando com uma população de 62.065 indígenas. Há uma grande diversidade étnico-cultural, com 7 etnias:

Ticuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup. A população Ticuna é majoritária, sendo a etnia que mantém a língua indígena em atividade.

O modelo assistencial da saúde indígena tem o foco nas intervenções através de programas estratégicos voltados para a prevenção, promoção e o controle de agravos. A saúde indígena se espelha na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em saúde, seguindo a lógica de programas estratégicos num território adscrito. Para que as ações não sejam meras campanhas de saúde para os índios, foi criada uma estrutura de gestão e de trabalho nas áreas (Pontes, Rego & Garnelo, 2015). As Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) atuam de modo integral no território, formadas pelos seguintes trabalhadores: médicos, que no período entre 2013 a 2018, são quase na totalidade do Programa Mais Médicos e dentre esses a maioria de nacionalidade cubana; enfermeiros e técnico de enfermagem; dentistas e técnicos de saúde bucal; agentes indígenas de saúde indígena - AIS. Em situações específicas, ainda há psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos.

Nos Polos Base as EMSI executam “atividades de atenção básica à saúde, tais como o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária” (Brasil, 2009, p. 34). Por fim, a estrutura é apenas uma tecnologia dura que dá suporte para as ações no território, mas o que é singular nessa experiência é a força da cultura, os modos de vida das populações indígenas e as tecnologias leves que são colocadas no encontro interétnico.

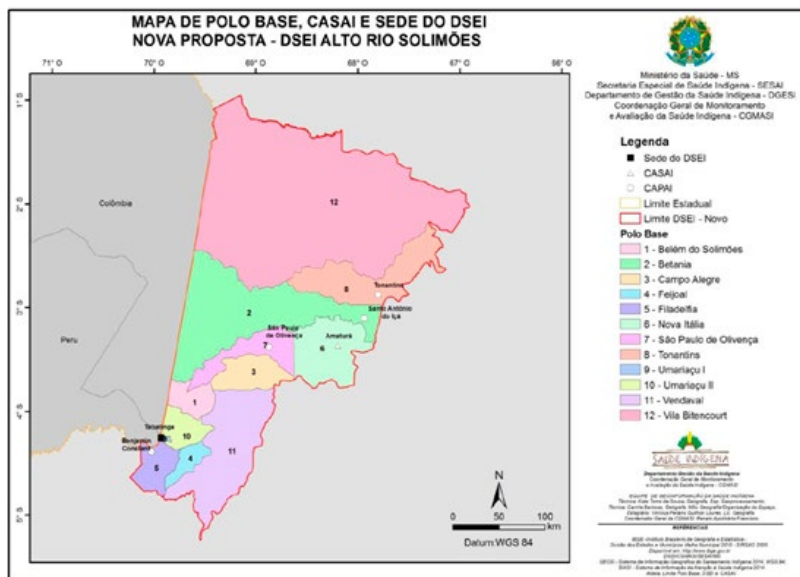
A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) propõe a integração das práticas biomédicas da equipe de saúde com as práticas tradicionais (Ministério da Saúde [MS] & Fundação Nacional de Saúde [FNS], 2002). Portanto, o presente relato de experiência não deveria ser considerado um caso isolado, mas uma prática presente no cotidiano do cuidado em saúde das populações indígenas. No entanto, os estudos antropológicos têm mostrado que a visão dos profissionais de saúde sobre as práticas tradicionais é de caráter caricaturesco e de um distanciamento estratégico (Dias-Scopel & Scopel, 2018; Ferreira, 2015). Por outro lado, a experiência retratada nesse texto procura mostrar que é possível haver um diálogo entre os diferentes saberes, sem fazer a oposição entre saber tradicional e saber oficial (moderno/não-tradicional). Procuramos mostrar que a integração, a relação e o encontro entre os diferentes tipos de saberes criam as condições de possibilidade para a produção de um cuidado inovador e com potência de vida.

Por fim, importante destacar que o texto foi construído de modo colaborativo com a participação de pessoas da gestão, trabalhadores do Polo Base, e principalmente com parteiras que participam da experiência e pesquisador. Temos, assim, um texto do relato experiência em ato e uma escrita interpretativa em processo.

A saúde da mulher indígena

O DSEI tem atuação em sete municípios do Estado do Amazonas, na região do Alto Rio Solimões - ARS, que faz fronteira com os países do Peru e da Colômbia. A sede do DSEI fica em Tabatinga, a 4 dias de viagem de barco de Manaus, 24 horas de lancha rápida, ou duas horas e meia em avião comercial. O DSEI ARS tem uma população de 68.030 indígenas, distribuídas em 233 aldeias (referência de agosto/2018). A estrutura é composta por 13 Polos Base, distribuídos nos municípios de Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Tonantins e Japurá. Complementa a estrutura, a Casa de Saúde Indígena - CASAI e quatro Casas de Apoio à Saúde Indígena - CAPAI (Distrito Especial Saúde Indígena Alto Rio Solimões, 2017).

Figura 1 - Mapa do DSEI ARS e a localização dos Polos Base, CASAI e Sede do DSEI.



Fonte: Cartografia DSEI ARS, 2017

A coordenação técnica da saúde da mulher do DSEI ARS tem o objetivo de “assistir à mulher como um todo, porém tendo o enfoque nas ações do Pré-Natal, ao Parto Natural e Puerpério, Prevenção do Câncer Uterino e da Mama, Prevenção da Mortalidade Materna e fetal e Assistência à Mulher Vítima de Violência” (Distrito Sanitário Especial Indígena ARS, 2016). A área técnica tem desenvolvido, juntamente com LAHPSA - ILMD/Fiocruz Amazonas e SUSAM oficinas de valorização do

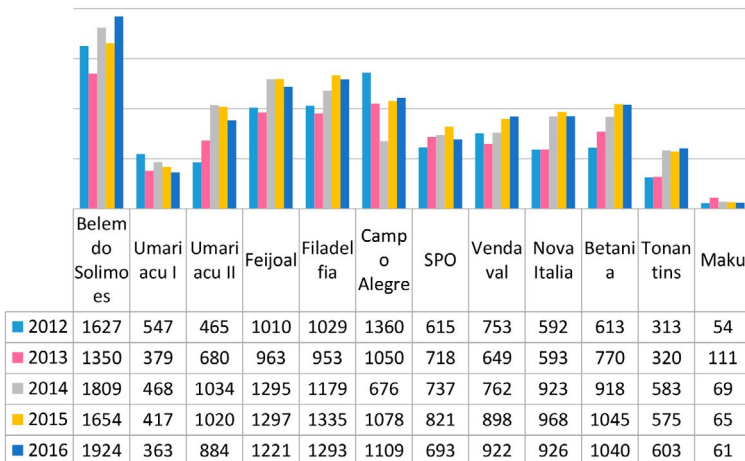
trabalho das parteiras e sua articulação com a equipe multiprofissional.

Em relação ao pré-natal e coordenação da saúde da mulher do DSEI ARS tem como principal estratégia trabalhar com as EMSI a qualidade do pré-natal ofertado às mulheres indígenas, com a incorporação das parteiras tradicionais nas consultas e no acompanhamento das gestantes. Assim, as EMSI são desafiadas a desenvolver ações que auxiliem no resgate, valorização, apoio, qualificação e articulação direcionadas às práticas tradicionais do parto.

Nos Polos Base são ofertados às gestantes, testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C, gota espessa de malária, gota espessa de filariose, teste de identificação de gravidez. As gestantes são encaminhadas aos serviços de referência dos municípios próximos ao Polo Base quando necessitam de exames de laboratório e de imagem. A Maternidade Celina Villacruz Ruiz, localizada em Tabatinga, é a única maternidade, na abrangência de jurisdição do DSEI ARS, referenciada para as situações de urgência e emergências obstétricas das gestantes indígenas.

Segundo o gráfico abaixo, alguns Polos Base tiveram redução do acompanhamento das gestantes, mas o histórico de frequência anual de acompanhamento de pré-natal teve um aumento gradual no DSEI, sendo que em 2012 foi 79,44 % dos acompanhamentos; em 2013 foi de 77,30 %; em 2014 aumentou para 80,51 %; em 2015 foi para 82 %; em 2016 chegou a 87,33% do acompanhamento das gestantes pelas equipes de saúde.

Gráfico 1 - Histórico de frequência: acompanhamento do Pré-Natal 2012 a 2016.

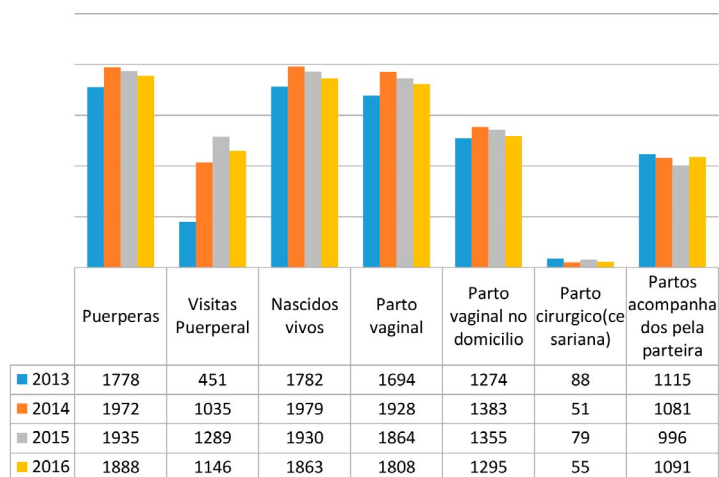


Fonte: DSEI/DIASI/Saúde da Mulher (2016).

O trabalho de parto para a mulher indígena é, muitas das vezes, realizado pelos familiares quando a parteira ou parenta mais velha acompanha e permanece todo o tempo junto da mulher. O esposo sempre está presente e participa do trabalho do parto. Em outras etnias acontece de modo semelhante como descrito por Ferreira (2015) na região do Alto rio Purus, no Estado do Acre; e por Dias-Scopel e Scopel (2018) entre os Mundurucus, no Estado do Amazonas. O cordão umbilical é cortado pela pessoa escolhida como padrinho da criança, utilizando uma tesoura. O cordão é amarrado com tucum ou algodão orgânico, plantado na própria comunidade. Ou seja, o trabalho de parto nas aldeias é realizado, na maioria das vezes, de modo tradicional. Por isso, as equipes de saúde têm como desafio fazer a aproximação com as parteiras tradicionais indígenas (Distrito Sanitário Especial Indígena ARS, 2016).

A EMSI é chamada para auxiliar no parto quando há uma proximidade com a família ou nas situações em que o trabalho de parto não está evoluindo adequadamente, ou quando as parteiras tradicionais pedem auxílio da EMSI. Durante as consultas de pré-natal, a EMSI procura uma aproximação das gestantes, com orientações quanto ao pré-natal, exames, cuidados com o trabalho de parto e recém-nascido.

Gráfico 2 - Histórico de partos DSEI ARS, 2013 a 2016



Fonte: DIASI/Planilhas de Monitoramento da Saúde da Criança (2016).

Em 2016 havia 1888 puérperas, sendo que 1.808 tiveram partos normais, representando 95,76% dos partos, sendo que 1.295 ocorreram no domicílio e destes tivemos 84,24% foram acompanhados pelas parteiras tradicionais. Nesse caso,

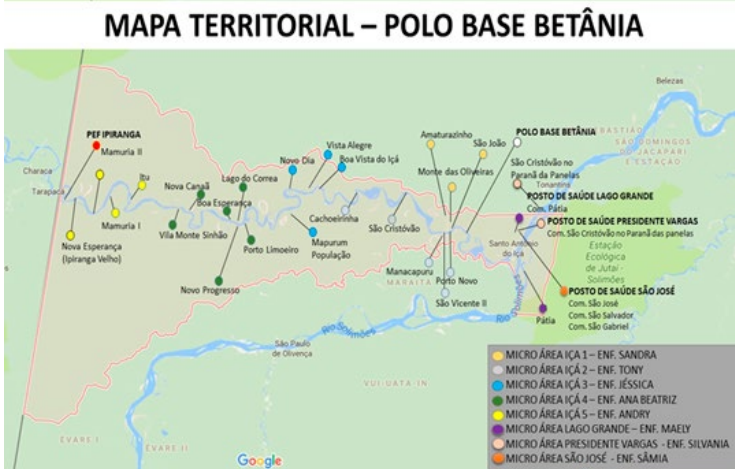
é importante destacar a parceria entre as EMSI e as parteiras no acompanhamento das gestantes. Os partos hospitalares com cesariana não representam um dado relevante. Enquanto que os partos nas residências são realizados, na sua maioria, com a participação das parteiras tradicionais. Em outros grupos indígenas a tendência de partos hospitalares também não é significativa (Dias-Scopel & Scopel, 2018).

No DSEI ARS tem 133 parteiras cadastradas distribuídas nos 13 Polos Base. As EMSI são orientadas para realizar o trabalho integrado com as parteiras, valorizando o seu saber sobre o parto e nascimento. Apesar dessa orientação, ainda persiste a resistência e as tensões que envolvem as diferentes formas de acompanhamento das gestantes. Por isso, apresentamos a experiência do Polo Base Betânia para ilustrar as possibilidades de um trabalho colaborativo, que não está livre de tensões, pois isso é próprio da micropolítica do cuidado em saúde.

O território do cuidado de Betânia

O Polo Base de Betânia está localizado no Município de Santo Antônio do Içá. A sede do Polo, comunidade de Betânia, está localizada nas margens do rio Içá, onde estão distribuídas as 32 aldeias indígenas que possui. A população do Polo é de 8.379 indígenas das etnias Ticuna, Kocama, Kaixana e Cambeba, predominando a etnia Ticuna. A população da aldeia Vila Betânia é de 3.361 indígenas, com 38 gestantes da etnia Ticuna e 104 distribuídas nas demais aldeias do Polo (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena [SIASI], 2018).

Figura 2 – Mapa do território do Polo Base Betânia do DSEI ARS e identificação das aldeias



Fonte: Polo Betânia, DSEI ARS (2017).

As aldeias estão dispersas num território extenso, como mostra a figura acima, sendo necessária uma grande logística para dar suporte ao deslocamento das equipes no território do Polo. O mesmo vale para o deslocamento de usuários que demandam os serviços especializados de saúde ou em situações de urgência e emergência. A distância na saúde indígena na Amazônia se apresenta como um desafio para um cuidado permanente das populações indígenas. Assim, o custo com logística é fundamental nessas áreas de grandes distâncias e dispersão da população. Por exemplo, para a equipe chegar à localidade de Nova Esperança, a mais distante de Betânia, a 285 Km, são necessárias 10 horas de barco, num motor 40 HP.

A Vila Betânia está organizada, para fins de atenção à saúde, em cinco micro-áreas, cada uma de responsabilidade de um Enfermeiro e de um grupo de Agentes Indígena de Saúde - AIS. A UBS foi construída em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Itá e foi inaugurada em janeiro de 2017. A UBS tem o mesmo modelo arquitetônico de outras UBS do país, ou seja, consultório médico; 2 consultórios de outros profissionais; laboratório de análises clínicas; almoxarifado, farmácia, com guichê de dispensação de medicamentos; recepção, onde também se realiza a triagem por um técnico de enfermagem (registro da demanda e medidas antropométricas); ambiente aberto/corredor interno onde também são realizadas medidas antropométricas e sinais vitais; sala de espera, com cadeiras e aparelho de televisão; sala de atividades coletivas e de registro da produção no SIASI; sala de inalação; sala de consultas odontológicas, sala de observação e coleta, sala de esterilização, sala da gerência; sala de expurgo; copa; banheiro. O diferencial é que os usuários falam uma língua que se mantém apesar dos séculos de opressão e trabalho semiescravo no período dos patrões dos seringais e outros tipos de trabalho (Oliveira, 1988). Assim, a língua é tida pelos indígenas como um símbolo e um instrumento de resistência, inclusive das formas de compreender o processo saúde-doença.

As atividades assistenciais realizadas na Unidade Básica de Saúde de Betânia são como as desenvolvidas regularmente na atenção básica: consultas (médicas, enfermagem e dos demais profissionais), dispensação de medicamentos (medicamentos da farmácia básica), observação de curta duração, pequenos procedimentos. O atendimento pelos programas prioritários acontece na semana, além da demanda espontânea marcada por atendimentos médicos. As visitas domiciliares são realizadas pela equipe e com o apoio dos AIS, que serve de intérprete na língua Ticuna. Além disso, a nutricionista e a psicóloga, com apoio da equipe, realizam ações de educação em saúde, orientação nutricional e prevenção de suicídio.

As urgências e emergências são encaminhadas para o Hospital do município de Santo Antônio do Itá. No hospital são realizados serviços de internação, procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais, que ainda conta com uma base

do SAMU. Os partos que representam risco para criança e mulher também são realizados no hospital. O transporte de pacientes funciona em qualquer horário e dia, através de duas lanchas com motor 115HP.

A equipe do Polo Betânia têm 02 médicos do Programa Mais Médicos (Cooperados cubanos), 06 enfermeiros, um dentistas (um indígena formado na Universidade do Estado do Amazonas - UEA), 10 técnicos de enfermagem, 4 técnicos de saúde bucal, 15 agentes indígenas de saúde - AIS, uma nutricionista, uma psicóloga, uma farmacêutica, dois técnicos de laboratório, 2 microscopista, 4 agentes indígenas de endemias, uma assistente social. Além disso, tem 3 motoristas fluviais que trabalham no transporte da equipe e no transporte sanitário.

As parteiras tradicionais indígenas: possibilidades do diálogo intercultural

A sociedade Ticuna está organizada em grupos clânicos que são patrilineares, ou seja, quem dá o nome é o clã do pai. "Segundo a narrativa Ticuna, as nações foram criadas por Yo'i com a finalidade de estabelecer critérios de diferenciação entre os membros do povo Ticuna. Dessa forma se instituiu uma organização social caracterizada pela existência das duas nações ou metades isogâmicas, as quais regulamentam as alianças entre os clãs no interior do grupo, levando assim à "endogamia tribal" (Oliveira, 1998, p. 95). A origem das "nações" está no mito de criação dos Ticuna, quando os irmãos Yoi e Ipi criam os seres humanos e os separam em nações e os ensina a casar entre si (Erthal, 1998). Nessa organização social é possível identificar o pertencimento social de cada indivíduo porque o nome da pessoa está ligado ao clã ou subclã.

A definição do clã é dada no nascimento da criança, quando o padrinho ou a madrinha cortam o cordão umbilical. As crianças nascidas de parto normal na aldeia recebem o nome do clã e, segundo a tradição Ticuna, a placenta é colocada numa cuia e enterrada no pátio da casa, simbolizando que a pessoa é daquele lugar, daquela terra. Nisso, podemos verificar a importância da parteira no nascer, pois é nesse momento que a criança se torna pessoa, alguém do grupo e da comunidade.

O Polo Base Betânia tem 12 parteiras que se autodenominam como parteiras, das quais 05 estão em Vila Betânia. Cabe ressaltar que algumas dessas parteiras participaram da oficina (anexo A) de troca de saberes de parteiras tradicionais,⁹ re-

⁹ As atividades com parteiras tradicionais fazem parte do projeto "Redes Vivas e práticas populares de saúde: Conhecimento tradicional das Parteiras e a rede cegonha no Estado do Amazonas", no período de 2017-2019, coordenado pela Fiocruz Amazonas e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, com apoio financeiro do Ministério da Saúde. O objetivo do projeto é fortalecer a rede das parteiras tradicionais no Estado do Amazonas.

alizadas em Tabatinga-AM nos meses de abril e julho de 2018. Cabe ressaltar que uma parteira de Betânia participou da Mostra de Parteiras Tradicionais do Estado do Amazonas no 13º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado em Manaus, nos dias 30 de maio a 02 de junho de 2018.

O território adscrito no Polo Base tem uma variação cultural muito abrangente, sendo necessário que o profissional de saúde esteja colocando em prática o princípio da equidade. Assim, os profissionais de saúde, em diálogo com as parteiras, elaboraram uma estratégia de integrar as parteiras indígenas no trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI no acompanhamento das gestantes. A proposta é que as gestantes valorizem o acompanhamento do pré-natal, fortalecendo a adesão nas consultas e aumentando a comunicação com as gestantes.

Os acompanhamentos às gestantes seguem um fluxo de atendimento pré-estabelecido em dois dias na semana, com o atendimento diferenciado sem dispersão, que passou a contar com a participação das parteiras tradicionais (anexo A) da comunidade que já tinham sido identificadas como parteiras tanto pela comunidade como pela autoidentificação. As parteiras participam, juntamente com a equipe, da avaliação e da consulta assistencial preconizada à gestante. As parteiras têm um papel importante no momento das orientações, garantindo o seguimento dos cuidados no cotidiano da gestante. A participação das parteiras nas consultas de pré-natal cria um clima favorável, permitindo com que as gestantes se sintam mais confortáveis em manifestar seus anseios e dúvidas. Do mesmo modo, que a equipe de saúde também sente mais segurança com as informações que são trocadas no contexto do cuidado.

Além das consultas ambulatoriais, a gestão do Polo Base estabeleceu algumas rotinas de acompanhamento das consultas realizadas pelas gestantes através de uma planilha do Excel (anexo A) que é tido como um instrumento de acompanhamento e avaliação por parte da EMSI. O objetivo é garantir que todas as gestantes realizem as consultas preconizadas e caso alguma gestante não tenha comparecido para participar do acompanhamento. A EMSI realiza uma busca ativa em domicílio, preferencialmente com o acompanhamento das parteiras, assegurando que esta gestante não fique sem o acompanhamento.

As visitas domiciliares acontecem, nas maiorias das vezes, com a presença do enfermeiro da microárea, agente indígena de saúde - AIS, profissional odontólogo e a parteira que participa do acompanhamento das consultas de pré-natal desta gestante. Nas visitas são realizadas todas as orientações e avaliações físicas, com a preocupação de produzir o cuidado mais próximo da realidade cultural da pessoa.

Durante o processo de cuidado da gestante pela EMSI e a parteira é realizada

a escolha da paciente sobre o melhor local para ganhar seu bebê, podendo ser seu domicílio, a Unidade de Saúde da aldeia ou a rede de referência, respeitando o risco do parto. A participação das parteiras em todo o processo de assistência ao Pré-natal tem aumentado o desejo da parturiente em solicitar a presença da EMSI durante seu parto (anexo A). Assim, diminuiu os casos de complicações durante os partos devido ao desconforto das pacientes com a equipe de saúde. Cabe destacar que o parto indígena não se esgota no ato do parto, mas traz uma concepção cultural mais ampla de cuidado que envolve o antes e o depois do parto.

Em relação ao diálogo intercultural é importante destacar que a presença da parteira estimula um diálogo na língua indígena, ocorrendo um maior entendimento dos processos de cuidado. A parteira não tem somente a função de intérprete das orientações da equipe, mas também produz cuidado quando apresenta os seus conhecimentos sobre o parto e nascimento. Desse modo, a presença da parteira junto à equipe não tem o simples papel de referendar as ações da equipe em aumentar a adesão ao pré-natal, mas também tem o seu discurso e prática empoderada no momento do encontro. Temos aqui uma micropolítica do cuidado em ato, com jogos de poder colocadas no momento do encontro, produzindo movimentos de tensões e de diálogos que estão a serviço da vida.

Seguindo com o desafio do cuidado intercultural..

A integração do trabalho das parteiras nas ações de saúde no acompanhamento às gestantes tem beneficiado tanto à equipe como as parteiras, pois ambos estão colocando em contato os seus saberes que precisou ser negociado, deixando aberto para as possibilidades de trocas. Na visão da equipe houve uma melhora no processo de adesão ao Pré-natal e de monitoramento de possíveis riscos presentes no parto. Enquanto que na visão da parteira, é um acontecimento que cria espaços de diálogo e de reconhecimento de seu saber que, em outros momentos, poderia ser entendido como um problema para o “bom” trabalho da equipe.

Outro aspecto importante que a experiência nos traz é que não podemos analisar a relação do trabalho da equipe com o trabalho da parteira tradicional em oposição ou numa hierarquização dos saberes. Nesse caso, o encontro possibilita o diálogo entre duas práticas do cuidado diferentes, com construções epistemológicas distintas, que não se constroem na oposição, mas que colocam as diferenças em evidência.

O relato da experiência nos traz alguns desafios para continuarmos o diálogo intercultural: compreender o significado do corpo e do parto para a população Ticuna; estudar as concepções cosmológicas e culturais associados ao nascimento, como, por exemplo, dar o nome e o pertencimento ao clã; ampliar o

diálogo sobre as plantas medicinais utilizadas pelas parteiras durante a gestação e no parto, pois essas são utilizadas e reconhecidas como eficazes no cotidiano das mulheres indígenas. O aprendizado com as parteiras é fundamental para a consolidação do encontro no cuidado. Temos o desafio de buscarmos uma relação mais simétrica entre os diferentes saberes, num exercício micropolítico da gestão do cuidado. Por fim, entendemos que a construção desse texto já representou uma importante reflexão sobre a experiência e as práticas do cuidado realizadas nesse território indígena na Amazônia.

Referências

Dias-Scopel, R.; Scopel, D. (2018) ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. **Desacatos**, (58):16-33.

Distrito Especial Saúde Indígena Alto Rio Solimões. (2017). **Cartografia DSEI ARS**. Tabatinga.

Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões. **Relatório do Programa Saúde da Mulher Indígena. (2016)**. Distrito Sanitário Especial Indígena ARS. Tabatinga.

Erthal, R.M.C. (1998). **O suicídio Ticuna no Alto Solimões/AM**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon, E.J.; Cardoso, M.D. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC.

Ministério da Saúde & Fundação Nacional de Saúde. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2**. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Oliveira. J. P. (1988). **"O nosso governo": os Ticuna e o regime tutelar**. São Paulo: Marco Zero: MCT.

Pontes, A.L.M., Rego, S.; Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20 (10):3199-3210.

Schweickardt, J. C.; Sousa R. T. L.; Simões, A. L.; Freitas, C.M., Alves, V. P. (2016). **Território na atenção básica: Abordagem da Amazônia equidistante**. In: Ceccim, R.B; et al. (orgs). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos

em rede. Porto Alegre: Rede Unida.

Schweickardt, J.C; et al. (2017). Relatório de Pesquisa. **A produção do trabalho e o Programa “Mais Médicos” no Estado do Amazonas**. Manaus: Fapeam/Fiocruz Amazonas.

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena [SIASI]. (2018). **Ministério da Saúde**.

Avaliação de eficiência da Atenção Primária em Saúde em um município amazônico

09

*Luana Santiago da Silva
Camila Dias da Silva
Kamila Vieira Silva*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o principal modelo assistencial seja representado pela Atenção Primária à Saúde (APS), sendo este o mais eficaz e eficiente para otimizar os gastos na gestão e melhorar os indicadores de saúde da população (Ferreira *et al.*, 2014). Neste contexto, é necessário acompanhar os indicadores e com isso avaliar o sistema de saúde. Uma ferramenta importante de avaliação foi a criação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS), um conjunto de indicadores simples e compostos que visam a aferição do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de suas diretrizes, em relação à universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços. Avalia conjuntamente atenção básica e especializada, além de atendimentos encaminhados para outros municípios, o que também faz parte da avaliação de acesso e resultados segundo as melhores respostas esperadas. Sua atuação engloba práticas de avaliação e monitoramento, que visam identificar problemas a serem corrigidos por parcerias entre as gestões federais, estaduais e municipais (Brasil, 2014).

Os dados obtidos pelo IDSUS não são por meio de consulta popular direta, mas pelo fornecimento de dados alimentados por outros bancos como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (Brasil, 2014). O IDSUS é formado por 24 indicadores que quantificam a qualidade do serviço, destes 5 avaliam especialmente a efetividade da atenção primária: (1) Internações por condições sensíveis a atenção primária; (2) Taxa de Incidência de Sífilis Congênita; (3) Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera; (4) Proporção de Cura de Casos de Hanseníase; (5) Cobertura Vacinal pela Vacina Tetravalente (Brasil, 2015).

As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) compõem um indicador criado em 1989, tendo origem norte americana e sendo anteriormente conhecido como Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC), seu objetivo era descobrir os grupos populacionais que não tinham acesso a atenção ambulatorial e compreender seu impacto econômico sobre o sistema de saúde. Este indicador foi empregado posteriormente pela Espanha, país que utiliza um sistema de saúde universal amparado pela APS (Nedel *et al.* 2010). No Brasil, tal indicador é constituído por uma lista de Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) implementada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008. As ICSAP representam um grupo de 19 doenças, organizadas em causas de internações hospitalares que poderiam ser resolvidas na atenção básica. É válido ressaltar, que para a elaboração da lista, houve diversos estudos conduzidos pelo MS em concordância com pesquisadores da atenção primária (AP), gestores de saúde, membros da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, sendo também usado consulta pública, para haver total participação social na confecção desta (Ferreira *et al.*, 2014).

Alguns preceitos foram respeitados para esta confecção: os grupos de causas analisados não poderiam ser raros, as doenças deveriam ser de fácil diagnóstico, ter fundamentos científicos relacionados à APS e que esse nível de atenção tivesse meios de resolver a condição ou prevenir os fatores que resultariam em internação hospitalar (Alfradique *et al.*, 2009). Assim, o ICSAP avalia as internações em hospitais e informa quais são sensíveis a atenção primária (AP), ou seja, que deveriam ter sua resolutividade assegurada por ela, revelando as morbidades que a APS poderia evitar o agravo e, portanto, sua hospitalização. Com este indicador é possível avaliar o acesso a cobertura, a qualidade e o desempenho do nível primário de saúde, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na atenção primária, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado (Ferreira *et al.*, 2014).

De acordo com Facchine *et al.* (2008), os estudos de eficiência buscam avaliar o impacto ligado às mudanças produzidas por uma intervenção num contexto da vida real. Em resumo, a efetividade é usada para avaliar o cumprimento de objetivos, metas e funções dos programas institucionais da Atenção Básica à Saúde. Por isso, se apresenta como uma ótima ferramenta para mensurar os benefícios e falhas da cobertura do Estratégia de Saúde da Família em uma determinada região. Para Vasconcelos *et al.* (2018), o conceito de efetividade na saúde coletiva se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser pautada em bases fortalecidas e efetivas, pois é responsável pela resolução de 85% das demandas em saúde da população, sendo, portanto, o setor que necessita de maiores investimentos e constantes estudos (Brasil. 2007, p.04). Na região amazônica, poucos estudos sobre este nível de atenção vêm sendo realizados, por isso, a justificativa para elaboração desta pesquisa

são: a necessidade de diferentes formas de avaliar a APS e carência de estudos sobre esta temática na Região Norte do país. Esta pesquisa optou por utilizar o indicador ICSAP, buscando dados de atendimentos realizados pelo Hospital Municipal de Santarém (HMS), permitindo realizar um comparativo com a literatura nacional para identificar fragilidades na APS municipal e fornecer mecanismos para fortalecê-la.

O objetivo geral do estudo foi analisar a eficiência da Atenção Primária à Saúde no município de Santarém/PA por meio do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” (ICSAP). Os objetivos específicos foram: (1) Avaliar a resolutividade do sistema público de saúde por meio da identificação das internações por condições sensíveis à atenção primária cadastradas no banco de dados do HMS, comparando com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS); (2) Correlacionar os padrões e valores percentuais de referência para ICSAP nacionais com os dados municipais; (3) Discutir as fragilidades da APS no município através do indicador ICSAP municipal, com foco no aprimoramento da infraestrutura e do sistema já atuante.

A pesquisa teve caráter transversal analítico, foi realizada no Hospital Municipal de Santarém (HMS), com coleta no banco de dados deste hospital, dentro de um ano, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 2016. O presente trabalho foi realizado no HMS, localizado na cidade de Santarém, sendo o principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural do oeste do Estado do Pará. Este município localiza-se na margem direita do Rio Tapajós, distando aproximadamente 1.609 Km da capital Belém. Santarém pertence à 9ª regional de saúde Mesorregião do Baixo Amazonas e possui uma boa infraestrutura econômica e social. A produção ocorreu no primeiro semestre de 2018. Para compor a amostra foram selecionados pacientes atendidos e cadastrados em banco de dados do HMS, no período de janeiro a dezembro de 2016. As palavras chaves utilizadas foram: Atenção Primária, Condições Sensíveis à Atenção Primária, Hospitalização e Serviços de saúde comunitária.

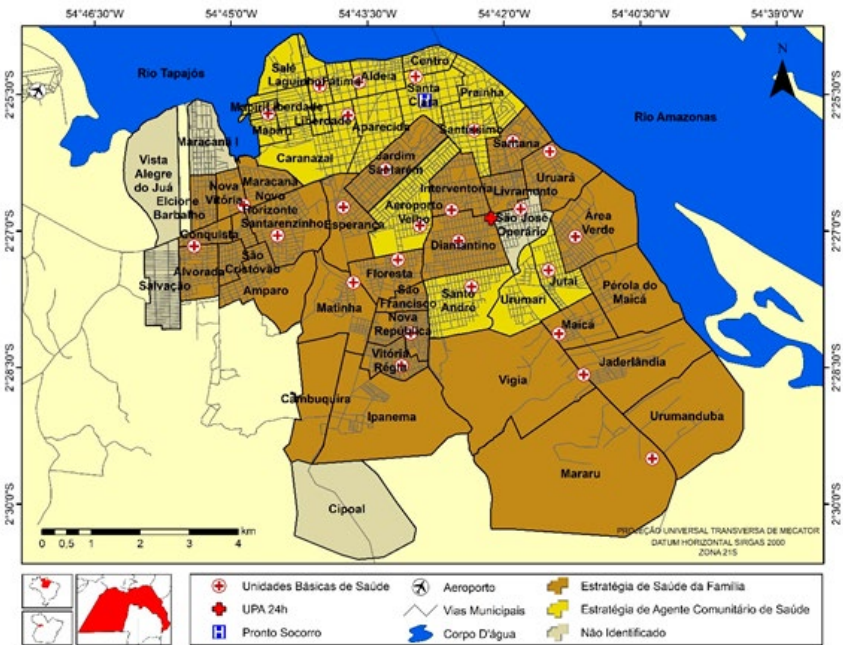
Foram estabelecidos como critérios de inclusão nessa pesquisa dados de pacientes admitidos dentro do período de janeiro a dezembro de 2016, com doenças referidas pelo ICSAP ou pelo diagnóstico escrito claramente em banco de dados, enquadrados na tabela padrão, de qualquer idade, gestantes em trabalho de parto ou não. Além disso, foram excluídos da pesquisa dados de pacientes cadastrados fora do período de coleta da proposta, dados de pacientes com diagnósticos inconclusivos durante a coleta e dados de pacientes oriundos de outros municípios.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento padronizado, que incluiu informações referentes ao número do prontuário dos pacientes, sexo, idade, procedência e diagnóstico de acordo com o ICSAP ou referido claramente no banco de dados e que estivessem dentro da lista padrão da pesquisa, que é a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/

SAS nº 221, de 17 de abril de 2008. O instrumento de coleta utilizado não necessitou ser submetido à pré-teste e estudo piloto, uma vez que foi adaptado e validado em estudo prévio aprovado por CEP local, este trabalho não necessitou de termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que apenas utilizou informações do banco de dados do HMS, constando apenas o termo de compromisso de utilização de dados.

Foi confeccionado um mapa na escala de 1:60.000 utilizando uma base de dados georreferenciados em ambiente SIG (Sistema de informação Geográfica) com auxílio do software ArcGIS (versão 10.4) e adotou-se como padrão de sistema de coordenadas a projeção UTM (Universal Transversa de Mercator) e o Datum horizontal SIRGAS 2000 zona 21 S (**Figura 1**).

Figura 1 - Mapa referente área urbana do município de Santarém destacando os bairros com unidades básicas de saúde, bem como a presença da Estratégia Saúde da Família (ESF) e atuação de agente comunitário de saúde (ACS).



Fonte: (IBGE, 2013)

A metodologia empregada neste trabalho utilizou como base o banco de dados do HMS, sendo a correlação de seus dados com a população atendida pelo serviço de atenção básica do município, realizada por meio do cálculo fornecido pela base de dados do governo intitulada Índice de Desempenho do Sistema Úni-

co de Saúde (IDSUS), definida pelo “percentual de internações clínicas sensíveis à atenção primária, de residentes em um determinado município no período considerado. Este cálculo pressupõe, que naturalmente são necessárias uma série de internações em uma localidade, havendo dentro desse grupo um subconjunto de causas que deveriam ser efetivamente resolvidas na atenção básica, sendo o resultado encontrado, um meio de criar políticas públicas visando a melhoria desse serviço” (Brasil, 2013). Os dados foram tabulados e analisados através de análise estatística descritiva, com auxílio do pacote estatístico Excel (versão 2013). Além disso, foi confeccionado um mapa para melhor ilustração quanto a presença do ESF nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros estudados no município de Santarém-PA.

No que tange aos aspectos éticos relacionados a pesquisa é importante salientar que todas as informações obtidas foram utilizadas somente na composição deste trabalho e nenhuma informação que possa levar à identificação de qualquer dos participantes do estudo foram ou serão divulgadas, garantindo assim o sigilo e a privacidade dos mesmos.

Resultados e Discussão

No Hospital Municipal de Santarém/PA (HMS) ocorreram 15.960 internações durante o período de janeiro a dezembro de 2016, destas 16,6% (2.650) corresponderam a Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), sendo 90,82 internações absolutas por condições sensíveis para cada 10.000 habitantes. No ano de 2011, de acordo com BRASIL (2013), o município de Santarém contava com 28% de internações relacionadas a Atenção Primária (AP) e apenas 32,79% de cobertura do Estratégia de Saúde da Família (ESF), esta redução de 40,7% no ICSAP pode ser reflexo do fortalecimento da Atenção Básica (AB) visto que nesse mesmo período ocorreu expansão da cobertura do ESF em Santarém, passando para 49,5% em 2016, como pode ser evidenciado na tabela 1 e figura 2. Além disso, a implementação do Programa Mais Médicos (PMM) e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), durante o ano de 2013, ajudaram a fortalecer a AB, podendo ter contribuído para a redução do indicador (Brasil, 2011).

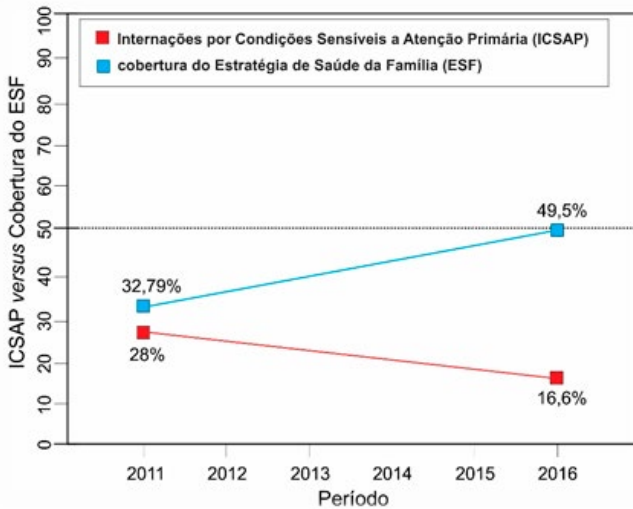
Tabela 1 - O indicador ICSAP e a Cobertura do ESF nos anos de 2011 e 2016, no município de Santarém - Pará

	2011	2016
ICSAP	28%	16,6%
Cobertura do ESF	32,79%	40,7%

Fonte: Dados da pesquisa e BRASIL (2011)

A implantação do PMM no Brasil teve impacto importante na diminuição do ICSAP, como mostra a maioria dos estudos analisados na revisão de Nedel et al. (2017), principalmente nas populações de maior vulnerabilidade social, proporcionando maior equidade. De acordo com os autores, essas internações já vinham em decréscimo antes da instalação do programa, contudo teve maior destaque após o processo, apresentando redução mais expressiva na Região Norte (21%) e Centro-Oeste (19%) e nos municípios entre 100 mil e 200 mil habitantes. Nos estados nordestinos, relaciona-se a diminuição no ICSAP ao recrudescimento do PMM, uma vez que ao longo de 3 anos constatou-se uma redução de 35% em internações por motivo de gastroenterite infecciosa e suas complicações, que era a principal morbidade desse indicador na região (Gonçalves et al. 2016).

Figura 2: Relação entre o ICSAP e a cobertura do ESF em 2011 e 2016, no município de Santarém - Pará.



Fonte: Dados da pesquisa e BRASIL (2011)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), foi adotada pelo Ministério da Saúde para expandir a APS no Brasil, desejando consolidar assistência eficiente aos problemas de saúde dos usuários do SUS, reduzindo as hospitalizações desnecessárias (Brasil, 2011). De acordo com Brasil (2016), a ESF cobre 49,5% da população geral do município de Santarém, o que pode explicar os achados satisfatórios, como evidência a Figura 2. Esse fato corrobora com Mendonça et al. (2012) que atribuíram a redução de 18% do ICSAP na capital Belo Horizonte aos 4 anos de larga cobertura de ESF na cidade, sendo mais expressivo nas comunidades de maior vulnerabilidade social.

No estudo de Junior et al. (2018), também encontraram dados semelhantes quando analisaram que a redução de 38% do ICSAP acompanhou a consolidação do ESF, ao longo de 12 anos, em menores de um ano de idade nos municípios baianos. Além dele, Pazó et al. (2017), encontraram redução de ICSAP de 28,79 % entre os anos de 2000 e 2014 na medida em que o ESF se consolidava no estado do Espírito Santo, atualmente apresentando cobertura de 70% na maioria dos seus municípios.

De acordo com Rasella et al. (2010), a cobertura do ESF foi estratificada da seguinte forma: (1) ausente: cobertura igual a 0%, (sem implantação da ESF); (2) incipiente: cobertura populacional menor que 30% e diferente de zero; (3) intermediário: cobertura populacional maior ou igual a 30% e menor que 70% ou maior ou igual a 70% com menos de quatro anos de implantação da ESF; e, (4) consolidado: cobertura populacional maior ou igual a 70% e com pelo menos, quatro anos de implantação da ESF. A cidade Santarém, portanto, estaria com cobertura intermediária refletindo os satisfatórios resultados do estudo, contudo ainda longe do padrão consolidado. Entretanto, outro estudo revelou que o sudeste do país tem baixos valores de hospitalizações sensíveis a AP, contudo é a região que possui a menor proporção de domicílios cadastrados no ESF, sendo a única do país com menos da metade da população cadastrada, concluindo que o ICSAP sofre influência da localização geográfica, urbanização das cidades, meios de transporte e percepção do paciente sobre a própria doença (Magalhães et al., 2017). Para Pazó et al. (2017), observaram que o indicador pode sofrer interferência de fatores como maior proporção de médicos por habitante e maior percentual de população com ensino médio, levando a sua redução. Em contrapartida, de acordo com Souza et al. (2011) a maior disponibilidade de leitos hospitalares ociosos pode levar a maiores internações evitáveis, principalmente em pequenas localidades.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico de ICSAP de pacientes atendidos no Hospital Municipal de Santarém-PA, ano 2016.

	N° de pacientes	Feminino	Masculino	Idade Média (em anos)
Pneumonia/ Asma	695	294	401	30,57
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	636	545	91	24
Doenças cerebrovasculares	410	178	232	86,38
Infecção do rim e trato urinário	280	165	115	27,5
Insuficiência Cardíaca	239	110	129	62,8
Úlcera Gastrointestinal	154	66	88	43
Anemia	64	33	31	40,01
Gastrenterites infecciosas e complicações	8	4	4	29,12
Deficiências Nutricionais	5	3	2	12,6

Diabetes mellitus	45	22	23	51,64
Hipertensão	14	7	7	50,5
Angina	19	5	14	59,31
Doenças das vias aéreas inferiores	8	5	3	14
Epilepsias	73	36	37	21,83
Total	2650	1473	1177	39,52

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 2 expõe 2650 causas de ICSAP, destas, 55,58% (n = 1473) referentes às internações no sexo feminino e 44,42% (n = 1177) de ocorrências no sexo masculino. A idade média de internações por CSAP foi de 39,52 anos, sendo a idade média mais elevada correspondente aos quadros de doenças cerebrovasculares (86,38 anos) e a idade média mais baixa (12,6 anos), referente às deficiências nutricionais.

Homar *et al.* (2001), ao discorrerem sobre o perfil epidemiológico da Catalunha, chegou ao percentual de 13% de ICSAP, registrados no total de internações. Destas, as hospitalizações devido a problemas em vias respiratórias seriam a primeira causa, sendo o diagnóstico mais frequente em todas as faixas etárias, seguidas por patologias do trato urinário. Entre as crianças, o grupo mais frequente seria composto por infecções de vias aéreas superiores, doenças febris e gastroenterites.

Pitilin *et al.* (2015), em sua pesquisa, constataram um percentual de internações por condições sensíveis de 49,42%, destas, 19,35% seriam de mulheres e os demais seriam de homens. Os autores destacam que, possivelmente pela tendência feminina ao maior autocuidado, e o elevado percentual de ICSAP da pesquisa, questões tanto sociais, quanto emocionais, assim como as relacionadas à escolaridade, poderiam ter forte relação com esse índice, uma vez que um vínculo frágil à ESF poderia ser determinante.

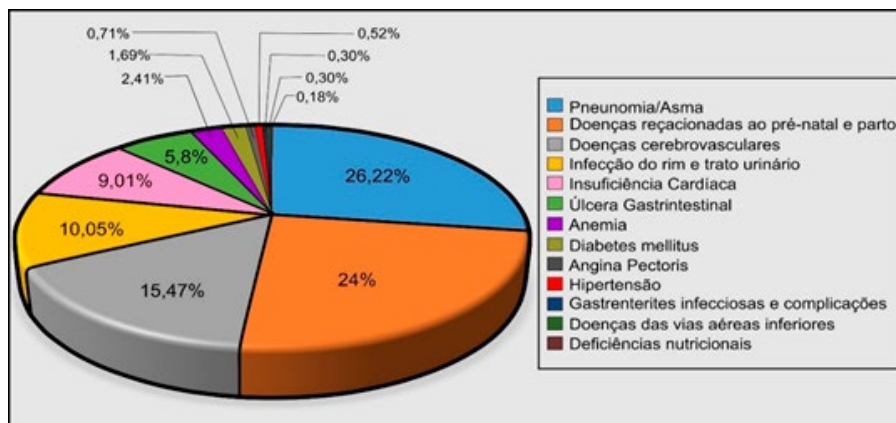
Sousa *et al.* (2016), ao avaliarem internações ocorridas no hospital regional de Ceilândia no Distrito Federal, no período entre 2008 e 2012, observaram 15,9% de internações por CSAP, destas, 55,5% seriam ligadas ao sexo feminino e os demais 44,6% ao sexo masculino. Entre as mulheres, as doenças mais frequentes foram doenças cerebrovasculares (17,4%), doenças pulmonares (12%) e infecção no rim e trato urinário (11,1%). Entre os homens, o perfil gerado foi semelhante, com predomínio de doenças cerebrovasculares (20,2%), doenças pulmonares (12,4%) e pneumonias bacterianas (8,9%).

A presente pesquisa evidenciou prevalência de doenças respiratórias em adultos jovens (30,57 anos), tendo como quadros mais comuns entre crianças e adolescentes, deficiências nutricionais e de vias aéreas inferiores. A pesquisa de

Homar et al. (2001) demonstrou que as doenças respiratórias são as mais frequentes não somente em crianças, assim como em todas as demais faixas de idade.

Em relação ao sexo, foram evidenciados mais casos de ICSAP entre o sexo feminino e entre elas, prevalência de doenças relacionadas ao pré-natal e parto, já entre os homens, as patologias mais frequentes foram pneumonia e asma. Pitilín et al. (2015) evidenciaram maior prevalência de ICSAP entre homens, por fim, Sousa et al. (2016), além de observarem maior prevalência entre o sexo feminino, também observaram maior prevalência de doenças cerebrovasculares tanto em homens quanto em mulheres, possibilitando certa divergência entre a população do presente estudo e a avaliada por eles.

Figura 3 - Principais causas de ICSAP em pacientes atendidos no Hospital Municipal de Santarém-PA, ano 2016.



Fonte: Dados da pesquisa

As cinco principais internações por condições sensíveis à atenção primária observadas no HMS foram: pneumonia/asma (26,22%), doenças relacionadas ao pré-natal e parto (24%), doenças cerebrovasculares (15,47%), infecção do rim e trato urinário (10,05%) e insuficiência cardíaca (9,01%). As demais condições registradas no banco de dados do hospital foram: úlcera gastrointestinal, anemia, gastroenterite infecciosa e complicações, deficiências nutricionais, diabetes mellitus, hipertensão, angina, doenças das vias aéreas inferiores, epilepsias, que corresponderam aos demais 30,27% (**Figura 3**).

Pereira et al. (2015) trazem o perfil estimado para as regiões Sul e Sudeste do país em que houve destaque do ICSAP por doenças como pneumonia, doenças

cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. No Norte, o perfil da região obteve predomínio, também em primeiro lugar, das internações por pneumonia, seguida por gastroenterites e infecções urinárias. Em relação ao município de Santarém, caracteriza-se um perfil semelhante, com algumas especificidades, uma vez que, além do predomínio das internações por pneumonia e asma, destacam-se também as intercorrências do pré-natal e parto além das doenças cerebrovasculares.

Em outro estudo (Lima *et al.*, 2017) os grupos de doenças respiratórias como pneumonia, também, ocuparam primeiro lugar nas internações sensíveis aos cuidados básicos. É possível levantar hipóteses de o porquê desses grupos serem de difícil controle na atenção primária. De acordo com a pesquisa de Frauches *et al.* (2017) as doenças respiratórias representaram a maior causa de atendimento na AP na população atribuindo o risco a poluentes atmosféricos, como dejetos veiculares e o agravamento dos quadros respiratórios a baixa escolaridade materna, aglomeração familiar, condições precárias de moradia e tabagismo materno. Neste estudo, asma e pneumonia foram contadas juntamente, pois o banco de dados do HMS as coloca em único grupo, não sendo possível sua contabilidade isolada.

Na região Centro-Oeste do Brasil, Sousa *et al.* (2016) encontraram perfil semelhante ao estudar o Hospital Regional de Ceilândia (DF), sendo as quatro condições sensíveis à atenção primária mais frequente: angina, doenças pulmonares, asma e doenças cerebrovasculares. Em comparativo com o estudo de Santarém, as doenças de maior destaque em ambas as pesquisas são infecciosas e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), à exceção de doenças do parto e puerpério, isto se deve a transição epidemiológica brasileira caracterizada pela constância das doenças infecciosas e crescimento de DCNT (Pereira *et al.*, 2015).

O segundo lugar de ICSAP neste estudo correspondeu as doenças relacionadas ao pré-natal e parto (24%), colocando um alerta para importância do pré-natal adequado, além de programas como o Rede Cegonha que englobam não somente as fases da gravidez, mas momentos desde a idealização da concepção até o pós-parto (Brasil, 2013). Logo, a expressividade de achados ligados às intercorrências do parto, demonstra a necessidade em fortalecer a atenção primária a saúde, ampliando o acesso e assistência adequada ao pré-natal de qualidade da população local. Segundo Pereira *et al.* (2015), esses achados locais reforçariam o critério direcionador de programas e ações para as diversas regiões do país.

Segundo Pitolin *et al.* (2015), um estudo sobre ICSAP na população feminina, o grupo de doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério foi também o segundo mais frequente, tendo destaque as infecções do trato geniturinário (ITU) na gravidez. Neste estudo, ser gestante conferiu à mulher duas vezes mais chance de ser internada por uma condição sensível à atenção primária. Em outro estudo, acerca do ICSAP

na população de gestantes, excluindo pacientes em trabalho de parto, Pitilin et al. (2017) demonstraram que 70,9% das internações em gravidas eram sensíveis aos cuidados do nível primário, sendo ITU no 2º e 3º trimestres a causa mais frequente. Além disso, o autor encontrou outras variáveis negativas como: registro incompleto no cartão do pré-natal, início tardio da assistência pré-natal (a partir do 2º trimestre), número insuficiente de consultas, consulta clínica inadequada e percepção negativa da ESF, fatores que, provavelmente, determinaram a internação evitável da gestante.

Boing et al. (2012), realizaram avaliação longitudinal sobre a evolução das IC-SAP durante o período de 1998 a 2009, no qual a maioria das taxas se mantiveram estáveis ou reduziram ao longo dos anos, com exceção da angina e da infecção no rim e trato urinário, que cresceram durante esse período analisado no Brasil. Esse perfil tem certa semelhança com o município de Santarém, uma vez que, mesmo tendo poucos casos de ICSAP por angina, a infecção do rim e trato urinário tiveram um comportamento expressivo com o quarto lugar entre os casos registrados no HMS no período da pesquisa.

No banco de dados analisado, não foram registrados casos de internações pelos grupos de doenças preveníveis por condições imunizáveis, outras doenças pulmonares, infecções de ouvido, nariz e garganta, infecção de pele e tecido subcutâneo e doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos. Uma análise positiva da ausência desses achados pode ser referida como um bom funcionamento do Plano Nacional De Imunizações (PNI), como afirmaram Alfradique et al. (2009). No entanto, também levanta a hipótese de possível subnotificação destas doenças, que poderiam estar chegando ao sistema secundário e terciário como complicações, perdendo sua característica de condição sensível. Um estudo conduzido na Bahia por Junior et al. (2018) correlaciona a diminuição do ICSAP em menores de um ano com o fato de este grupo etário ser alvo de maiores investimentos em saúde e políticas públicas voltadas para a prevenção de morbidade infantil, sendo exemplo a melhoria do PNI.

Tabela 3 - Condições Sensíveis à Atenção Primária e suas porcentagens em relação ao total de internações no ano de 2016.

CSAP	CID	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	Porcentagem em relação ao total de internações por condições sensíveis a atenção primária	Porcentagem em relação ao total de internações
Doenças cerebrovasculares	I63 - I67, I69 e G45 - G48	410	15,47	2,58
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50 e P35.0	836	24	3,98
Úlceras Gastrointestinal	K25 - K28, K92.0, K92.1 e K92.2	154	5,8	0,96
Epilepsias	G40 - G41	73	2,75	0,45

Infecção do rim e trato urinário	N10 -N12, N30, N34 E N39.0	280	10,5	1,75
Insuficiência Cardíaca	I50 e J81	239	9,01	1,49
Anemia	D60	64	2,41	0,4
Gastrenterites infecciosas e complicações	E88 e A00 - A09	8	0,3	0,05
Deficiências Nutricionais	E40 - E49 e E50 - E64	5	0,18	0,031
Diabetes mellitus	E10 - E14	45	1,69	0,28
Hipertensão	I10 - I11	14	0,52	0,087
Angina Pectoris	I20	19	0,71	0,11
Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40 - J44 e J47	8	0,3	0,05
Pneumonia/ Asma	J13 - J14, J15.3 - J15.4, J15.8 - J15.9 e J18.1; J45 - J46	695	26,22	4,35
Total de internações por condições sensíveis à atenção primária	-	2650	100	16,6
Total de internações	-	15960	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 3, traz de forma detalhada os principais dados gerados sobre as condições sensíveis levantados pela pesquisa, nela além dos valores absolutos absorvidos pelo HMS, uma das informações mais relevantes é evidenciada pelo percentual de internações sensíveis em relação ao total de internações hospitalares dentro do ano de 2016. O percentual de 16,6%, foi similar a diversos outros estudos relacionados a ICSAP, Melo et al. (2014) encontraram também 16% do indicador no hospital de Guarulhos - SP entre os anos de 1998 e 2012. No Distrito Federal, Sousa et al. (2016) obtiveram 15,9% de hospitalizações sensíveis a AP no período de 2008 até 2012. Entre os anos de 1998 e 2012, Costa et al. (2017) encontraram 17,3% de internações relacionadas a AP no Hospital de Pelotas - RS.

Os resultados percentuais encontrados neste estudo foram similares ao de outras pesquisas em grupos específicos, a exemplo Pitilin et al. (2015) que constataram 19,35% de hospitalizações sensíveis a AP na população feminina no hospital do Paraná no ano de 2013. De forma geral, o valor do ICSAP deste estudo é considerado satisfatório, no entanto, é relevante alçar hipóteses quanto a veracidade do banco de dados do hospital e sobre acessibilidade à atenção primária por alguns grupos ou comunidades. Essa possibilidade é reforçada por Alfradique et al. (2009) que ressaltam o fato da alimentação dos bancos de dados hospitalares dependerem de documentos como autorizações de internação hospitalar, o que confere à utilização

desses bancos maior avaliação racional, requerendo uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados.

Tabela 4 – Distribuição de UBSs e seus respectivos bairros de cobertura relacionados às internações por CSAP no município de Santarém-PA, ano 2016.

	Tipo de estratégia usada pela unidade de básica de saúde	Bairro(s) que engloba	Número da população que engloba	Número de internações por CSAPs	Percentual de internação por CSAP/ Número da população que engloba (%)
UBS Aeroporto Velho	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Aeroporto Velho	8267	93	1,12
UBS Área Verde	Estratégia de Saúde da família	Área Verde	5820	29	0,5
UBS Aparecida/ Caranazal	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Aparecida e Caranazal	19287	98	0,5
UBS Conquista	Estratégia de Saúde da família	Amparo, Alvorada, Conquista, Novo Horizonte, São Cristóvão	13411	99	0,73
UBS Diamantino	Estratégia de Saúde da família	Cohab e Diamantino	9828	68	0,7
UBS Esperança	Estratégia de Saúde da família	Esperança	4580	43	0,93
UBS Fátima	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Aldeia e Fátima	5873	68	1,15
UBS Floresta	Estratégia de Saúde da família	Floresta e São Francisco	8254	38	0,46
UBS Intervertoria	Estratégia de Saúde da família	Intervertoria	7264	18	0,24
UBS Jaderlândia	Estratégia de Saúde da família	Jaderlândia	3995	12	0,3
UBS Jardim Santarém	Estratégia de Saúde da família	Jardim Santarém	9959	31	0,31
UBS Laguiinho	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Laguiinho	1898	8	0,34
UBS Liberdade/ Mapiri	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Liberdade, Mapiri e Salé	8789	51	0,58
UBS Livramento	Estratégia de Saúde da família	Livramento e São José Operário	10311	53	0,51
UBS Maicã	Estratégia de Saúde da família	Maicã, Pérola do Maicã, Urumanduba e Vigia	4249	46	1,08
UBS Maracanã	Estratégia de Saúde da família	Elióne Barbalho, Maracanã e Nova Vitória	12807	87	0,69
UBS Matinha	Estratégia de Saúde da família	Cambuquira, Ipanema e Matinha	6668	56	0,83
UBS Mararu	Estratégia de Saúde da família	Mararu	4711	17	0,36
UBS Nova República	Estratégia de Saúde da família	Nova República e Bela Vista	8321	93	1,11
UBS Santa Clara	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Santa Clara e Centro	5124	72	1,4
UBS Santarenzinho	Estratégia de Saúde da família	Santarenzinho	10326	102	0,9
UBS Santo André	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Santo André	7896	38	0,49
UBS Santana	Estratégia de Saúde da família	Santana	8682	54	0,6
UBS Uruará	Estratégia de Saúde da família	Uruará	9384	87	0,92
UBS Vitória Régia	Estratégia de Saúde da família	Vitória Régia	5953	20	0,33
UBS Santíssimo/ Prainha	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Santíssimo e Prainha	9068	104	1,4
UBS Jutai	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Jutai e Urumari	1709	69	4,03
			212034	1552	

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à análise por bairros na zona urbana, a tabela 4 mostrou que os bairros com maior número do ICSAP foram: Jutai/Urumari (4,03%), Santíssimo/Prairinha (1,4%), Santa Clara/Centro (1,4%) e Aldeia/Fátima (1,15%) e os que corresponderam aos menores números do indicador foram: Interventoria, Jaderlândia, Jardim Santarém e Vitória Régia (juntos 1,18%). De acordo com o mapa (figura 1), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que englobam os quatro bairros com maiores números de internações por condições sensíveis à AP, não possuem ESF, em contrapartida, os quatro bairros com os menores percentuais do indicador trabalham nesse formato. Nota-se ainda pelo mapa, que as UBSs próximas ao HMS não apresentam ESF, enquanto as UBSs localizadas na periferia da zona urbana apresentam o programa. O presente dado está de acordo com a pesquisa de Costa et al. (2016), que descreve a relação de diminuição das hospitalizações sensíveis a AP em locais que existem ESF. A revisão bibliográfica de Nedel et al. (2010), também concorda com o resultado encontrado no estudo, afirmando que a atenção continuada ao paciente, princípio fundamental da atenção primária de saúde (APS), associa-se a menores números de hospitalizações por condição sensíveis a atenção básica.

Tabela 5 - Relação entre regiões da Zona Rural e o percentual de internações por CSAP de pacientes atendidos no hospital Municipal de Santarém-PA, ano 2016

	População que engloba	Número de internações por CSAPs	% de Internação por CSAP/Nº da população que engloba	Número de ESFs
Região do Planalto	25.462	187	0,73	5
Região do Eixo Forte	8.885	59	0,63	2
Região de Rios	45.385	133	0,29	4
Total zona rural	79.732	379	0,00475	11

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação a zona rural, a tabela 5 mostra que a região de planalto (0,73%) possuiu o maior percentual do indicador em comparativo com os demais, eixo forte e rios, 0,66% e 0,29%, respectivamente. É relevante ressaltar que os baixos valores do ICSAP encontrados na zona rural podem ter duas explicações, ou as 11 equipes de ESF que abrangem a zona rural têm eficiência excelente ou o acesso aos hospitais e serviços especializados são dificultados pela distância física entre os hospitais e as comunidades rurais. A distância geográfica pode caracterizar um empecilho, pois, de acordo com a revisão de Nedel et al. (2010), as internações por causas relacionadas a AB são dependentes de situações não controladas pelas APS como por exemplo a distância entre o hospital, urbanização das cidades e condição socioeconômica.

Lima et al. (2017) encontraram resultados semelhantes, em sua pesquisa sobre ICSAP, revelando que 56 % dos pacientes eram provenientes da zona urbana e 30 % da zona rural, atribuindo a presença de hospitais especializados apenas na capital, relatando novamente a distância geográfica como obstáculo. Além disso, o autor

ressalta que a presença de ESF no município de residência determinou um menor número de hospitalizações por causas sensíveis a AP.

Considerações Finais

Este estudo reconheceu a importância da consolidação e ampliação do ESF na diminuição do ICSAP em Santarém/PA, pois houve redução do indicador ICSAP em 40,7% entre os anos de 2011 e 2016, coincidindo com o aumento de 50,9% da cobertura do programa na região. A implementação do PMM e PROVAB também podem ter contribuído, visto que atuam no fortalecimento da APS desde o ano de 2013.

Além disso, a maioria das pessoas internadas por condições sensíveis eram provenientes de bairros sem atuação da ESF, em contrapartida, os bairros com o programa apresentaram menores percentuais de internações evitáveis, o que concordou com diversos estudos, previamente citados, sobre a presença do ESF ter impacto positivo nas internações hospitalares. Em geral, a região rural teve baixos números de ICSAP podendo relacionar a fatores que influenciam no indicador como: a barreira imposta pela distância até o hospital, nível de urbanização e condições socioeconômicas.

Foi constatado 55,58% das ICSAP pelo sexo feminino, tendo maior prevalência de doenças relacionadas ao pré-natal e parto entre mulheres e pneumonia e asma entre homens, a idade média de internações por condições sensíveis girou em torno de 39,52 anos.

No que tange a avaliação dos grupos de doenças mais frequentes, pneumonia/asma, doenças relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, assim como doenças cerebrovasculares tiveram destaque. Por fim, o estudo teve a intenção de demonstrar que os investimentos e melhorias realizadas na atenção básica contribuem para o fortalecimento de todos os níveis de atenção, tendo impacto positivo na saúde amazônica.

Referências

Alfradique, M. E.; Bonolo, P. De F.; Dourado, I.; Lima-Costa, M. F.; Macinko, J.; Mendonça, C. S.; Oliveira, V. B.; Sampaio, L. F. R.; Simoni, C. De & Turci, M. A. (2009). **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349.

Boing, A. F. B.; Vicenzi, R. B.; Magajewski, F.; Boing, A. C.; Moretti-Pires, R. O.; Peres, K. G.; Lindner, S. R. & Peres, M. A. (2012). Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 23, n.1.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. **Memórias Da Saúde Da Família No Brasil.**

Brasil. (2011). Ministério da saúde. **SUS A saúde do Brasil. Brasília.**

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.**

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).** Fichas Técnicas dos Indicadores. Departamento de monitoramento e a avaliação do SUS.

Brasil. (2014). **Ministério da Saúde.** IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.

Brasil. (2016). **Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica.**

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros:** Ministério da Saúde.

Costa, J. S. D.; Pattussi, M. P.; Morimoto, T.; Arruda, J. S.; Bratkowski, G. R.; Sopelsa, M.; Fritzen, J. S.; Canto, V. A. F. & Marques, M. C. (2016). Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1289-1296.

Facchini, L. A.; Piccini, R. X.; Tomasi E.; Thumé, Elaine.; Teixeira, V. A.; Silveira, D. S.; Maia, M. F. S.; Siqueira, F. V.; Rodrigues, M. A.; Paniz, V. V. & Osório, A. (2008). Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S159-S172.

Ferreira, B. B. F.; Borges, M. J. G.; Santos, L. L. & Forster, A. C. (2014). Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.1, p. 45-56.

Frauches, D. O.; Lopes, I. B. C.; Giacomini, H. T. A.; Pacheco, J. P. G.; Costa, R. F. & Lourenço, C. B.; (2017). Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-11.

Gonçalves, R. F.; Sousa, I. M. C.; Tanaka, O. Y.; Santos, C. R.; Silva, K. B.; Santos, L. X. & Bezerra, A. F.B. (2016). Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das interna-

ções por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2815-2824.

Homar, J. C.; Starfield, B.; Ruiz, E. S.; Pérez, E. H. & Mateo, M. M. (2001). La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Catalunã. **Rev Clín Esp**; 201: 501-507.

Junior, E. P. I.; Aquino, R. & Medina, M. G. (2018). Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil; **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n.2.

Lima, R. C. D. S. M.; Gama, M. E. A. & Lima, R. D. S. M. (2017). Condições Sensíveis À Atenção Primária Em Hospital De Referência Pediátrica No Maranhão. **Rev Pesq Saúde**, v. 18, n.2, p. 97-101.

Magalhães, A. L. A. & Neto, O. L. M; (2017). Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):2049-2062.

Melo, M. D. & Egry, E. Y. (2014). Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. V. 48. N.1, p. 133.

Mendonça, C. S.; Harzheim, E.; Duncan, B. B.; Nunes, L. N. & Leyh, W. (2012). Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, Volume 27, Issue 4, Pages 348-355.

Nedel, F. B.; Facchini, L. A. & Martín, M. (2010). Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 61-75.

Nedel, F. B.; Mendonça, C. S. & Calvo, M. C. M. (2017). **Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela Atenção Primária**.

Pazó, R. G.; Frauches, D. O.; Molina, M. C. B. & Cade, N. V. (2017). Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12.

Pereira, A. P.; Souza, R. A. A. & Vale, J. S. (2015). O Processo De Transição Epidemiológica No Brasil: Uma Revisão De Literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. V. 6. N.1, p. 99-108.

Pereira, F. J. R.; Silva, C. C. Da & Neto, E. De A. L. (2015). Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde Debate** / Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1008-1017.

Pitilin, E. B.; Gutubir, D.; Fernandes, C. A. M. & Pelloso, S. M. (2015). Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 441-448.

Pitilin, E. B. & Pelloso, S. M. (2017). Internações Sensíveis À Atenção Primária Em Gestantes: Fatores Associados A Partir Do Processo Da Atenção Pré-Natal. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2.

Rasella, D.; Aquino, R. & Barreto, M.L. (2010). Impact of Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**.

Sousa, N. P.; Rehem T. C. M. S. B.; Santos W. S. & Santos C. E. (2016). Hospitalizations Sensitive To Primary Health Care Ata Regional Hospital In The Federal District. **Rev Bras Enferm**. V. 69, n.1, p. 106-13.

Souza, L. L. & Costa J. S. D. (2011). Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev Saúde Pública**. V. 45, n. 4, 765.

Vasconcelos, I. O.; Xavier, A. L. C.; Nascimento, M. N.; Cavalcante, Y. A.; Rocha, S. P. & Gomes, J. S. (2018). Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE, Sobral** - v.17, n.01,p.65-73.

Ações de saúde em populações ribeirinhas no interior do estado do Amazonas: relato de experiência

10

*Marcelo Henrique da Silva Reis
Jéssica Karoline Alves Portugal
Wendel da Silva Barros
Firmina Hermelinda Saldanha de Albuquerque
Abel Santiago Muri Gama*

Introdução

A assistência à saúde de populações rurais amazônicas exige grandes responsabilidades, conhecimento do cenário singular e a articulação conjunta de diferentes instituições para o planejamento e implementação das ações.

No município de Coari - Amazonas, parcela importante da população reside nas áreas rurais. Neste contexto, diferentes ações de saúde estão sendo desenvolvidas e fortalecidas entre as parcerias interinstitucionais do governo municipal e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por meio do campus avançado, o Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB).

Dentre as diferentes parcerias, destaca-se convênios com a rede de serviços de saúde em seus diferentes níveis (Atenção Primária e Secundária) para inserção de alunos de graduação e professores dos cursos de saúde (medicina, enfermagem, nutrição e fisioterapia), para a realização de estágios, práticas de campo, projetos de extensão, iniciação científica, educação em saúde e demais atividades.

Neste capítulo iremos abordar sobre as populações rurais, a realização de atendimento de saúde, além de descrever ações de educação em saúde e formação acadêmica profissional realizada pela Universidade Federal do Amazonas em parceria com o Departamento de Atenção Básica de Coari - Amazonas.

Populações ribeirinhas do Amazonas

As populações ribeirinhas do Amazonas representam uma mistura de diferentes grupos sociais: indígenas, nordestinos, migrantes de outras regiões (Fraxe, 2007). Os ribeirinhos, vivem da pesca e agricultura de subsistência, em comunida-

des geralmente distantes das sedes dos municípios, compostas por núcleos familiares, distribuídas ao longo das margens de rios, lagos e igarapés.

As comunidades ribeirinhas geralmente não possuem saneamento básico, na maioria das residências a água para consumo não é tratada e o esgoto é despejado nos quintais. O fornecimento de energia elétrica é limitado, o uso de geradores movidos a gasolina ou diesel é comum. O principal meio de transporte é a canoa movida a motor "rabeta", também são utilizadas embarcações maiores popularmente conhecidas na região como "recreios", que fazem o transporte de mercadorias e passageiros. Nas comunidades não há assistência à saúde contínua, feita apenas na sede dos municípios (Gama, Fernandes, Parente, & Secoli, 2018; Sousa, 2010).

O clima tropical e a proximidade do homem com a floresta amazônica, constituem-se como fator preponderante para o surgimento de agravos típicos da região. É comum nestas localidades a ocorrência de malária, acidentes por animais peçonhentos, Doença de Chagas, ferradas por araias e outros tipos de morbidades típicas da região. As morbidades, o acesso aos serviços de saúde, entre outras características do modo de vida dos ribeirinhos estão intimamente ligadas a variação das águas nos rios e lagos (cheias e secas). O ápice das cheias ocorre geralmente no mês de julho, com recuo das águas a partir de agosto (iniciando a estiagem), chegando aos níveis mais baixos em outubro. A partir deste período, inicia-se as chuvas e o rio avança lentamente até o mês de março, nos meses subsequentes o rio se eleva até o nível máximo.

Por estarem distantes da sede dos municípios, os ribeirinhos tendem a buscar alternativas para o tratamento de eventuais problemas de saúde, seja pelo auxílio do conhecimento de pessoas mais experientes na comunidade, como curandeiros e idosos, que utilizam plantas medicinais no tratamento de enfermidades ou pela utilização da medicina moderna, através do consumo de medicamentos industrializados que são facilmente adquiridos em farmácias e drogarias quando deslocam-se até o município para receber benefícios ou comercializar seus produtos (Gama et al., 2018). O único profissional de saúde presente nas comunidades é o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Assistência à saúde dos povos ribeirinhos do Município de Coari - Amazonas

O município de Coari está localizado na região central do Estado do Amazonas, na calha média do Rio Solimões, distante a 363 km de Manaus. O acesso ao município é realizado por via fluvial (9 a 30 horas de viagem, dependendo da embarcação) ou aérea, com duração de uma hora até Manaus. A população local é de 75.965 habitantes, sendo a quarta maior população do Estado do Amazonas. A população urbana do município cresceu 20,0% entre os anos de 2000 a 2010,

enquanto a rural encolheu 4,6%. Cerca de um terço dos habitantes vivem na zona rural (comunidades ribeirinhas). Esta população encontra-se distribuída em regiões de terra firme e várzeas, em uma área geográfica com cerca de 57.921 km² e densidade demográfica de 1,3 pessoas por km² (IBGE, 2010).

Os serviços de saúde do município são compostos por um hospital de média complexidade com 105 leitos; 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo uma fluvial e outra ribeirinha; um Instituto de Medicina Tropical; um Laboratório Central de Análises Clínicas; um Serviço Emergência; um Departamento de Vigilância em Saúde; uma Policlínica; um Centro Especializado em Reabilitação e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nas comunidades ribeirinhas, não há unidades de saúde e a atuação de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, etc.) é esporádico, principalmente nas regiões mais longínquas, os ribeirinhos recebem assistência em suas comunidades nas seguintes ocasiões: 1) na passagem de barcos missionários de Organizações Não Governamentais (ONG) ou pela Marinha brasileira com ações militares e de assistência à saúde; 2) Barco da Saúde ou Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); 3) Ações de Saúde desenvolvidas pelo campus da UFAM - Instituto de Saúde e Biotecnologia em parceria com o Governo Municipal.

Para entender o contexto da cobertura de saúde nas populações ribeirinhas, pontuaremos alguns aspectos importantes ocorridos com a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A PNAB possibilitou avanços na atenção à saúde das populações ribeirinhas. A política foi implementada pelas portarias MS/GM n° 2.488 e 2.490, ambas de 2011. De acordo com PNAB, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país (Brasil, 2012):

- Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial;
- Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

A composição mínima dessas equipes deverá ser: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 6 a 12 ACS. Nas regiões endêmicas, existe a necessidade de um microscopista para compor a Equipe de Saúde da Família Ri-

beirinha. Podem compor ainda as Equipes de Saúde da Família Fluviais: um técnico de laboratório e/ou bioquímico e conforme modalidades poderão ser incluídos um cirurgião-dentista e um técnico ou auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2012).

Considerando a elevada dimensão geográfica e dispersão demográfica do município de Coari, com mais de 57 mil km² e densidade demográfica de 1,3 habitantes por km², com comunidades dentro limites territoriais do município distantes mais de 400 km da zona urbana, estas características limitam severamente as ações de saúde.

Neste sentido, em dezembro de 2017, o município foi contemplado com a moderna e confortável Unidade Básica de Saúde Fluvial Prefeito Roberval Rodrigues, para atender os mais de 18 mil ribeirinhos que habitam as oito calhas de rio e lagos da zona rural: Alto Solimões, Médio Solimões, Baixo Solimões, Lago do Mamiá, Lago de Coari, Rio Copeá, Rio Piorini e Codajás Mirim.

Anterior a aquisição da UBS Fluvial, a Secretaria Municipal de Saúde utilizava uma grande embarcação alugada, para ser utilizada pela equipe de saúde durante as viagens de atendimento na zona rural. Além disto, pequenos botes também eram utilizados na prestação de atendimentos, principalmente quando envolviam campanhas de vacinação. Sendo assim, durante no período entre fevereiro a dezembro de 2017, foram realizados 11.082 atendimentos de saúde em 23 viagens para as diferentes calhas de rios e lagos (Tabela 1). O número de comunidades atendidas foi de 89, com duração máxima de dois dias para cada ação, limitando as atividades desenvolvidas.

Em 2018, o Departamento de Atenção Básica passou a operacionalizar todos os atendimentos da população rural com suporte exclusivo da UBS Fluvial. Apenas entre janeiro a novembro deste ano, foram realizadas 10 viagens de grande porte, com duração entre 10 a 17 dias. Somente neste período, foram atendidas 206 comunidades, contemplando todas as regiões, com um total de 23.785 atendimentos em diversas especialidades (Tabela 2).

Tabela 1. Atendimentos realizados pelo Barco da Saúde em 2017, Coari - Amazonas.

Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica	Procedimentos Técnicos	Vacinação Humana	Vacinação Antirrábica	Total
2.686	1.150	2.045	2.828	1.478	895	11.082

Tabela 2. Atendimentos realizados pela UBS Fluvial em 2018, Coari - Amazonas.

Consulta Médica	Consulta de Enfermagem	Consulta Odontológica	Procedimentos Técnicos	Vacinação Humana	Vacinação Antirrábica	Exames Laboratoriais	Total
6.751	1.165	2.264	4.282	5.311	1.235	2.777	23.785

Diferente do Barco da Saúde, a UBS Fluvial de conta com uma grande estrutura física: consultório odontológico, médico, enfermagem, sala de procedimentos, sala de vacina, farmácia, laboratório para realização de exames, confortáveis dormitórios, sala de espera e triagem, para melhor acomodação da equipe e ribeirinhos durante as consultas (Figura 1).

Figura 1. Unidade Básica de Saúde Fluvial de Coari.



Fonte: Autoria própria

Desta maneira, observa-se que no mesmo período de operação, a UBS Fluvial atendeu mais que o dobro do que o barco da saúde no ano de 2017. Este dado mostra a expansão das ações de saúde nas populações ribeirinhas de Coari.

Atividades educativas em comunidades ribeirinhas do Amazonas

Durante as visitas da UBS Fluvial nas comunidades ribeirinhas atendidas, foram realizadas ações educativas com diversos temas. O conteúdo abordado foi definido a partir das principais demandas de saúde dos comunitários, dentre as quais destaca-se: pré-natal e sua importância; câncer de mama e colo uterino; amamentação e seus benefícios; alimentação saudável; prevenção de diabetes e hipertensão; cuidado com a higiene bucal e uso correto do hipoclorito de sódio no tratamento da água para consumo.

Essas atividades tiveram a participação de acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) pelo campus do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB), sob supervisão de docente responsável. A equipe da universidade fechou parceria com a UBS Fluvial, objetivando realizar uma pesquisa com mulheres ribeirinhas, levando como contrapartida o auxílio no processo de trabalho, realização de procedimentos e educação em saúde. Para as ações educativas, utilizou-se a linguagem popular, uma vez que em sua maioria, são indivíduos com baixo grau de escolaridade (Gama, 2016).

Outra atividade educacional desenvolvida, foi um projeto de extensão universitária em parceria com a universidade supracitada, o “Cine Ribeirinho”.

Cine Ribeirinho

O Cine Ribeirinho é um projeto de extensão universitária elaborado para populações ribeirinhas, cujo objetivo é proporcionar acesso à informação e educação. Desta maneira, utilizou-se tecnologias educativas para facilitar a compreensão dos conteúdos repassados durante as ações.

O projeto “Cine Ribeirinho” teve início no ano de 2015, em conjunto com as ações de coleta de dados da tese de doutorado intitulada “Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões, Amazonas” (Gama, 2016).

A referida tese foi um estudo populacional realizado em áreas ribeirinhas do município de Coari. Para tanto, durante 4 meses foram navegados mais de 2.000 km entre rios e lagos, em viagens que duraram de 3 a 9 dias. Como a equipe do projeto (pesquisadores, professores e estudantes de graduação) permanecia nas comunidades durante as viagens, pensou-se em realizar uma atividade que pudesse integrar os pesquisadores com os comunitários, além de levar educação em saúde com mensagens simples, utilizando-se da linguagem popular local, durante as noites nas comunidades.

Nas viagens supracitadas, alguns dos autores deste manuscrito participaram na época, como alunos de graduação, o que contribuiu como experiência para inserção no campo de trabalho, atuando como enfermeiro(a)s na atenção à saúde ribeirinha, demonstrando a importância de atrelar o ensino, pesquisa e extensão como premissas nas Universidades públicas.

Para realização do “Cine Ribeirinho” foram realizadas discussões com os comunitários sobre os principais problemas de saúde que afligiam os ribeirinhos. Com base nos temas, a equipe organizou o roteiro de pequenos vídeos educativos.

A partir das discussões, a equipe definiu temas prioritários, as quais seguem:

1) tratamento correto da água com o uso de hipoclorito de sódio; 2) prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e uso de preservativos; 3) primeiros socorros durante a ocorrência de acidentes ofídicos; 4) prevenção do câncer do colo do útero; 5) higiene bucal; 6) atribuições dos ACS; 7) consumo racional de medicamentos e os riscos da automedicação.

Os vídeos educativos com duração de 2 a 4 minutos, foram gravados na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por alunos de graduação de uma disciplina do curso de enfermagem (Educação em Saúde).

Após as discussões e definição do filme (longa-metragem) que seria exibido aos comunitários, os vídeos educativos foram inseridos em forma de intervalo, no filme, aproveitando este momento para sorteio de brindes, distribuição de pipoca e suco, como forma inovadora de levar conhecimento associado a entretenimento. As cenas de violência e palavras impróprias foram excluídas durante a edição do longa-metragem.

Entre os anos de 2016 a 2017, o Cine Ribeirinho passou a ser desenvolvido como projeto de Extensão da Universidade Federal do Amazonas, contemplando 12 comunidades ribeirinhas, sendo exibido para mais de 800 ribeirinhos de diferentes faixas etárias. No ano de 2018, o projeto avançou em conjunto com a rede de atenção à saúde do município. Com a chegada da UBS Fluvial, os vídeos educativos foram dados para serem exibidos na sala de espera da unidade de saúde, expandindo as atividades de prevenção e promoção da saúde para as comunidades atendidas (Figura 2).

Figura 2. Implementação do cine ribeirinho em comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas, 2015.



Fonte: Autores

Saúde Ribeirinha e formação de recursos humanos especializados

Com a criação da PNAB e a necessidade de estruturar e capacitar Equipes de Saúde da Família Fluviais, houve demanda para a inserção de profissionais de saúde que pudessem adentrar ao mercado de trabalho com experiência prévia sobre as peculiaridades das populações ribeirinhas do Amazonas.

Neste contexto, o Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB/UFAM) é pioneiro com o curso de graduação em enfermagem. A partir de novembro de 2016, um dos autores deste manuscrito, após ter concluído a tese de doutorado realizada nas comunidades ribeirinhas, percebeu a necessidade de inserir na graduação do curso de enfermagem, o contato dos estudantes com as populações ribeirinhas, por meio de práticas de campo em parceria com o Governo Municipal.

As referidas práticas, tem como objetivo inserir precocemente o aluno de graduação em enfermagem no contexto da vida ribeirinha, possibilitando compreender a cultura, modo de vida, contexto de cuidados com a saúde, vida social e acessibilidade a saúde, educação e informação. Além disto, considerando que as práticas são desenvolvidas em sistema de internato em comunidades isoladas, com até trinta alunos, cujo os mesmos permanecem sob a tutoria de docentes da instituição de ensino nas comunidades, em períodos de até cinco dias, a logística necessária para a manutenção das equipes nas comunidades é singular. Neste sentido, os alunos participam de todas as etapas de planejamento a execução das ações.

As disciplinas que possibilitam as experiências supracitadas são ofertadas pelo curso de enfermagem - Enfermagem em Saúde Coletiva II (7º semestre) e Saúde das Populações Amazônicas (8º semestre). As atividades foram realizadas no período entre novembro de 2016 a junho de 2018, em três práticas de campo desenvolvidas nas seguintes regiões e suas respectivas comunidades ribeirinhas e distâncias para a zona urbana do município: 1) Lago do Mamiá - Bom Jesus do Japiim (64 km), São Francisco do Jacaré (72 km), São Francisco do Laranjal (28 km); 2) Médio Solimões - Esperança I (15 km); São Pedro da Vila Lira (17 km). Participaram das práticas de campo, cerca de 60 alunos em períodos diferentes.

Durante as práticas de campo, foram realizadas visitas domiciliares pelos estudantes de enfermagem com auxílio da Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar, utilizados pelos ACS. Nesta etapa os estudantes foram formados duplas e trios sob supervisão dos docentes. O objetivo foi conhecer as famílias, os problemas de saúde, entender a territorialidade na comunidade visitada, o modo de vida ribeirinho, e o modo pelo qual o processo saúde e doença ocorre em uma perspectiva singular da vida ribeirinha.

Durante as visitas domiciliares os estudantes realizaram orientações de saúde, de acordo com a realidade e peculiaridade de cada família, sendo abordados assuntos como tratamento de água, higiene bucal e corporal, importância da realização dos exames de Papanicolau, próstata e autoexame das mamas, vacinação, tabagismo, alcoolismo, orientações a puérperas, planejamento familiar, automedicação, importância do aleitamento materno e realização do pré-natal, controle de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e orientações sobre os focos de Malária e *Aedes aegypti* encontrados nas comunidades.

Além disto, foram realizadas educações em saúde programadas, destacando-se primeiros socorros com foco em afogamento, asfixia, ferimentos, acidente ofídico e queimaduras, sendo realizado encenação pelos próprios estudantes para melhor explicação e visualização; a importância da amamentação com utilização de uma boneca para demonstração da forma correta da pega materna; esquema vacinal; HPV com utilização de banner contendo imagens ilustrativas; mensuração de acuidade visual com a tabela de Snellen; higiene bucal com aplicação de maquete e explicação da forma correta de higienização bucal; lavagem das mãos com confecção e utilização de uma mão feita de cartolina; alimentação saudável; planejamento familiar utilizando peças anatômica (órgão genital feminino e masculino) para demonstração da utilização dos preservativo (Figura 3).

Figura 3. Ações desenvolvidas em práticas de campo com alunos de graduação em enfermagem em comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas, 2016 a 2018.





Fonte: Autores

Em conjunto com as ações de ensino, foi desenvolvido o projeto de extensão universitária “Cine Ribeirinho” e doação de livros por meio do projeto “Biblioteca Ribeirinha do Beiradão - BIRIBE” pelo Programa de Apoio à Realização de Cursos e Eventos (PAREC) da UFAM, além de atividades esportivas envolvendo crianças e adultos com utilização de bolas de futebol, sacos de fibra e cordas para o desenvolvimento das atividades.

As ações desenvolvidas nas práticas de campo são possíveis a partir de parcerias firmadas com o Governo Municipal de Coari (concessão de embarcações e medicamentos para atendimento de saúde) e por recursos concedidos pela UFAM para a realização da prática de campo.

As comunidades contempladas pelas ações, apresentam boa aceitação e participação dos ribeirinhos nas práticas de campo. Em alguns casos, durante os atendimentos de saúde, os ribeirinhos são referenciados para os serviços de saúde do município.

A realização das práticas de campo, tem apresentado desafios constantes, dentre os quais destaca-se: 1) recursos limitados em detrimento a logística diferenciada e de elevado custo; 2) riscos de morbidades da equipe participante (infecções gastrointestinais, malária, etc.); 3) violência crescente na região do médio

Solimões (rota de tráfico de drogas com ações violentas de “piratas” dos rios); 4) disponibilidade de embarcações para as atividades.

Como possibilidades futuras para melhoria das ações de ensino no contexto da saúde das populações ribeirinhas, pretende-se articular uma base de apoio em uma das comunidades visitadas, de modo a manter atendimento contínuo e a presença da Universidade em parceria com o Governo Municipal. Além disto, vislumbra-se a inserção contínua de alunos de graduação em estágios e práticas de campo na UBS Fluvial.

Considerações finais

As populações ribeirinhas do município de Coari vivem em áreas isoladas e de difícil acesso, as quais limitam o acesso aos serviços de saúde. Nesta perspectiva é possível visualizar avanços na assistência à saúde destes povos, com a implantação de estratégias de cobertura da saúde com a UBS Fluvial e ações conjuntas entre diferentes instituições (Universidade e Governo Municipal).

Embora tenha ocorrido o avanço na cobertura de saúde no contexto descrito, é necessário a implementação de estratégias que permitam a integralidade e continuidade da assistência à saúde.

A experiência de consorciar diferentes ações de saúde em parceiras com instituições diversas, em áreas remotas da Amazônia brasileira, amplia o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão que vislumbram a redução da descontinuidade dos cuidados com a saúde, além disto, sensibiliza e qualifica atores sociais para a prestação humanizada de assistência à saúde ribeirinha.

Referências

Brasil. (2012). **Política Nacional de Atenção Básica** (1ª ed). Brasília - DF: Ministério da Saúde.

Fraxe, T. de J. P. (2007). **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais** (1ª ed; H. dos S. Pereira, A. C. Witkoski, & T. de J. P. Fraxe, Orgs.). Manaus: EDUA.

Gama, A. S. M. (2016). **Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões, Amazonas** (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gama, A. S. M., Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(2).

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro.

Sousa, I. dos S. (2010). As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru - AM. **Hygeia**, 5(9).

Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre Redes Vivas em um território de Manaus

11

Naila Mirian Las-Casas Feichas
Julio César Schweickardt
Rodrigo Tobias de Souza

Introdução

"Doutora, estou colocando banha de sucuri na ferida, não tem remédio melhor para sarar"; "A senhora já ouviu falar em Mãe-do-corpo? Fica bem aqui" (aperta a barriga abaixo do umbigo para mostrar). Relatos como estes de alguns comunitários aqui de Manaus foram me acompanhando ao longo da caminhada como médica de família e comunidade e ecoavam em minhas lembranças das garrafadas que, menina asmática, me dava minha avó materna em Niterói, no Estado do Rio de Janeiro.

Durante as consultas e visitas domiciliares, fui percebendo nas falas dos comunitários e das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a importância de outros atores que prestam este tipo de cuidado. Esses, muitas vezes, estão mais próximos e mais acessíveis às pessoas, sendo melhor aceitos do que o cuidado biomédico, que tem um modo formal, da medicina na qual fui formada. As formas tradicionais de manutenção da vida são singulares e fazem parte do cotidiano das pessoas, que estão presentes no território. As chamadas práticas tradicionais de cura se apresentam de diferentes formas: "puxar", massagem, chás, "garrafadas", rezas, trazendo alívio e aconchego às pessoas.

Partindo do sistema cultural no qual fui treinada, o biomédico, proponho ampliar o olhar para o campo da cultura popular, entendendo cultura como define Langdon (2010, p.175), "conjunto de elementos que qualificam e mediam qualquer atividade física ou mental... e que seja compartilhada pelos diferentes membros de um grupo social". Peço emprestado ao pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ricardo Moebus o conceito-ferramenta de *in-mundizar* (Merhy et al, 2016). Proponho me inserir como pesquisadora que entendendo a relação pesquisador-

-pesquisado sem o pressuposto da neutralidade, que o método científico propaga como ideal e imprescindível, mas se in-mundizar no encontro. Assim, nos permitimos que os afetos e as trocas de experiências nos invadam, nos construindo enquanto pesquisadora e profissional inserida num determinado território de vida.

Para auxiliar nesta caminhada, peço auxílio a minha formação em Medicina de Família e Comunidade e em Antropologia da Saúde, e sabedoria para vivenciar os encontros de forma simétrica, como nos ensina Emerson Merhy (2013). Como norteadores nesta busca, almejo identificar quais as práticas de cuidados populares estão em presentes na comunidade União e quem são as pessoas que realizam estas práticas.

Conceitos-guia

Antes, porém, alguns esclarecimentos conceituais são importantes. Ao falarmos de práticas populares de saúde não estamos falando das práticas reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Brasil, 2017), pois mesmo em sua atualização recente, em 2017, não aborda as práticas tradicionais brasileiras como “benzer/rezar”, “puxar nervo torcido” ou “costurar rasgadura”. A produção acadêmica também traz poucas relações entre as práticas tradicionais de cura e os sistemas de saúde, enquanto que em minha comunidade, elas estão presentes diariamente.

Schweickardt (2002) conta que na Amazônia do século XVIII-XIX não havia quase médicos e a medicina que praticavam (sanguessugas, sangrias, purgas, clisteres) era mais dolorosa, menos aceita e menos eficaz do que a pajelança com ervas, chás e rituais de cura, em uma mescla de cultos indígenas e africanos típica de nossa colonização plural. Ainda hoje, o contexto amazônico permanece rico em práticas de cura diversificadas, especialmente (mas não exclusivamente) nas populações indígenas. No entanto, as práticas populares não se configuram como saberes hegemônicos, pois são detentores de outra racionalidade, que passa por uma cosmovisão e lógicas diferentes de organização do pensamento como da prática biomédica. Segundo o autor, muitas vezes, repassamos conceitos de tratamento e cura de forma impositiva para a comunidade, depreciando suas formas tradicionais de cuidado, perpetuando o conceito de práticas ligadas ao charlatanismo.

Outro conceito que vamos trabalhar é o de cuidado. Para Ayres (2001, p.71), cuidado é a relação entre o que cuida e o que é cuidado, envolvendo aspectos técnicos, éticos, afetivos e estéticos, pois “cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar argila”. A ideia de “moldar argila” vem da antiga fábula de Hígino contada por Heidegger (1995):

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado/Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: "Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de *húmus* (terra)(Heidegger 1995, p. 131).

Merhy (2013) utiliza a figura dos brincantes de Suassuna e Nóbrega para falar do encontro entre trabalhador da saúde e usuário: encontro de cuidado que ocorre em ato e onde um detentor de conhecimentos (trabalhador da saúde) se compromete a resolver a demanda do outro (usuário) para recuperar seu "caminhar a vida". Como um nó em que há um passar de fora para dentro e do dentro para o fora, como uma dança que só existe em ato. Pediremos emprestado a Merhy esta definição para extrapolar esta imagem do trabalhador de saúde para o cuidador popular, detentor de conhecimento e legitimidade em sua comunidade.

Merhy (2013) também fala das valises que o trabalhador de saúde utiliza: tecnologia dura - sua mão e o que cabe nela como estetoscópio, caneta; tecnologia leve-dura - o que está em sua cabeça, seus saberes como a clínica e a epidemiologia; tecnologia leve - a relação entre trabalhador-usuário que ocorre em ato. Os cuidadores populares se utilizam prioritariamente das tecnologias leves porque no ato de curar/puxar/benzer/costurar rasgadura trazem consigo elementos simbólicos que estão construídos a partir de saberes e de lógicas relacionais que valorizam o outro e com suas crenças.

Outro conceito-guia é o de Redes Vivas que são possibilidades existenciais de sujeitos que são múltiplos e em constante produção no mundo. As pessoas produzem e protagonizam seu processo de cuidado, trilhando e tecendo suas redes de vida, sociabilidade e cuidado. Enfatizam a necessidade de se construir, no encontro, diálogo entre o outro com necessidade de saúde e quem ele procura para prestar este cuidado, entendendo que o primeiro é portador de conhecimentos e experiências prévios e que não pode deixar suas redes vivas de lado ao buscar cuidado em saúde. Muitas vezes, nos serviços de saúde oficiais estas redes vivas

são avaliadas e cerceadas pelas equipes de saúde; sair dos muros das instituições oficiais e estar nas ruas, nos territórios vivos nos permite perceber a riqueza e as tensões da vida em produção (Merhy *et al*, 2014). Os cuidadores populares atuam e fazem parte dessas redes vivas tanto sendo um ponto dessa rede como fazendo parte de outros tantos pontos da malha da vida social.

Por fim, precisamos do conceito-guia território que, na ESF é um conceito fundamental, pois trabalhamos com território adscrito, ou seja, com uma determinada área física pela qual se tem responsabilidade sanitária. No entanto, o conceito de território aqui abordado é o de território vivo, espaço não pré-concebido por questões político-administrativas, mas sim pelos sujeitos que o constroem nas relações, sendo o lugar de produção de vida. Por fim, buscamos nos permitir desterritorializar, deixar o conhecido e se permitir cartografar no caminhar com o outro pelo território vivo em que ele habita, constrói, destrói, reconstrói (Merhy *et al*, 2016b).

Optamos neste trabalho pela concepção de Rolnik (1989), de cartografia como desenho dos movimentos de transformação da paisagem, diferentemente de mapa, que é estático. Segundo a autora, "paisagens psicossociais também são cartografáveis. A função do cartógrafo é dar língua para afetos que pedem passagem... é ser, antes de tudo, um antropófago" (Rolnik, 1989, p.66-67). Em sua prática, o cartógrafo deve estar atento às formações do desejo no campo social (delinquência, violência, quadros clínicos individuais ou coletivos). Para isso utiliza-se das fontes mais variadas, um tratado, uma conversa, um filme. Procura-se o encontro do corpo do cartógrafo com outros corpos, mergulhar nos afetos tendo a "linguagem como ponte para fazer a travessia, (...) 'tapete voador', veículo para novos mundos, novas histórias" (Rolnik, 1989, p.67).

O que o cartógrafo procura "é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade;... deixa seu corpo vibrar" (Rolnik, 1989, p.67-68) para captar os desejos, não seguindo nenhuma normatização, mas inventando, com sensibilidade, o que cada contexto pede. Seu instrumento de trabalho é "o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento", livre de moral e tendo como princípio "que é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias" para proteção da própria vida. Lembrar que há um limiar entre o que se suporta ou não, um limite de proteção que permite ao corpo vibrátil reconhecer a potência, mas também o perigo, uma "regra de delicadeza para com a vida" (Rolnik, 1989, p.70).

Sobre o percurso da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter etnográfico, utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas e narrativas gravadas, que posteriormen-

te foram transcritas e analisadas pelos princípios da Análise do Discurso (AD). A AD sendo vista como “um produto do encontro entre um eu e um outro, segundo formas de interação situadas historicamente” (Deusdará e Rocha, 2005 p.317). O roteiro valoriza a narrativa dos cuidadores populares, dando oportunidade para a escuta e entendendo narrativa como a melhor maneira para compreender a experiência subjetiva (Becker, 2009).

O estudo está sendo realizado na Comunidade União, situada no Parque 10 de Novembro, zona centro-sul de Manaus, na área de abrangência da equipe da Estratégia da Saúde da Família, identificada como ESF 452. No entanto, podemos ultrapassar os limites desse território ao identificar outros atores do cuidado que moram em outras regiões da cidade.

A Comunidade União surgiu na década de 1970 com a invasão de terrenos no Parque 10 de Novembro; a legalização da área em 02 de Agosto de 1979 ocorreu após muita mobilização da comunidade que começava a se formar, com inclusive, greve de fome. O Igarapé do Bindá, que atravessa a comunidade, teve seu curso original desviado nesta mesma época, dando lugar a rua onde, também com muita luta e participação dos moradores, construiu-se em 1988 o Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS). A unidade da ESF foi construída em 2000 e, posteriormente (2013), mudou-se para dentro da UBS (dados coletados com ACS que fundaram o bairro - arquivo pessoal da autora.)

A identificação dos cuidadores populares tem sido através de conversa com usuários e outros trabalhadores da saúde como o ACS (nossas sementes, como denominado na técnica de amostragem não probabilística em Bola de Neve ou snowball sampling) (Vinuto, 2014).

O trabalho foi avaliado pela Secretaria Municipal de Saúde que emitiu a carta de anuência para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil e de acordo com a Resolução 510/2016 que regulamenta a pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. O parecer foi de aprovação com o CAEE_87206318.0.0000.5016. Os resultados da pesquisa serão apresentados em roda de conversa com a comunidade e com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

O olhar da Antropologia da Saúde

Segundo Helman, a antropologia médica, ramo da Antropologia Social e Cultural, “aborda as maneiras que as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde,”(2003, p.11). Essa subárea da antropologia estuda o tipo de cuidado que se faz necessário nas cenas e nos encontros. E destaca que as crenças e práticas de saúde/doença são o cerne da cultura, pois

é através desta “lente que se enxerga e interpreta o mundo”, organizando socialmente a assistência à saúde.

Precisamos entender que o sistema biomédico “não existe em um vácuo cultural e social... ele é a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu”(Helman, 2003, p.83). Para Langdon (2010), o relativismo cultural é necessário para não incorreremos no risco de aplicarmos nossa visão de mundo como a correta, desprezando formas culturais distintas da nossa. O sistema biomédico (que Langdon conceitua como a medicina ocidental praticada em nossa sociedade) nada mais é que uma forma particular de cultura, no entanto, em nossa sociedade, temos sistemas de saúde tão distintos quanto às culturas que a compõe.

O olhar da Medicina de Família e Comunidade e a Estratégia Saúde da Família

A Medicina de Família e Comunidade surge em Porto Alegre em 1974, no serviço do Dr. Carlos Groissman, o Centro de Saúde Murialdo (Brasil, 2010). O nome da especialidade mudaria em 2001 para Medicina de Família e Comunidade, para novamente mudar para o termo atual Medicina Geral de Família e Comunidade (Brasil, 2010). No início da década de 1990, alguns municípios do Brasil desenvolveram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi regulamentado em 1997 (Brasil, 2001). Em dezembro de 1993, o Brasil adotou como forma de reestruturar seu modelo de assistência à saúde o Programa Saúde da Família. Países como Canadá, Reino Unido, Cuba já vinham utilizando esse modelo. No Brasil tivemos as experiências da cidade natal Niterói, no Rio de Janeiro que iniciou em 1992 o Programa Médico da Família (no qual trabalhei). Em 1998, o programa torna-se Estratégia Saúde da Família (ESF), e passa a ser uma política de Estado com abrangência nacional. A ESF é um dos pilares de sustentação do SUS a partir da Atenção Básica em Saúde (Brasil, 2010).

Neste novo modelo de atenção à saúde, cabe ao profissional trabalhar de forma interdisciplinar e interprofissional, “aliando-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e propiciando o apoio necessário” (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000, p.317). Há o pressuposto do diálogo horizontal entre os membros da equipe, com uma visão holística da pessoa, da família e da comunidade em que irá atuar. A Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família buscam formar profissionais com esse perfil profissional. Cada equipe de saúde da família é composta pelo médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e deve ser responsável pelo acompanhamento de 4500 pessoas que vivam ou trabalhem na área adscrita à equipe. Esta responsabilidade sanitária por um território e seus

moradores permite o cuidado longitudinal e maior vínculo com a criação de formas de cuidado mais sensíveis a diversidade existente na comunidade como práticas tradicionais de garrafadas, rezas e tantas outras práticas (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000, p.317).

O antropólogo e médico de família e comunidade (mfc) Francisco Arsego (1998), em seu trabalho no Sul do Brasil, destaca que são variadas as concepções sobre saúde e doença, a depender do contexto sócio-cultural de cada grupo da sociedade. A forma com que o indivíduo se percebe doente determinará quem será o “curador” que irá procurar bem como o tipo de tratamento que acredita ser o necessário. Nós, médicos de família, somos mais permeáveis e sensíveis a estes relatos ouvindo-os e respeitando seus outros modos de buscar ajuda (Arsego, 1998). Muitos destes cuidadores populares são comunitários que atendemos na ESF e esta capacidade de ouvir e respeitar seu dom torna nosso diálogo mais fluido. Em certo aspecto, a prática dos mfc tem nas práticas de cuidado dos cuidadores populares um aprendizado importante porque compartilhamos de um palco de ação que as casas da comunidade e o cotidiano das pessoas com suas redes vivas. Assim, o cuidado não compartimentaliza a pessoa mas, antes de tudo, a vê em sua integridade física-social-cultural.

Os agentes comunitários de saúde (ACS), híbridos de representantes da comunidade e da equipe de saúde, são uma característica peculiar que da Política Nacional da Atenção Básica em Saúde, que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem tido oportunidade de potencializar as suas ações. Eles são a ponte também entre os conhecimentos tradicionais e a biomedicina. Através de seus passos, somos guiados até os cuidadores populares no território de trabalho. É pela vivência das ACS de minha equipe que conheço as histórias dos cuidadores, sua dedicação, suas façanhas, a admiração que provocam.

O mundo da Magia: curador/rezador/pajé

Helman (2003) sintetiza as formas através das quais um cuidador popular surge: poder inato (ao nascer em família de cuidadores ou por ser o sétimo filho em família de cuidadores) ou poder adquirido (por estudar com outro curandeiro, após uma revelação durante doença ou sono, transe). Laplantine (2004) conta que, durante a revolução de 1789, na região francesa de Pilat/Saint Sabin, um rebelde recebeu ajuda de um camponês e, como agradecimento, deu a um bebê o bem que possuía: o dom da cura. Este bebê cresceu e tornou-se um grande curador de luxações e entorses; antes de morrer, transmitiu este dom a seu filho Laurent Odouard que ficou conhecido como São Sabino. Dois de seus filhos também herdaram o dom de curar. Mas o “dom parece passar de homem para homem, excluindo mulheres, e se enfraquece de uma geração para a outra”(Laplantine, 2004, p.222).

Na comunidade União, uma das cuidadoras que a comunidade me indicou (d.J) conta que aprendeu a fazer garrafadas e a rezar com sua tataravó. O dom, diferentemente do observado por Laplantine, foi passado de geração em geração pela linhagem feminina da família. E ressalta d.J que o poder de rezar, quem tinha mesmo, era sua mãe, d.M mas, ao morrer, deixou suas imagens santas e seu terço para a filha. No entanto, por medo e ignorância, seu irmão destruiu as imagens e o poder de d.J, enfraqueceu! Sua única filha e suas netas não acreditam em suas rezas!

Outra referência de cuidador popular em nossa comunidade é o Sr.R que conta:

Eu disse, para eu começar isso, foi um baque que peguei nas costas à noite, passei 12 horas sem sentido a noite. Quando foi de manhã, porque já tinham falado pra mim, que a pessoa não deve trabalhar até tarde... que a pessoa nunca deve trabalhar até 6 horas da tarde, e eu trabalhei até 6 horas da tarde, eu e um compadre meu que tinha se acidentado. Eram 6 pessoas, aí começamos, aí o meu compadre queria parar umas 17:30h mas tem esses 4 paus pra derripar, vai ser uma vergonha de ficar, aí foi só aquilo mesmo, aí veio um pau, pra mode de eu correr, com um metro, aí veio um pedacinho de pau e me bateu, aí eu caí, me levantei conversando mas sem sentido, vim para casa, quando foi uma meia noite, aquilo dizendo para nunca trabalhar até tarde, só umas 17 horas porque tudo quanto era de mau tava passando por aí. Aí ele me dizia que isso era uma brincadeira que fizeram comigo. Mas era pra mim... Que não ia morrer... do baque; ia viver até 1980. É. E você vai curar gente, vai curar criança e se você passar de 80, vai viver muito tempo. E você vai curar muita gente mesmo, mas não cobre!

A folclorista Elma Sant'Ana (2012) também encontra a mesma proibição de cobrar por benzedura: que não se pode cobrar por benzedura pois Jesus nunca cobrou e é a Ele que prestará contas ao morrer.

Paula Monteiro (1986) descreve que o trabalho do antropólogo é buscar saber qual o sentido da crença na magia, o que a magia diz sobre o mundo, que sistema simbólico utiliza e como ele é capaz de intervir na ordem social. E se pergunta: "qual a eficácia de magia?" A resposta nos é dada por Lévi-Strauss (1975) no conceito de eficácia simbólica.

Lévi-Strauss (1975) se indaga por que a pessoa doente fica curada ao acreditar que monstros a adoeceram, mas não sara quando explicamos que foram os micróbios que o fizeram; seriam os monstros mais reais do que os micróbios? E conclui que a cura xamanística está entre a biomedicina e a psicanálise, pois

não é o conhecimento que o doente procura, mas uma experiência específica na qual os conflitos se desenvolvem e desenlaçam. O xamã, segundo o antropólogo francês, além de proferir o encantamento, encarna em si o herói que expulsa os maus-espíritos. Para Monteiro (1986), a magia não separa o mundo visível do sobrenatural e é sempre uma criação fundada na coletividade. Ao final, o rito só tem sentido, só tem eficácia porque é a sociedade falando através do mágico, sociedade esta que lhe empresta sua força.

Ao mágico são atribuídos inúmeros poderes perante aos quais “curvam-se a natureza, os homens, os espíritos e os deuses”; os brâmanes da Índia “se dizem superiores aos deuses e capazes de criar o mundo”, e as pessoas acreditam que “possam curar, por exemplo, uma vaca” (Mauss, 2003 p.70). O ritual encenado anualmente no Festival Folclórico de Parintins, estado do Amazonas, quando retrata uma história muito semelhante: Catirina está grávida e tem o desejo de comer língua de boi; seu marido Pai Francisco mata o boi mais bonito da fazenda o que desperta a ira do dono; até médico é chamado para ressuscitar o boi, o que só ocorre com o ritual mágico do pajé, ou seja, somente os poderes mágicos do pajé podem trazer o boi à vida e continuar a festa. Importante destacar que o festival de Parintins incorpora a figura do pajé na tradição da festa do boi, trazendo elementos regionais como os mitos, ritos e magia dos povos indígenas.

A ação da magia pode ocorrer seguindo algumas assim chamadas leis: a da contiguidade - unhas, fios de cabelo, roupas que representam a pessoa a que pertenciam; a da similaridade - um desenho ou boneco representando a pessoa, um nó para representar o amor; e a da contrariedade - que é a aplicação invertida da lei da similaridade. Monteiro, citando Lèvi-Strauss, fala que o pensamento mítico assemelha-se ao trabalho do bricoleur, aquele que trabalha com as mãos a partir de restos ou pedaços de objetos; o pensamento mítico faria assim uma espécie de bricolage intelectual ao utilizar pedaços de construções culturais e trabalhar com o signo (Monteiro, 1986).

Um dia desses, uma senhora lá de trás tava de pé inchado, eu rezei pra vermelha, nada; eu rezei pra sangue ruim, nada; eu rezei pra... Porque tem gente que faz mal pros outros, né? Tem um negócio errado, acho que fizeram alguma coisa, e foi tão forte que passou pro meu braço, pra minha mão. Aí eu cheguei em casa e não podia mexer com a minha mão (torce o braço, esfrega) que passei uns 4 dias, e eu puxava e rezava... Aí, cheguei o marido dela e disse ‘Sr. R, porque sempre eu tenho fé no senhor, mas saiu um bichinho, (do pé dela) desse tamaninho, e o bicho pulava, pulava e eu querendo pegar; eu peguei algodão e amassei. O bicho tinha a cabeça pretinha. Eu amassei e parecia que tinha água dentro. Falei, ainda bem e aí, secou.

Laplantine (2004) e Buchillet (1991) afirmam que “não existem práticas puramente ‘médicas’ ou puramente ‘mágico-religiosas’”, pois nos encontramos “quase sempre na presença de dois níveis interpretativos estreitamente ligados: uma interpretação concernente aos processos etiológico-terapêuticos, uma interpretação concernente à interpretação do sentido e do porquê (...)” (Laplantine, 1991 p. 217). O que parece distinguir estes dois níveis interpretativos é a “proximidade física de quem cura e o caráter abrangente da percepção da doença na medicina popular, na qual não se separa homem-natureza-cultura” (Laplantine, 1991 p. 217). Os cuidadores populares envolvem a família no diagnóstico e tratamento, a cura ocorrendo em cenários conhecidos da pessoa como seu lar ou local religioso.

Dilemas da pesquisa in-mundo

Estamos vivendo mais um momento de tensão em nossa comunidade, com disputa pelo tráfico de drogas entre os traficantes e a polícia, o que torna mais tenso a nossa presença na comunidade. Os comunitários têm pedido para a equipe de saúde evitar andar pelas ruas, pois não há mais hora para os confrontos. A neta do Sr.R sugere que seria melhor conversar sobre estes assuntos na unidade de saúde e não em sua casa. Por um lado, ela tem razão, pois os ruídos da casa, dificultam um pouco para ouvi-lo pela fala baixa e lenta, como se estivesse pensando para si mesmo. Mas Sr.R mal dá tempo à pesquisadora de ligar o gravador e a fala corre solta e fácil, ávido está para contar. D.J vive em uma parte mais distante da comunidade e, aparentemente, menos violenta e aceita, orgulhosa, dividir seu conhecimento de plantas e mostrar as que cultiva e as inúmeras que traz de sua terra, no nordeste.

Inicialmente, tive receio que minha presença enquanto médica da equipe e da comunidade, sua cuidadora oficial, pudesse atrapalhar ou dificultar a ação de pesquisadora. No entanto, creio que me instituir e me construir enquanto pesquisadora in-mundo trouxe a vontade e a generosidade dos cuidadores populares em compartilhar seus saberes. A disponibilidade em contar suas histórias é tamanha que esqueço as dificuldades atuais do território, podendo mergulhar e navegar nas narrativas vivas. Ainda tenho muitas histórias para ouvir, pois as narrativas estão apenas começando e outros cuidadores têm surgido no relato da comunidade e das ACS. Vou continuar navegando e me permitindo in-mundizando e ser guiada nesta viagem pelos cuidadores. Querem embarcar?

Referências

Ayres, JRC. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):63-72, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>. Acessado em 31/12/17

Brasil. **Portaria no. 849 de 28/03/17**. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/13398-portaria-no-849-de-27-de-marco-de-2017>. Acessado em 12/11/17

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília**: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básic. **Memórias da saúde da família no Brasil - Brasília**: Ministério da Saúde, 2010.

Buchillet, Dominique. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém, edições CEJUP 1991.

Deusdará, B., Rocha, D. **Análise de conteúdo e análise do discurso**: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. ALEA, Volume 7, número 2, julho-dezembro 2005, p.305-322.

Heidegger, M. **Ser e tempo I**. Petrópolis: Vozes, 1995.

Helman, CG. Cultura, **saúde & doença**. 4ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2003.

Langdon, EJ.; Wiik, F B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(3):mai-jun 2010. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae acessado em 18/08/17

Laplantine, F. **Antropologia da Doença**. Martins Fontes, São Paulo, 2004.

Lévi-Strauss, C. **Eficácia simbólica**. In: Antropologia Estrutural 2. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

Mauss, M. **Esboço de uma teoria geral da magia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003

Medeiros, LCM et al. As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado de Brejinho, PI. **Esc Anna Nery R Enferm** 2007 mar; 11 (1): 112 - 7.

Merhy, EE. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. Editora Hucitec, São Paulo, 2007.

Merhy, EE. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos. Organização: Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy. Ed. Hucitec, São Paulo, 2013.

Merhy, EE et al. "Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde." **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.153-164, 2014.

Merhy, EE et al. **O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde** /livro 1. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde - surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016a.

Merhy, EE et al. **Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado** /livro 1. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde - surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016b.

Monteiro, P. **Magia e pensamento mágico**. São Paulo: Editora Ática, 1986.

Oliveira, FJA. **Concepções de doença**: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Ed.Fiocruz. Rio de Janeiro, 1998.

Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.3 [citado 2019-04-17], pp.316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>.

Rolnik, S. **Cartografia Sentimental**. Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Sant'Ana, E. **Parteiras, Benzedeadas e Benzeduras: uma cultura tradicional**. Porto Alegre: Editora Alcance, 2012.

Falk, JW. **História**. Disponível em www.sbmfc.org.br/home/sbmfc/historia Acesso em 10 de junho de 2018.

Schweickardt, JC. **Magia e Religião na modernidade: os rezadores de Manaus**. Manaus: EDUA, 2002.

Schweickardt, JC, et al. **Educação e práticas de saúde na Amazônia**: tecendo redes de cuidado. V.2 Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

Vinuto, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>. Acessado em 26/01/18

A saúde do homem: cuidado humanizado dos enfermeiros na atenção básica

12

Cleiry Simone Moreira da Silva
Paulo Sérgio da Silva
Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

O Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) para faixa etária dos 25 a 59 anos. Nessa perspectiva, este capítulo insere-se no atual contexto da implantação da PNAISH junto às equipes de saúde no município de Boa Vista, Roraima e configurando como um recorte da dissertação de Mestrado intitulada: “A saúde do homem: cuidado humanizado dos enfermeiros na atenção básica”, no Programa de **Pós-Graduação** em Ciências da Saúde – PROCISA, da Universidade Federal de Roraima.

Segundo Brasil (2000), o Ministério da Saúde refere que a Atenção Primária à Saúde é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situado no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, voltado para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, sendo que o contato preferencial e inicial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser por meio do Programa de Saúde da Família (PSF); provenientes do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e na atualidade denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O interesse nesta investigação surge em averiguar as equipes de saúde que prestam atendimentos a demanda masculina, bem como da importância das equipes e profissionais de saúde para que sejam esclarecidos e preparados para atender aos homens, assim como conhecer seus pressupostos e as expectativas em relação à implementação dessa política observada pelos coordenadores do Programa de Saúde do Homem, possibilitando o entendimento e ações que proporcionam maior cobertura do cuidado humanizado à saúde masculina, com promoção e prevenção à saúde, em uma perspectiva fenomenológica de Edith Stein, e apresenta-se como uma possibilidade de leitura desta realidade, uma vez que Stein nos auxilia no reconhecimento de pontos essenciais da estrutura humana, tanto na perspectiva subjetiva da pessoa, quanto na dimensão intersubjetiva.

O estudo teve como objetivo compreender as atividades que viabilizam o cuidado humanizado realizado pelos enfermeiros a população masculina em

Boa Vista-RR tendo como referencial a fenomenologia de Edith Stein. Os dados utilizados para o desenvolvimento deste capítulo foram produzidos com nove enfermeiros de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluídos como critério apenas enfermeiros de cada macroárea, pelo fato que esses profissionais geralmente coordenam os programas de saúde, participam da assistência dos usuários da UBS no município de Boa Vista capital do estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil.

No município, a população é de aproximadamente 305.000 habitantes (IBGE, 2010). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde a Atenção Básica está organizada em 06 macroáreas de saúde; e constituem 55 equipes de Estratégia da Saúde da Família, distribuídas em 32 unidades básicas de saúde (Datusus, 2013).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR) sob a numeração CAAE: 16348913.0000.5302, atendendo aos critérios da resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, cumpridos todos os preceitos ético-legais.

A modalidade de pesquisa escolhida foi qualitativa fenomenológica, apoiada no referencial de Edmund Husserl e Edith Stein e interpretada por Bello, sendo que o método fenomenológico permite a escuta dos relatos dos participantes que se propuseram a colaborar com a investigação para compreender e analisar o ser humano na sua totalidade física, psíquica e espiritual; o que possibilita um aprofundamento e uma correlação entre a sua interioridade e exterioridade e evidencia-se nos desdobramentos das análises desenvolvidas (Bello, 2004; 2006; 2015). Na análise fenomenológica das experiências dos participantes foram aprendidos dois pontos essenciais para a discussão dos achados alinhados na compreensão do conceito de saúde no contexto das políticas públicas e as compreensões da atuação do enfermeiro na atenção básica para saúde do homem.

Nessa perspectiva, o estudo, possibilita reflexões das ações e das estratégias desenvolvidas nas unidades de saúde de Boa Vista - Roraima. Para a melhor compreensão da pesquisa, como base no referencial teórico, traçaremos 03 seções intituladas: "O Sistema Único de Saúde- PNAISH"; "Atenção Básica e a Assistência do Enfermeiro" e "Resultados e Discussões". Finalmente abordaremos algumas das principais ideias discutidas, questões levantadas e a articulação do referencial com as narrativas que foram reveladas na pesquisa, que ajudaram na construção coletiva de estratégias que gradativamente eliminem e/ou potencializem os elementos envolvidos na acessibilidade do público masculino aos serviços primários de saúde.

Primeira seção: O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A mobilização nacional em torno da democratização do país e da busca de alternativas para melhorar a assistência de saúde a população, resulta na Constituição Federal de 1988, que descreve a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo ser compreendida como o resultado do processo das relações sociais que garantam qualidade de vida para uma população (Brasil, 1998).

A criação do SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, N.º 8.080, de 1990, a qual; dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH/SUS) orienta as propostas de ação estratégica da política de desenvolvimento humano para o SUS, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve estar habilitada com o critério básico para a implantação da ESF na atenção básica de saúde. As ações e os serviços de saúde que compõem o SUS são regidos por princípios e diretrizes específicos, os quais são: Universalidade, Integralidade e Equidade (Brasil, 1990).

Deste modo, o Ministério da Saúde (MS) a partir desses princípios, verificou a necessidade de instituir a política de saúde, transformando o modelo tradicional assistencialista, exclusivamente, nas questões biologistas (oriundas de aspectos fisiopatológicos e biológicos) e mecanicistas (técnicas padronizadas). Para a concepção de assistência modelo de saúde ampliada, para dar visibilidade a rede de atenção à saúde, nos processos que envolvem a construção efetiva de políticas públicas de gestão e de trabalho nos serviços de saúde prestados à população.

No Brasil, o SUS possui uma rede integrada - denominada por rede de atenção à saúde, essa forma de organização do sistema de atenção apresenta outra diferença marcante, dada pelos fundamentos conceituais que a sustenta; que é a estrutura hierárquica, definida por graus de complexidades crescentes, e com relações de ordem entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Esta concepção de sistema hierarquizado vigente no SUS se organiza segundo suas normativas em atenção básica (primária), atenção média (secundária) e de alta complexidade (terciária).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH) a AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, como território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em

consonância ao princípio de equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos de integração de ações programáticas, e articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar os resultados alcançados como parte do processo de planejamento (Brasil, 1990).

Segundo Ayres (1994), foram adicionados à programação em saúde elementos da epidemiologia, equipe multiprofissional e participação do usuário. A programação deixou de ser voltada para a assistência individual e passou a atingir a dimensão coletiva.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a ESF é peça fundamental desse modelo de atenção, pois visa às ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento para manutenção da saúde. Além disso, as ações dirigidas pelas ESF são direcionadas a cada integrante da família ou conjunto de pessoas de um determinado território. Nesse processo são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, ambientais e saneamento das áreas onde as famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo somado a humanização da equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços de saúde disponíveis e dos locais e que prioritariamente deverá sua referência.

O acolhimento é uma das formas de concretizar essa assistência, pois se caracteriza como um modo de agir diante de todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas também no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas, visando à redução dos danos ou dos sofrimentos; contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas (Brasil, 2000).

Visando à consonância com o Ministério da Saúde, em setembro do ano de 2009, o Governo Federal lança, em Brasília (DF), a PNAISH. A Secretaria Estadual de Saúde de Roraima, por meio da Portaria N° 013/2009, implanta a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, inserida na Coordenação Geral da Atenção Básica, no Núcleo de Ações Programáticas de Saúde do Homem, em 2010.

Um importante fator a ser considerado no contexto de criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de acordo com a Portaria GM/MS n°1944, de 27 de agosto de 2009 é a posição dos homens em

relação a sua saúde. Foi evidenciado através dos estudos e indicadores da saúde masculina, pelos estudos que instituíram a PNAISH amplamente divulgado na mídia, no intuito de alertar para uma realidade preocupante e principalmente, para novas ações que visavam melhorar a saúde do homem.

A PNAISH estabelece, então, como objetivo principal “promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde”. Também a PNAISH, tem o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (Brasil, 2008).

Os atores que construíram a PNAISH, de acordo com a lei que a rege, reafirmam a importância dos eixos metodológicos, conceituais e práticos, que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade, por causas preveníveis e evitáveis nessa população, aliados com os aspectos da humanização e a qualidade, que implicam a promoção, o reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais (Brasil, 2008).

Segundo Brasil (2008), a implementação da PNAISH depende das responsabilidades compartilhadas pelas três esferas de gestão, conforme definidas na política. As ações estão calcadas em duas grandes linhas de atuação: o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina, com destaque para as questões de saúde sexual e reprodutiva; e a definição de respostas urgentes para a redução dos altos índices de morbimortalidade associados, principalmente a: causas externas (homicídios, acidentes de trânsito, agressões), consumo de álcool e outras drogas, tumores e doenças dos aparelhos digestivo, circulatório e respiratório.

Portanto, o contato dos usuários com os sistemas de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação da assistência do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social favorecendo, então, a assistência para qualidade do cuidado prestado.

Segunda seção: Atenção Básica e a Assistência do Enfermeiro

No Brasil, a PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, com as estratégias de humanização em saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família onde os profissionais da saúde atuam de acordo com as diretrizes nacionais.

A enfermagem caracteriza-se como profissão somente a partir de 1890, na Inglaterra, com Florence Nightingale. Ela organiza-se sob a ótica capitalista de produção e, internamente, pela divisão do trabalho. A sua institucionalização vem acompanhadas de outros dois aspectos marcantes, a disciplina e a hierarquia (Peduzzi & Anselmi, 2002).

No Brasil, os precursores da enfermagem foram religiosos que se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas, enfermarias dos jesuítas e outras ordens religiosas. Em 1890, surge, no país, a primeira escola de formação de enfermeiros e enfermeiras, Escola Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro organizada e controlada por médicos. Somente em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro e em São Paulo em homenagem à brilhante professora Ana Justina Ferreira Neri que foi uma enfermeira pioneira da enfermagem no Brasil e consolidou a identidade da profissão do enfermeiro a enfermagem passa a ser uma profissão independente (Almeida & Rocha, 1989).

Os profissionais escolhiam essa profissão pelo fato de que desejava ajudar o outro nos processos das enfermidades aos quais estavam acometidos e nas situações socioeconômicas de precariedade. E na constituição histórica da enfermagem caracterizando o processo de trabalho do enfermeiro, como profissão integrante da Estratégia Saúde da Família, é um processo dinâmico, histórico e de construção inconstante, que envolve a participação de elementos, os quais compõem o processo como um todo.

A enfermagem de curso superior vem buscando uma linguagem própria. Há uma iniciativa constantemente atualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Ela guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; na definição do fenômeno da Enfermagem como sendo as respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde (Nanda, 1990).

O processo de trabalho da equipe de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a

riscos, necessitando medidas curativas, e preservação a doenças. Já como instrumental de trabalho, há os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde. E o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (Pires, 1998).

A Equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como aquela em que são evidenciadas relações recíprocas e interações entre agentes de diferentes áreas profissionais, mediadas pela comunicação, objetivando a articulação das ações e a cooperação. Tal equipe passa a ser o foco principal de prestador de assistência de qualidade para o usuário do serviço.

No contexto atual, a atenção básica com a ESF, é elemento de destaque de sugestivas mudanças na organização do trabalho trazidas por essa estratégia, pois propõe o rompimento do modelo tradicional de assistência. O profissional enfermeiro, com a expansão do ESF, atua na linha de frente das UBS, em nível gerencial e assistencial.

De acordo com os objetivos da estratégia, o enfermeiro, realiza suas atividades considerando também a legislação que regulamenta sua profissão, diante do que deverá ter maior autonomia na função que exerce. No entanto, o papel do enfermeiro nos programas de saúde abriu um leque de possibilidades para organizar seu trabalho de diversas maneiras, podendo, assim, atender a questões do modelo com a importância de fazer saúde de uma forma integral, que se inicia, criando dentro do próprio relacionamento de respeito/solidariedade do profissional enfermeiro da equipe a comunidade, garantindo-lhe direito do atendimento da demanda espontânea, além de realizar consultas de enfermagem e, visitas domiciliares, compor grupos operativos e outras atividades que são orientadas pelos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Municipais de Saúde nas questões de regionalização de território (Brasil, 2008).

Atualmente, o exercício profissional do enfermeiro possui dimensão, como: cuidado/assistência, gerência/supervisão e o ensinar/educar, dimensões essas que se complementam. As ações sempre em culminância com os princípios do SUS, e visando atingir a área da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde.

Essa relação entre o processo de trabalho e as necessidades implica entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços. Assim, pode-se pensar que o modo como as ESF organizam e distribuem as atividades relativas às Ações Programáticas de Saúde influenciam o consumo desses serviços pelos usuários. É nesse sentido, que cada profissional da equipe tem seu papel e sua missão relacionados não só ao seu núcleo de competência, mas também à promoção da motivação para participar e colaborar com os outros atores.

A partir deste exposto, buscamos algumas compreensões acerca da Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família em Boa Vista-RR, sob a perspectiva da fenomenologia de Edith Stein. Para tal, a fenomenologia propõe uma mudança de atitude diante dos fatos, de colocar-se diante da realidade e do ser humano, questionando-os de modo amplo e aprofundado. Articulando-se no interior da área da enfermagem utilizou-se de uma experiência peculiar e situada que se recebe através de depoimentos experienciais, trabalhado de forma sistemática nos moldes como se costuma fazer em procedimentos científicos.

Terceira seção: Resultados e Discussões

O que se objetivou com este estudo foi compreender a percepção dos profissionais enfermeiros, que atuam na atenção básica, considerando a compreensão dos significados das vivências existentes na rede de atenção básica à saúde do homem. Essa seção foi dividida em 02 (dois) Núcleos Tipológicos / Categorias divididas em: a) experiências vividas pelos Enfermeiros nas UBS e b) fatores que facilitam ou dificultam a adesão da população masculina aos serviços de saúde.

Em busca de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno pesquisado e outros fatores que possam influenciar suas condutas, foi realizada a entrevista mediante um roteiro com questões a partir do aspecto norteador da pesquisa, tais como: Fale sobre sua experiência de trabalho na atenção básica? Como a Saúde do Homem é trabalhada em Boa Vista-RR? Quais são as ações e estratégias desenvolvidas na UBS direcionada ao homem? Quais os aspectos que dificultam ou facilitam encontrados pelas equipes no cuidado humanizado do paciente masculino? Como se dá a aceitação do paciente masculino aos serviços de saúde, do ponto de vista das equipes de saúde?

a) Experiências vividas pelos Enfermeiros nas UBS

Em conformidade com os relatos dos enfermeiros nas UBS permitiram a construção de fatores que esse profissional vivencia ao proporcionar o cuidado humanizado à população masculina, como os conhecimentos específicos provenientes dos cursos de aperfeiçoamento em saúde coletiva que valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. O currículo dos cursos de formação na área da saúde deve ser adequado para atender essa demanda. Além disso, a relação entre gestores, enfermeiros e demais envolvidos na promoção à saúde do homem é visto como meio que permite a ampliação e qualificação das ações de cuidado a essa população. Considerando que o cuidado envolve uma gama de saberes e práticas, compreendê-lo, a partir da perspectiva da equipe de profissional, e traduz as vivências e expectativas específicas do enfermeiro, que podem diferir de outros profissionais. Vejamos:

[...] fizemos uma mega ação para captar a população masculina como forma de prevenção [...] muitos homens oriundos de comunidades distantes e os que residem na área urbana e rural de Boa Vista compareceram [...] tiveram a oportunidade de fazer o PSA- o exame de sangue para a prevenção do câncer de próstata [...] a oferta de atendimentos, como: consultas médicas, psicológicas e outras atividades foram ofertadas [...] mas ressalto que essa grande ação todo ano acontece [...] é realizada através da Secretaria de Saúde do Estado e Município, juntamente com seus colaboradores (Instituições de ensino e Laboratórios)- (Enf. 1).

As duas estratégias que eu venho fazendo aqui na unidade é durante as visitas domiciliares [...] e conversando em particular com esses homens (maridos) que estão presentes durante o pré-natal [...] suas respectivas companheiras estão estimulando que seus parceiros participem efetivamente desse período [...] essas estratégias (diálogo) que eu tenho até o momento está ajudando para tentar contribuir na implementação da política (Enf. 2).

Outro aspecto destacado nos depoimentos dos enfermeiros foram seus desejos e anseios, como a organização e o planejamento de suas atividades, como a criação de horários de funcionamento das UBS com flexibilidade que possam atingir a classe de trabalhadores que trabalhem no mesmo horário de expediente das UBS e no caso da criação de um fluxograma de atendimento para a população masculina, assim como a criação de um Centro de Referência à Saúde do Homem, visando à sistematização nos serviços. Desse modo, os enfermeiros mostraram desejos na busca pela melhor qualificação oriunda do processo da educação continuada e dos cursos disponibilizados pela classe de saúde, assim como o planejamento de discussões a respeito dos problemas de Saúde Pública que a população do município possa estar sofrendo.

[...] se ele não vem até nós, vamos até a eles [...] aqui mesmo no bairro tem a construtora da CMT onde aproximadamente cerca de 800 homens trabalham [...] assim como outras empresas [...] sempre que precisamos está desenvolvendo alguma atividade para uma população maior de homens [...] costumamos solicitar mais para fazer várias atividades no auditório com eles [...] fizemos um levantamento das empresas que estão situadas em nossa macro área [...] em seguida fizemos uma reunião com os gerentes das empresas para que seus funcionários possam fazer pelo menos uma consulta durante o mês na UBS [...] geralmente a ação (consultas médicas e de enfermagem) ocorre uma sexta-feira a cada mês (Enf. 6).

Por fim, outro ponto importante mencionado pelos enfermeiros foi à necessidade da estruturação das equipes de saúde, com o auxílio de mais profissionais colaboradores, tais como: psicólogo, assistentes sociais, psiquiatras, nutricionistas, antropólogos e intérpretes linguísticos. Para que a atenção básica possa se fortalecer e melhorar o cuidado a ser prestado a essa população.

Nesta linha de pensamento, Ayres (2004, p.24) menciona o significado de um cuidado imediatamente interessado voltado para o “o sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. O autor contempla a concepção de saúde a um estado harmonioso entre corpo, psique, espírito e social.

Diante disso, percebe-se um olhar humanizado dos enfermeiros que se coloca na interação entre o profissional e o público masculino alicerçado, principalmente, na criação de vínculos, estabelecendo relações de confiança pautadas na relação de troca e respeito mútuo, consolidada com o diálogo. Para isso, deve-se estar aberto ao mundo do outro tal como se apresenta pronto para escutar suas necessidades sem preconceito; e sem julgamentos prévios, e sobre o que caracteriza todo e qualquer paciente a priori devem ser suprimidos deixando-o à vontade para expressar tudo que o incomoda ou angustia.

b) Fatores que facilitam ou dificultam a adesão da população masculina

Destacam-se as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência da população masculina foram nas relações interpessoais nas UBS, tais como: lidar com pacientes queixosos, atritos de ideias e atitudes dentro das equipes. As possibilidades que eles encontraram para solucionar esses problemas é buscar através do diálogo um vínculo de confiança, para suprimir as dificuldades e os conflitos vividos (profissional-paciente profissional-cuidador familiar, dentro das equipes).

Ao experimentar algo dentro de si, a pessoa percebe sua vivência, diante desse objeto, o que pode possibilitar ao pesquisador identificar estruturas no sujeito que faz a experiência e apreende as características particulares desse objeto que está fora do indivíduo (Bello, 2004). Essa atitude pode-se perceber em alguns enfermeiros quando a concepção de ser humano ultrapassa as concepções atuais e reflete no profissional em sofrimento psíquico, de maneira a oferecer, concretamente, o direito de acesso às pessoas, sem qualquer tipo de discriminação, a todos os níveis de atenção à saúde, em especial, às ações de atenção primária à saúde. Vejamos no depoimento da enfermeira:

Hoje em dia temos que pensar nossas atitudes, precisamos verificar o cuidar [...] nos pacientes acometidos com câncer de pró-

tata, DST'S/AIDS (Enf.5).

O discurso de modo geral, é mencionado que os encontros são sempre articulados para "saúde e o bem-estar", entre os profissionais e a comunidade, no sentido de prevenção e promoção à saúde. No processo de promoção em saúde é necessário alcançar à compreensão da essência do humano como ele é, a partir dos significados, que expressa em palavras verbais e/ou escritas, gestos, atitudes, expressões e silêncio diante das situações vivenciadas.

Essas ações de saúde contribuem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; como: torneios esportivos, encontros de datas comemorativas sempre de acordo com o contexto de cada área que UBS está inserida. Nas unidades de saúde, os serviços mostram-se semelhantes em seu funcionamento, percebe-se que são centrados nas consultas individuais, valorizando a assistência médica reduzindo a questão "saúde do homem" direcionados aos aspectos urológicos e centradas na terapêutica de patologias ocorrem muitos encaminhamentos, muitos pedidos de exames e quase sempre há uma indicação de remédios:

Geralmente eles veem porque querem fazer um tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis [...] odontológico [...] ou para verificar a pressão ou fazer o controle da glicemia [...] acho que o homem tem que procurar se cuidar mais [...] tem que entrar na cabeça deles [...] que ele precisa trabalhar ser produtivo e sentem dificuldade no atendimento com as Enfermeiras (Enf. 7).

O enfermeiro relata a questão da coincidência de horários entre a UBS e o horário de atividade profissional que o homem exerce. Evidenciando, Figueiredo (2005) afirma que os homens sentem mais dificuldades em comparecerem nestes serviços, seja pelo tempo de espera para serem atendidos e/ou por considerarem estes espaços como eminentemente feminino, e incompatibilidade de horários.

A respeito da adequação das ofertas à população a quem se destina é um desafio, devido às políticas de saúde conduzir prioritariamente às populações mais vulneráveis, o enfermeiro projeta o cuidado qualificado ao homem como uma possibilidade, considerando o contexto em que está inserido. Tal perspectiva de cuidado inclui a participação de diversos atores e setores da saúde, pressupondo esforço coletivo que leve ao encontro de estratégias de ação para atingir as necessidades de cuidado dessa clientela conforme a PNAISH.

Observa-se na prática, que os profissionais sentem dificuldades ao proceder no atendimento à população masculina em casos de doenças crônicas e graves,

mediante a ausência de em fluxograma fixo as redes de atenção direcionada ao atendimento de acordo com o SUS, o qual ele se submete. Tais considerações visam reflexões sobre as ações da ESF que se voltam não apenas para uma comunidade pertencente à área no qual a equipe está inserida, mas para comunidades, onde existem grupos como: instituições de ensino, empresas, grupos culturais e religiosos ou outras em formação e que, conjuntamente, constituem o território de abrangência das equipes.

Isto sugere a importância do desenvolvimento de habilidades dos profissionais da ESF para a prática da atenção integral durante a sua formação e ao longo do exercício profissional, a partir de modelos de organização de serviços mais dialogados e participativos. No entanto, o profissional de saúde precisa ter habilidades de comunicação verbal e não verbal para atender a população oriunda de diversas comunidades; pois em Boa Vista-RR acontece um fenômeno de migração nacional e internacional, além das variadas comunidades indígenas que habita o território roraimense.

Visando esse aspecto, o trabalho coletivo do enfermeiro e sua equipe necessitam executar as ações em conformidade com as diretrizes estabelecidas tanto pelo SUS, como pela atual Política de Humanização da Assistência à Saúde, especialmente no que se refere ao processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde.

A descrição da clientela, através do mapa situacional que em geral facilita o vínculo do usuário com o serviço, talvez seja a melhor alternativa de promover a atenção à saúde onde a população como a maioria dos usuários trabalha na região, mas vive distante e são oriundos do contexto sociocultural diferentes; daqueles onde habitam e/ou trabalham. A compatibilidade entre ofertas e características da clientela não se restringe aos fluxos e rotinas, devendo incluir as atividades programadas e avaliadas pela gestão e equipe ESF, de modo a atender as necessidades de saúde sentidas ou percebidas na população.

Nessa perspectiva, ressalta-se que seja imprescindível a realização de uma ampla discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) entre gestores, profissionais de saúde e usuários do que compõem a atenção básica em saúde do município de Boa Vista-RR.

A criação de um espaço para o atendimento exclusivo à saúde do homem poder ser o aperfeiçoamento das equipes multiprofissionais e da enfermagem com foco nas intersubjetividades, na abertura e na solidariedade mútua. O centro de referência destinado à população masculina e a inclusão de profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, antropólogos e intérpretes linguísticos,

são anseios e desejos revelados pelos enfermeiros, para diminuir a distância dos processos culturais dos povos. Possibilitando, que as atividades sejam pautadas no cuidado humanizado do desenvolvimento de práticas intersetoriais de projetos coletivos que considerem as singularidades e comunitárias, além de uma transformação de valores de modo a superar o paradigma focado no atendimento biomédico, mostra a intersubjetividade somado no olhar do ser como um todo.

Concluindo, podemos compreender os aspectos que facilitam e/ou dificultam o vínculo masculino ao programa de saúde do homem no município, está diretamente relacionado ao Planejamento Estratégico dos Serviços de Saúde, onde envolve os gestores, coordenadores, equipe e população.

Referências

Almeida, M. C. P & Rocha, J. S. Y. (1989). **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez.

Ayres, J. R. C. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) ser humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29.

Bello, A. A. (2006). **Introdução à Fenomenologia**. Baurú: EDUSC.

_____. (2015). **Pessoa e comunidade** - Comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein. Belo Horizonte: Ed. Artesã.

_____. (2004). **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Baurú, São Paulo: EDUSC.

Brasil. (2000). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília, DF, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>.

_____. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília. DF.

_____. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

_____. (1990). **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcio-

namento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, p.19.

_____. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. CRFB-1988. Disponível:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilad.htm.

_____. DATASUS. **Indicadores e dados básicos** - Brasil. 2010-2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 7-17.

Nanda. (1990). North American Nursing Diagnosis Association. **TaxonomyI** - St. Louis.

Peduzzi, M, Anselmi, M. L. (2009). Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). **Revista Formação**, Brasília (DF) 2009 janeiro; v.7, n.1, p. 89-111.

Pires, D. (1998). **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume editora, p. 253.

Unglert, C. V. de S. (1990). O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 445.

Grupo vida saudável na Atenção Primária à Saúde: uma estratégia de promoção da saúde e combate a obesidade em Brasileia, Acre

13

*Douglas Oliveira Vieira
Jardel de Nazaré dos Santos
Vandico Lopes da Silva
Celso Gustavo Ritter*

O sedentarismo e a obesidade representam, somado a outros fatores, importantes problemas para a saúde pública, com um aumento acelerado em suas prevalências e associação com efeitos adversos à saúde cardiovascular e metabólica, em idade cada vez mais precoce (Silva, Nahas, Hoefelmann, Lopes, & Oliveira, 2008).

A obesidade é o problema nutricional de maior ascensão observado entre a população nos últimos anos, considerada uma epidemia mundial, amplamente distribuída em países desenvolvidos e em desenvolvimento. As tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas neste século direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, com o aumento da densidade energética, maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras, redução do consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo (Lerario, Gimeno, Franco & Lunes, 2012).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem hoje um dos problemas de saúde de maior magnitude no mundo, correspondendo a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a). Desta forma, a obesidade é uma das principais DCNT, considerada uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que precisa ser tratada com estratégias e atenção em saúde, incluindo a reeducação alimentar, atividade física, apoio psicológico e, em alguns casos, tratamento cirúrgico.

O atendimento compartilhado em grupo é uma das principais ferramentas na atenção primária à saúde, o que proporciona o rompimento da assistência

fragmentada. Nessa esfera de atendimento, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se apresenta como um recurso importante, uma vez que atua na retaguarda das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) dividindo-se em nove áreas estratégicas, dentre elas, a alimentação e nutrição com a promoção e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, a partir de uma alimentação adequada e saudável (Brasil, 2008).

O Acre tem se destacado negativamente nos indicadores de sobrepeso e excesso de peso, segundo o inquérito telefônico VIGITEL (2006 - 2013) e atualmente apresenta 20% de população com sobrepeso e 18% com excesso de peso (Brasil, 2013).

Considerando que um Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 30 kg/m², pode desencadear problemas de saúde, como Diabetes tipo 2, Hipertensão, disfunção cardíacas e nas articulações, na região amazônica, especificamente no estado do Acre, de todas as mortes ocorridas, entre 2001 e 2011, as dez primeiras causas estão relacionadas com a obesidade.

Estudos consolidados apontam que mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares podem influenciar fortemente em diversos fatores de risco para doenças, de acordo com Organização Pan-Americana de Saúde, OPAN, 2003. As modificações são motivadoras tanto na prevenção quanto no tratamento, devendo ser adotado em qualquer faixa etária e em populações de fator socioeconômicos distintos (Sociedade Brasileira De Cardiologia - SBC, 2010).

A partir de dados epidemiológicos mundiais nota-se a importância de medidas que auxiliem na conscientização de uma alimentação saudável e adequada, processo esse que contribui para mudanças das escolhas e redução de fatores de risco a fim de promover melhorias alimentares, promoção da saúde e qualidade de vida, com consequente prevenção a várias patologias.

Em 2011 foi proposto o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no Brasil 2011-2022, que estabelece e prioriza as diretrizes e ações para o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil nos próximos dez anos. Entre as ações, consta a promoção da saúde em diversos setores como educação, esporte, cidadania, meio ambiente, o que ratifica a importância de todos os agentes sociais como pilares desse processo (Brasil, 2011a). Para a prevenção e o controle da obesidade é necessária a ampla oferta de ações que apoiem o indivíduo na adoção de modos de vida saudáveis, possibilitando a manutenção e recuperação do peso dentro dos limites recomendáveis.

Os padrões estratégicos de acesso e qualidade que estão estabelecidos na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção

Básica - PMAQ do módulo IV - processos de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF estão mencionados no cuidado integral que as equipes devem utilizar de mecanismos e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, além da realização da estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, ou seja, o desenvolvimento dessas ações proporcionam um padrão de qualidade para o serviço o que, conseqüentemente, possibilita incentivos financeiros para manutenção e continuidade dessas atividades.

Nesse contexto, o grupo de prevenção e tratamento da obesidade, intitulado "Vida Saudável", em Brasília, foi criado frente à observância na crescente demanda de atendimentos individuais pelos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, do município, a partir de encaminhamentos médicos com diagnóstico de obesidade, principalmente para o profissional nutricionista.

Considerou-se também que o único Programa de Obesidade de referência do Acre - "Qualidade de Vida" do Hospital das Clínicas, situado na capital, atendia todo o estado, com uma linha de cuidado para a prevenção e tratamento da obesidade elaborada para abranger, principalmente, a região do baixo Acre. Com o tempo, o aumento de sua demanda somada ao fato de o Hospital das Clínicas não ser porta de entrada, fez com que grande parte dos seus usuários buscassem o serviço sem estarem sendo referenciados pelos pontos de cuidados da rede de atenção.

Em 2016, através da Portaria nº 3.112, de 28 de dezembro de 2016, aprovou-se a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade do Baixo Acre e Purus, no Estado do Acre, desabilitando e habilitando a FUNDHACRE- Fundação Hospital Estadual do Acre/AC, como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Desta forma, as ações de prevenção e promoção da obesidade devem ser desenvolvidas na atenção primária (Brasil, 2016).

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência da criação e implantação do grupo de prevenção e tratamento da obesidade "Vida Saudável" no município de Brasília, pertencente à região do alto Acre, como uma iniciativa pioneira da regional de saúde.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado a partir da criação e implantação de um grupo para atendimento e tratamento da obesidade no serviço de atenção primária à saúde, em conjunto com a equipe do NASF, a partir das demandas das equipes de ESF. Sua população compreende adultos, de 18 a 60 anos de idade incompletos, sexo masculino e feminino, residentes exclusivamente no município.

A cidade de Brasiléia está localizada na região amazônica brasileira, no estado do Acre. Pertence à região de saúde do Alto Acre que compreende quatro municípios, sendo Brasiléia o maior em número populacional, com mais de 24 (vinte e quatro) mil habitantes, seguido pelo município de Epitaciolândia, Assis Brasil e Xapuri, nos quais alguns são áreas de fronteira com a Bolívia e o Peru.

A rede pública de saúde possui 09 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo elas, José Maria de Souza Santos, Tufic Mizael Saady, Simão Mansour Bartha, Antônio Monteiro dos Reis, Francisco de Assis, Fernando Correia de Azevedo I e II, e duas equipes na zona rural, ESF Doutor Ricardo Barbosa Silva e Pedro Oliveira de Souza.

A equipe do NASF de Brasiléia é composta por assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, totalizando 05 profissionais, no qual as somatórias de suas cargas horárias acumulam o mínimo de 200 (duzentas) horas semanais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

História de Criação

Os profissionais da equipe do NASF, coordenado pelo nutricionista, psicólogo e profissional de educação física, observando a realidade local do município de Brasiléia, a responsabilidade da atenção básica, e considerando que a disposição de equipe multiprofissional com assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, visando fornecer um apoio integral e igualitário ao cuidado da obesidade, realizaram no primeiro semestre de 2017, contato com os profissionais de saúde do Programa Obesidade - “Qualidade de Vida” do Hospital das Clínicas em Rio Branco, com o objetivo de conhecer o trabalho que já era realizado por estese, assim, tornar realidade no município, suprimindo a necessidade local e evitando gastos com o deslocamento de pacientes até a capital, proporcionando redução de custos com o transporte sanitário da Secretaria Municipal de Saúde.

Após interlocuções entre as equipes, já no segundo semestre de 2017, houve a visita dos responsáveis pela iniciativa de criação do grupo de prevenção e tratamento da obesidade “Vida Saudável” de Brasiléia, composta pelos membros da organização, ao Programa de obesidade em atividade na capital, “Qualidade de Vida”, que serviria como modelo para implantação da proposta no alto Acre.

Assim, tendo como base a aprovação da Linha de Cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade da região do baixo acre e Purus, do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, além de estratégias sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, foi elaborado um pequeno Plano de Ação local pelo nu-

tricionista, seguida de toda a mobilização da equipe NASF em conjunto com as equipes de ESF do município, divulgando a abertura do grupo de obesidade, com confecção de avisos em todas as unidades básicas de saúde, preenchimento de uma lista de pré-cadastro/interesse em participação deixada nos pontos de atendimento das unidades e distribuição de convite com data, horário e local do primeiro encontro/reunião do grupo, somada à divulgação nas redes sociais.

Os próprios profissionais das unidades, em especial os médicos, se mostraram solidários no redirecionando/encaminhando dos pacientes para participação no grupo. Aos agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tem o conhecimento de sua área de abrangência, ficou a incumbência de avisar a comunidade de cada micro área sobre a abertura do projeto, pois a partir da sua participação/inclusão, os profissionais que conduzem o grupo identificavam os possíveis pacientes que necessitavam realmente do atendimento individual mais especializado.

Ao final do período de mobilização, onde já se tinha um número significativo de pacientes com interesse em participação, foi realizado o primeiro encontro presencial, contando com a participação da coordenação de Atenção Básica e dos coordenadores das unidades básicas de saúde abrangidas pelo NASF para definição, juntamente com seus participantes, acerca da frequência dos dias de encontro, elaboração de cronograma, horários e locais mais acessíveis, permitindo a participação social e universidade de todos os seus usuários na tomada de decisão.

Como resultado da deliberação, decidiu-se por encontros quinzenais, às quartas-feiras, com duração média de 60 minutos, em local público, no Centro Cultural do Município da área de abrangência da ESF Simão Mansour Bartha, local que dispõe de auditório, quadra esportiva e outros recursos. Como forma de prever indisponibilidades, um segundo local ficou previamente definido - Polo da Academia de Saúde da UBS Antônio Monteiro dos Reis.

A data oficial do lançamento do grupo, dia 11 de outubro - Dia Nacional de Prevenção da Obesidade, do ano de 2017 representou, então, o primeiro passo dado pelo município de Brasília antes mesmo de o estado repassar essa responsabilidade para os municípios/regiões de saúde a partir das capacitações/oficinas para os profissionais de saúde da localidade.

Atuação do NASF e o grupo "Vida Saudável"

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) configura-se como uma política instituída pelo Ministério da Saúde (MS), a partir da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). As equipes são constituídas por profissionais de distintas áreas do conhecimento

que articulam e apoiam as equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e as equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas – consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, em território definidos, este arranjo tem por objetivo ampliar a resolutividade da AB (BRASIL, 2011b).

O NASF de Brasiléia se co-responsabiliza pelas 09 (nove) equipes de Estratégia da Saúde da Família existentes no município, incluindo as duas equipes da zona rural e o Centro de Saúde (CS), o qual possui um cronograma pré-estabelecido de agendamento para cada equipe de saúde, com o intuito de contemplar todas as unidades de SF de forma integral.

Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100 mil habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 09 (nove) equipes (Brasil, 2008). Ou seja, o município de Brasiléia atende o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, tendo em vista sua localidade na Região da Amazônia Legal, além de sua população com aproximadamente 24 mil habitantes.

De fato, as equipes de Saúde da Família do município nem sempre conseguem se responsabilizar adequadamente por seu processo de trabalho, ou seja, pelo entendimento no que diz respeito à função que ocupam em relação aos usuários, ou até mesmo pela compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação aos indicadores e metas, o NASF do município de Brasiléia vem reduzindo o número de atendimentos individuais por encaminhamento aos profissionais que compõem a equipe, principalmente na área de nutrição, fisioterapia e psicologia, tornando até mesmo desnecessário o pedido de consulta em algumas situações. Uma ferramenta que tem contribuído com essa redução foi à criação de grupos terapêuticos/autocuidado, no caso o grupo de obesidade.

No Município em questão, a troca de conhecimento entre os diversos núcleos de saberes parece apontar a saída de um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, repercutindo, inclusive, nos atendimentos individuais, ampliando a perspectiva clínica do profissional, ou seja, há um caráter técnico-pedagógico no matriciamento que se reflete na transformação do cuidado produzido pelos profissionais de saúde com os usuários.

Esse trabalho multidisciplinar do NASF, vem se tornando referência para todo o estado do Acre, quanto às iniciativas que contemplem o usuário do sistema único de saúde, pois a partir do primeiro contato com a ESF, a equipe encaminha os usuários aos grupos de autocuidado/terapêuticos, nos quais as atividades ocorrem de forma permanente e continuada com toda equipe de SF.

No estudo de Arona (2009), a co-responsabilização entre NASF e equipe de Saúde da Família acontece, pois objetiva assegurar a retaguarda especializada, tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais da atenção à saúde, buscando construir e ativar a comunicação e o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais, proposta que é percebida na dinâmica de trabalho entre os profissionais que compõem a rede de atenção à saúde em Brasília.

Admissão e atividades por área profissional

O ingresso no grupo é livre para adultos e sem regulação, aberto a qualquer cidadão, entretanto, é precedido de triagem com avaliação antropométrica, realizada pelos profissionais de saúde, ou por indicação do cirurgião, caso ocorra. Após isso, todos os pacientes são encaminhados ao grupo, tendo indicação a cirurgia, apenas, aqueles com as seguintes classificações pelo Índice de Massa Corporal (IMC):

- a) Indivíduos que apresentam Índice de Massa Corporal - IMC: 50 Kg/m^2 ;
- b) Indivíduos que apresentem IMC: 40 Kg/m^2 com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na atenção primária e/ou na atenção especializado por no mínimo dois anos e que tenha seguido protocolos clínicos;
- c) Indivíduos com IMC $>35 \text{ Kg/m}^2$ e com comorbidades, com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica, apneia do sono, doença articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenha seguido protocolos clínicos.

Compreendem contraindicações para participação no grupo indivíduos com transtornos de comportamento alimentar, psicopatias graves, dependência química, tentativa de suicídio, insuficiência orgânica grave, doenças neoplásicas, infecciosas e inflamatórias. Na triagem dos indivíduos aptos, são realizadas as respectivas inscrições, a partir de fichas de cadastro e acompanhamento pré-estabelecidas, a cargo dos profissionais de apoio das equipes de ESF.

O profissional nutricionista participa de todas as fases do grupo, realizando avaliação nutricional e acompanhamento ponderal (em caso de cirurgia), orientação dietética pré-operatória, consultas de seguimento pré-cirurgia, orientação dietética pós-cirurgia, análise da composição corporal, orientação nutricional (dietas, mastigação, horários, alimentos, preparo) e consultas de seguimento (acompanhamento pós-cirurgia). Nos encontros são levantadas as expectativas e o nivelamento das in-

formações reais sobre a obesidade enquanto uma doença crônica. Os temas abordados contemplam o consumo alimentar, distúrbio alimentar e mastigação, doenças associadas à obesidade e tratamento clínico da obesidade: atividade física, dietoterapia, farmacoterapia e o processo da cirurgia bariátrica (risco/benefícios).

Quanto ao atendimento psicológico individual, aos pacientes com indicação para cirurgia bariátrica realizam-no de forma obrigatória. Nele são observados os aspectos cognitivos e comportamentais, utilizando escalas específicas (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System - BAROS), detecção de distúrbios que requerem acompanhamento psiquiátrico, bem como uso de álcool ou drogas, além de outros transtornos psiquiátricos. Para os casos de atendimento individual pós-cirurgia são abordados: Adaptação ao novo estilo de vida, avaliação constante de possíveis distúrbios psiquiátricos (TOC, Depressão, Compulsões), imagem corporal, autoestima, entre outros. Nos encontros do grupo são abordados os temas de mudanças de comportamento, imagem corporal, autocuidado e autoestima.

Ministério da Saúde e a obesidade

Segundo o Ministério da Saúde, a pessoa com sobrepeso ou com índice de massa corporal - IMC igual ou superior a 25 Kg/m² poderá, por exemplo, ser encaminhada a um polo da academia da saúde para a realização de atividades físicas e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para receber orientações sobre alimentação saudável e balanceada. O governo investe também em ações preventivas para evitar a obesidade em crianças e adolescentes, como o Programa Saúde na Escola - PSE, que este ano está aberto a todos os municípios e passa a atender creches e pré-escolas. Está previsto o investimento de R\$ 175 milhões. Outra medida é a parceria do ministério com a Federação Nacional de Escolas Particulares para distribuição de 18 mil Manuais das Cantinas Escolares Saudáveis como incentivo a lanches menos calóricos e mais nutritivos.

Considerações Finais

A inserção do NASF possibilitou um crescimento do conhecimento nas diferentes áreas do saber, refletindo na resolutividade da assistência da APS do município, podendo se estender para os demais municípios da regional de saúde do alto Acre. Todavia, ainda é notória a falta de conhecimento do papel e das funções de alguns profissionais, enquanto nova lógica implantada no SUS, devido à deficiência de formação específica para a utilização de tecnologias leves e pela falta de orientação adequada aos profissionais ao iniciarem no NASF.

Infere-se ainda, que uma das desvantagens no município de Brasiléia é acerca da rotatividade de profissionais da saúde nas equipes envolvidas, pois muitas

vezes impede o entendimento sobre o trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, o que ressalta a fragilidade do trabalho interdisciplinar em sua prática, além de que é preciso fortalecer as gestões municipais e as equipes envolvidas para o trabalho colaborativo entre Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes de SF e/ou Atenção Básica apoiada.

Iniciativas de integralização e participação popular como foi visto no grupo de obesidade “Vida Saudável”, visam fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com obesidade, por meio da integralidade, amplia o acesso ao uso de materiais utilizados como apoio na prática educativa em alimentação e nutrição, fortalece a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde, incentiva o aumento da prática de atividade física, amplia o apoio psicológico, aumentando a autonomia dos indivíduos nas escolhas de modos de vida mais saudáveis e reduzindo o número de doenças crônicas não transmissíveis, além de potencializar as ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Estabelecer uma melhor comunicação entre NASF/ESF faz da existência do grupo objeto de conscientização para a população, transferindo ao usuário a co-participação na produção de saúde enquanto agentes multiplicadores, prevenindo as doenças psicológicas, estimulando o autocuidado o que, conseqüentemente, reduz a demanda em atendimento individualizada. Por fim, é necessário dar oportunidade de qualificação aos profissionais e sua posterior inserção nas equipes de ESF, uma vez que a implantação de equipe NASF não é suficiente para que os objetivos da política sejam alcançados.

Referências

Arona, E. C. (2009). Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde Soc**, 1(1), 20-39.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 24 jan. Recuperado em 04 de Dezembro, 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 out. Recuperado em 02 de Dezembro, 2017, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2013). **VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília.

Brasil. (2016). Governo do Estado do Acre. Portaria nº 3.112, de 28 de dezembro de 2016. **Linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade**.

Lerario, D. D. G, Gimeno, S. G, Franco, L. J, Lunes. M. Ferreira Rg. (2012). Excesso de peso e gordura abdominal para a síndrome metabólica em nipo-brasileiros. **Rev Saúde Pública**.

Organização Pan-Americana Da Saúde (OPAS). (2003). **Doenças crônico degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília. Recuperado em 06 de Maio, 2016, de <http://www.maeterra.com.br/site/biblioteca/Obesidade-OPAS.pdf>

Silva, K. S, Nahas, M. V, Hoefelmann, L. P, Lopes, A. S & Oliveira, E. S. (2008). Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, p. 159-68.

Sociedade Brasileira De Cardiologia (SBC). (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 17(1).

Atendimento odontológico domiciliar a idoso da Ilha do Combú, na região amazônica brasileira: Estratégia Saúde da Família

14

*Michely Lima Brito Buarque de Lima
Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides
Liliane Silva do Nascimento
Flávia Sirotheau Corrêa Pontes
Andrea Maia Correa Joaquim*

Introdução

A ilha do Combu localiza-se no município de Belém, metrópole da Amazônia, no estado do Pará, encontra-se a 1,5 km ao sul da cidade, ao norte pelas margens do rio Guamá, ao sul circundada pelo furo São Benedito, à leste pelo Furo da Paciência e à Oeste pela Baía do Guajará. É formada por um mosaico peculiar de espécies florestais, além de seus cursos d'água, como os rios Bijogó, Guamá e Acará, o furo da Paciência e os igarapés do Combu e do Piriquitaquara. É uma Área de Proteção Ambiental (APA) com 15.972 km² e de acordo com o último censo realizado em 2012 pela Estratégia Saúde da Família do Combu (ESF Combu) a ilha possui 644 famílias cadastradas na ESF totalizando em 2.382 pessoas. A ilha é dividida em territórios formados por 6 microáreas sendo que apenas uma microárea não possui cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ficando esta última de fora do censo. Economicamente, a população local vive basicamente da pesca artesanal, do turismo e do extrativismo vegetal, principalmente do açaí, que é beneficiado e transportado para consumo da população na região metropolitana de Belém (Pará, 1997; Ideflor, 2017).

As famílias cadastradas na ESF Combu possuem 92,39% das casas feitas em madeira, 1,76% de tijolo/adobe e 1,08 formadas com materiais reaproveitados. Todas as famílias cadastradas possuem cobertura de energia elétrica e quanto ao destino do lixo 79,49% é queimado e 29,65 fica a céu aberto. 85,79% das pessoas com 15 anos ou mais são alfabetizadas. No que se refere ao tratamento de água para consumo 62,88% das famílias cadastradas usam ao método de cloração da água, 0,93% usam a filtração, 36,80% utilizam a água sem tratamento nenhum.

Quanto o meio de onde vem a água utilizada 16,45% é pela rede pública e 76,70% é poço ou nascente e 7,45% é do rio. O destino das fezes e urina é feito em 56,83% em latrinas e 43,78% em fossas.

Embora a ilha seja de fácil acesso, o deslocamento para a capital seja fácil pois existem embarcações que façam esse trajeto todos os dias em horários comerciais, para os ribeirinhos a ida para Belém se torna dispendiosa em virtude da condição financeira baixa dos ribeirinhos.

A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira). As mulheres são maioria, 8,9 milhões (62,4%) dos idosos são responsáveis pelos domicílios e têm, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo, sendo que o número de idosos cresceu em 40,3% entre os anos de 2002 e 2012. (IBGE, 2018; Miranda et al., 2016).

A crescente demanda aos sistemas de saúde pelos idosos aponta para a necessidade de reestruturação da atenção básica, com isso há um constante avanço em busca de consolidação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à garantia da integralidade no cuidado ao idoso (Medeiros et al., 2017; Vello et al., 2014).

O envelhecimento é inerente ao ser humano sendo um processo biológico, dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo. Essas alterações exigem um olhar atencioso dos profissionais de saúde, uma vez que a suscetibilidade para o desenvolvimento de patologias aumenta (Chagas & Rocha, 2012; Araújo et al., 2013).

Diante das várias doenças comuns ao idoso, as doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão arterial são as predominantes (Pereira et al., 2015) e inclusive as que possuem as maiores taxas de mortalidade entre os idosos (Schmidt et al., 2011). Os quadros demenciais merecem atenção especial diante do impacto que causam sobre a perda da autonomia (Burlá et al., 2013).

O atendimento odontológico domiciliar é direcionado aos idosos semi e totalmente dependentes, cujo conjunto de ações preventivas e de mínima intervenção que visam promover a saúde bucal e orientar familiares e cuidadores. É considerada uma estratégia educativa e assistencial de saúde cuja finalidade é intervir, de maneira multidisciplinar, no processo saúde-doença de idosos vulneráveis (Rocha & Miranda, 2013). Na Estratégia Saúde da Família as visitas da Equipe de Saúde Bucal são realizadas preferencialmente aos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção para identificação dos riscos e acompanhamento do tratamento necessário (Brasil, 2012).

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2004).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa almeja a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2006).

Os principais problemas são: Higiene oral em condições precárias (relacionada a coordenação motora deficiente, pelas alterações cognitivas e de memórias ou pela falta de cuidadores); Uso de próteses dentárias mal adaptadas por longo período; Alteração no fluxo salivar associado ao uso de alguns medicamentos; Prevalência de doenças gengivite, periodontite cáries e candidíase (podendo estar associados a higiene bucal deficiente e a não retirada da prótese para dormir); Saburra lingual; Edentulismo; Dificuldade na mastigação e deglutição (Junior & Machiavelli, 2015).

Os problemas bucais em idosos com demência podem ser intensificados pela presença outras condições sistêmicas, entre elas, o diabetes mellitus (DM) que se destaca por apresentar manifestações bucais com impacto relevante à saúde do indivíduo. Especialmente por ter sua prevalência aumentada em idade superior a 65 anos (Franke, 2013).

Com o controle da microbiota bucal nesses indivíduos espera-se reduzir a taxa de colonização da cavidade bucal por patógenos respiratórios principalmente relacionados à saburra lingual e, conseqüentemente, evitar a ocorrência de pneumonia aspirativa. Medidas de higiene bucal por meios mecânicos ou agentes químicos devem ser intensificadas (Needleman, 2011).

Antes da elaboração do planejamento do tratamento odontológico, é necessário realizar anamnese detalhada, procurando identificar todas as comorbidades de saúde que cursam junto com a demência (hipertensão arterial, diabetes), lista de medicamentos. Faz-se necessário a interação entre a equipe multiprofissional da unidade de saúde e a família do idoso para o estabelecimento de vínculos e su-

cesso do tratamento contribuindo assim para uma melhoria na qualidade de vida desses idosos (Wachs et al., 2016; Rocha & Miranda, 2013).

A conduta do cirurgião dentista deve respeitar as fases o estado de saúde que o idoso se encontra e adequá-la à necessidade individual de cada paciente, considerando o quadro evolutivo em questão. O diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/ familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. (Brasil, 2006).

O cirurgião-dentista deve fazer parte da equipe multidisciplinar que cuida do idoso e, a partir do seu diagnóstico, planejar o tratamento odontológico respeitando as condições de saúde que o idoso se encontra. Considerando que a equipe de saúde bucal foi implantada na ESF do Combu em fevereiro de 2018 e que ao longo dos anos os ribeirinhos idosos que se encontram impossibilitados de procurar pelo serviço odontológico estão sem assistência odontológica. Pelo exposto viu-se a necessidade de fazer este trabalho sobre a importância da visita domiciliar da equipe de saúde bucal para contribuir na melhoria da qualidade de vida dos idosos da ilha.

Relato de caso clínico

As 9h da manhã do dia 24 de Abril de 2018, de um dia ensolarado e quente, tipicamente amazônico, a equipe multiprofissional composta por cirurgiã-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnica de enfermagem, agente comunitária de saúde e piloto cruzou as ruas feitas de rios seguimos que os levaria a casa de S.G.S localizada no Furo de São Benedito zona de abrangência da Estratégia Saúde da Família do Combu. A brisa fresca e úmida tocava a face daqueles que estavam na rabeta, tipo de barco comumente usado para o transporte na ilha, à falta de cobertura do barco deixava a equipe mais próxima do rio de águas turvas e profundas que ao mesmo tempo assusta e acalma.

Seguimos navegando nas águas que banham a ilha, que pelo horário estavam tranquilas. De um lado, contemplando a beleza nativa predominante com casas de madeira construídas entre vegetação de proteção ambiental (figura 2), do outro lado a bela vista da cidade de Belém, cidade morena terra das mangueiras e da chuva, com seus edifícios de concreto. Duas vistas separadas pelo grandioso Rio Guamá, rio famoso por suas lendas e marés altas que transformam as ruas em rios.

À medida que o barco passava por uma moradia os moradores que se encontravam sentados na frente das casas, a observar o ir e vir dos barcos, acenavam com um singelo levantar de mão, hábito comum entre moradores da ilha. Ao chegar à moradia do idoso constatou-se que não possui saneamento básico, é feita em madeira e possui 05 cômodos sendo que o vaso sanitário fica fora do domicílio, o

chuveiro fica na frente da casa e serve apenas para apagar a água em um balde para ser usada no banho de cuia, dispõe de energia elétrica, água encanada que vem direto do rio e uma ampla área verde com várias espécies de animais e vegetais. A renda familiar é baseada no benefício por invalidez que o idoso recebe do governo.

Ao entrarmos à casa o idoso encontrava-se sentado em uma cadeira na sala assistindo televisão e não esboçou nenhum sentimento à equipe saúde da família. Na residência moram, além do idoso, sua esposa e o filho mais novo, os demais filhos moram no mesmo terreno mais cada um em sua residência com suas respectivas famílias. Neste dia, sua esposa que é também sua cuidadora estava na capital para resolver problemas, apenas o idoso e o filho mais novo se encontravam no domicílio, por esse motivo a agente comunitária de saúde informou que o paciente encontrava apático e nervoso.

Foi explicado ao paciente e ao seu filho todos os procedimentos que serão realizados e o porquê que devem ser feitos, sempre respeitando o tempo de entendimento do idoso. O passo-a-passo foi explicado de maneira pausada e em voz alta, usando palavras de fácil entendimento e perguntando a todo momento se a compreensão estava satisfatória. Elogiamos e conversamos mantendo olho no olho buscando expressar sorrisos para a obtenção do sucesso do atendimento.

Durante o preenchimento da ficha clínica e exame oral todas as perguntas foram direcionadas ao idoso que apresentou dificuldade ao falar e mostrou desconhecimento quando perguntado quais remédios usa, se bebia um ou mais copos de água. Ao ser questionado sobre a higiene bucal afirmou que escova os dentes todos os dias uma vez ao dia quando acorda e que ele mesmo na maioria das vezes escova sozinho.

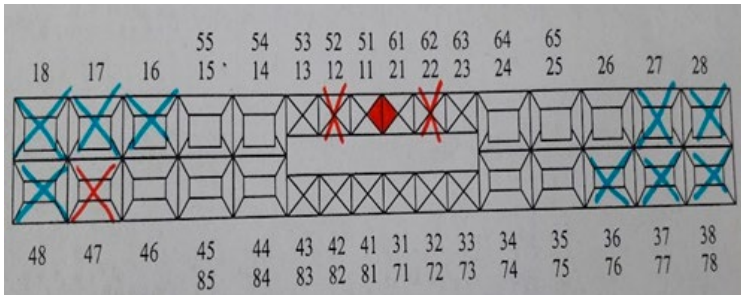
Devido à ausência da esposa, as informações em relação a saúde bucal foram repassadas ao filho que demonstrou desconforto e resistência frente as explicações, permanecendo com o olhar votado para a televisão e só o voltava para equipe quando solicitado. O idoso chorou quando a técnica de enfermagem lembrou que se ele tivesse ouvido os conselhos da equipe, na época que ele frequentava unidade, sobre o que poderia acontecer caso ele não seguisse as orientações para o tratamento da hipertensão.

Na avaliação sistêmica observamos que ele apresenta as seguintes alterações fisiológicas: Hipertenso (PA 150x90 mmHg), diabético (glicose 120mg/dL pós-prandial), dificuldade na mastigação dos alimentos, dificuldade acentuada na fala, ouve e compreende bem as pessoas, histórico de seis Acidentes Vasculares Cerebral e quadro de desidratação. Faz uso de polifarmácia, porém o filho não soube dizer quais as medicações e horários de uso.

Durante a avaliação da capacidade funcional verificamos a perda motora dos membros do lado direito. Sendo semi dependente de um cuidador para realizar as atividades de vida diária e no que diz respeito à autonomia ele se encontra semi dependente para tomadas de decisões. Alimenta-se, preferencialmente, com alimentos pastosos e líquidos preferencialmente açaí, peixe e frango. Devido a presença de disfaça o idoso faz pouca ingestão de água.

Ao exame oral constatamos a ausência de uso de prótese dentária. Não relatou dor embora apresente alguns remanescentes dentais com indicação de exodontia 12, 22 e 47 (dentes com x vermelho no odontograma) e duas cáries interproximais nos elementos dentais 11 e 21 (figura 9). Apresenta placa bacteriana em todos os elementos dentais. Sua escova tem cabo fino o que dificulta a pega durante a escovação (figura 10). Quanto a frequência de troca da escova ele informou que troca a escova dental de 3 em 3 meses e fez questão de demonstrar como faz sua higiene oral.

Figura 9 - Odontograma



Fonte: Foto tirada pelos autores

Figura 10 - Escova dental



Fonte: Foto tirada pelos autores

O filho foi orientado quanto a higienização da cavidade bucal do idoso, explicando que deve ser realizado a remoção mecânica da placa através da escovação 3x ao dia, do uso do fio dental e limpeza da língua. Considerando o fato do idoso ter dito que ele mesmo escovava os dentes, na maioria das vezes, pedi para que ele demonstrasse como fazia. Foi realizada limpeza da língua com gaze e soro fisiológico, pois a mesma apresentava-se com saburra. Considerando o frágil estado de saúde e o histórico de 6 AVC as exodontias dos elementos dentais foram postergadas. A próxima visita foi agendada para o dia 11/05/2018 e requisitamos a presença da esposa.

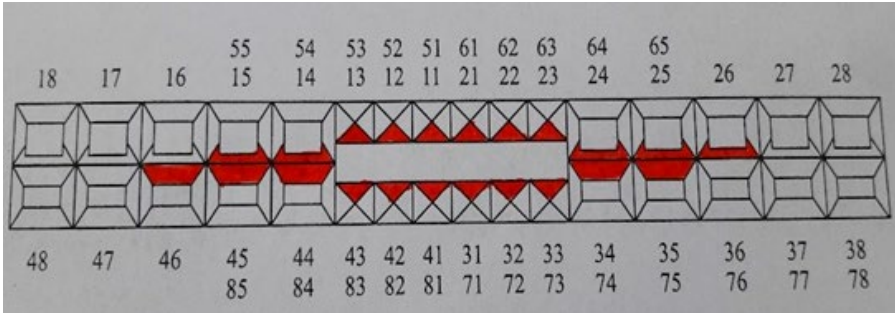
No dia 11/05/2018, conforme planejado, a equipe não teve condição de realizar a visita em razão da rabeta ter ficado a disposição para pegar as vacinas para campanha da gripe. Sendo assim, transferida para o dia 18/05/2018 pela manhã.

Chegado o dia 18/05/2018, seguimos para a realização da segunda visita ao idoso. Nesta manhã a maré encontrava-se baixa e o clima estava ensolarado, desta vez o barco tinha cobertura o que fazia proteção contra os raios solares. Por volta de 10:35 h chegamos e fomos recebidos pelo idoso, com um sorriso, sentado na sala em uma cadeira próximo a sua esposa e duas noras. Conversamos com a esposa sobre os cuidados quanto à higiene bucal do idoso e sua importância como cuidadora. Orientamos quanto às técnicas de escovação, uso do fio dental e limpeza da língua e quantas vezes essa remoção mecânica deve ser realizada. A esposa informou que por ter um problema de “fraqueza” no braço direito fica impossibilitada algumas vezes de escovar os dentes do companheiro e que ela é sozinha quanto aos cuidados com o idoso.

A esposa relatou que ele toma as seguintes medicações: Losartana Potássica 50mg (manhã e noite), Hidroclorotiazida 25mg (manhã), Ácido Acetil Salicílico 100mg (manhã), Cloridrato de Metformina 500mg (depois do almoço) e Sivastatina 20mg (depois do jantar).

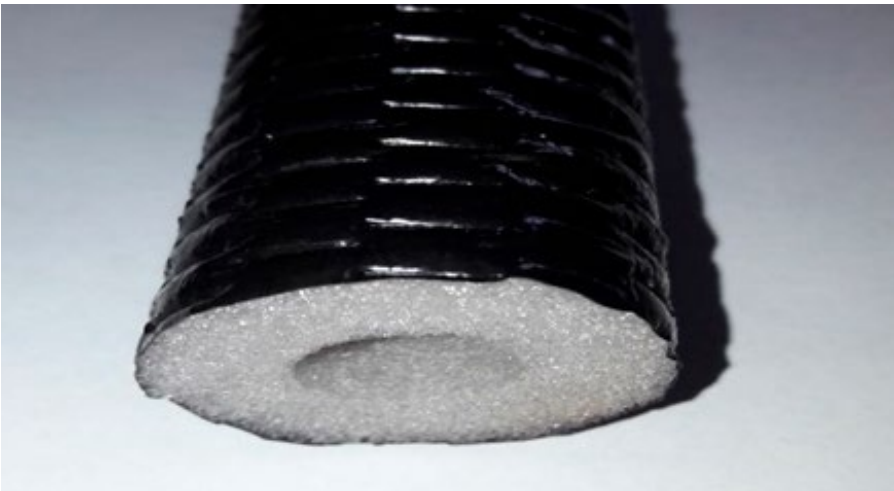
Após conversa com a cuidadora realizou-se novamente o exame clínico oral onde não foi visto a presença de placa bacteriana. A cuidadora falou que fez a escovação dele hoje. Feito o exame clínico realizamos evidenciação de placa. Colocamos o produto em um copo descartável e oferecemos ao idoso para ele bochechar por aproximadamente um minuto ou o tempo que ele conseguisse, considerando a limitação motora decorrente dos AVC.

Constatou-se que ele não conseguiu fazer o bochecho ficando apenas com o produto dentro da cavidade oral e tentando balançar a cabeça. As faces dentais coradas foram as linguais e palatinas de todos os dentes (figuras 14). A língua apresentou uma melhora significativa na limpeza.

Figura 14 - Evidenciação de placa bacteriana

Fonte: Foto tirada pelos autores

Considerando que na última visita percebemos que o idoso tinha dificuldade motora em segurar com firmeza a escova dental adaptamos um pedaço de tubo esponjoso preto para instalação de Split como forma de deixar a escova robusta e facilitar a escovação (figura 17). A escova adaptada foi entregue ao idoso sendo nesse momento passadas as instruções quanto o armazenamento, cuidados com a escova, períodos de troca. O paciente foi encorajado a realizar 3 escovações por dia e sua cuidadora foi alertada sobre a importância em prestar auxílio ao idoso quando este estiver com dificuldade em fazer sozinho.

Figura 17 - Tubo esponjosos

Fonte: Foto tirada pelos autores

Após a consulta uma das noras do idoso levou a equipe para conhecer o terreno onde mora toda a família. Uma área muito grande cercada de floresta com várias espécies de árvores frutíferas. Cada passo dado era uma descoberta de sons, sabores e cheiros. A equipe pode desfrutar de cacau e ingá colhidos durante o percurso. A terra ainda estava molhada devido o período das chuvas amazônicas abraçava nossos calçados e por vezes nos fazia derrapar. A equipe teve a experiência de colher fruta-pão e limão galego, este último uma espécie de limão muito usado na região para temperar os alimentos como peixe e frango. Uma característica que é predominante da região é o consumo diário de açaí, fruto de cor imponente e sabor marcante que é ícone da região amazônica e o preferido entre os paraenses. Na ilha do Combu quase todas as casas possuem açaizeiros e uma máquina de bater açaí de onde se tira a polpa para o consumo, na casa do Sr. S. a máquina fica na cozinha (figura 20). Além do fruto ser usado para consumo próprio, é a principal fonte de renda de boa parte dos ribeirinhos.

Figura 20 - Máquina de bater açaí



Fonte: Foto tirada pelos autores

Discussão

O atendimento odontológico domiciliar é caracterizado pela capacidade de o cirurgião-dentista saber avaliar as principais necessidades, planejar e executar condutas clínicas específicas e de mínima intervenção, além de um correto manejo e adaptação profissional. Objetivando a prevenção e eliminação de possíveis

focos inflamatórios, infecciosos e de sintomatologia dolorosa decorrentes de problemas bucais (Montenegro *et al.*, 2011).

A odontologia feita no domicílio ou em instituição corresponde a um diferencial profissional, no qual o enfoque gerontológico é seguido, além de ser uma alternativa beneficente para a população idosa semi e dependente, geralmente acometidas por doenças crônicas degenerativas (Souza & Caldas, 2008).

A adequação do meio bucal por meio do tratamento periodontal básico e medidas educativas em saúde bucal são métodos eficazes no estabelecimento da saúde bucal de idosos (Montenegro *et al.*, 2011).

A realização da higiene bucal representa uma grande dificuldade para os idosos muito provocado pelas limitações motoras que o acometem, ficando estes desmotivados a escovar os dentes. Deve ser levado em consideração o fator econômico que na população da Ilha do Combu é muito baixo e a falta de conhecimento sobre as medidas corretas com os cuidados com a cavidade bucal também é predominante fatores esses que agravam a saúde bucal dos mesmos.

Observou-se que na primeira visita o idoso encontrava-se apático e pouco receptivo, na segunda ele se encontrava receptivo e sorridente. Fato este que pode estar relacionado pelo fato de estar na presença de sua esposa, filhos, noras e netos. Sua esposa mostrou-se muito zelosa para com os cuidados diários com o idoso, sempre atenta aos horários de tomada dos medicamentos, alimentação e higiene corporal (Abreu *et al.*, 2009; Gaioli *et al.*, 2012). Esses fatores associados ao atendimento domiciliar são essenciais para a melhoria da qualidade de vida do paciente, pois há construção e reforço dos laços afetivos entre os membros da família e da família com a equipe de saúde bucal (Abreu *et al.*, 2009; Araújo *et al.*, 2012).

A adaptação feita na escova tem por objetivo estimular a autonomia do idoso fragilizado considerando que este apresenta distúrbios motores recorrentes de seis AVC. Para facilitar a realização da escovação que é uma atividade de vida diária e quem sabe com isso reduzir os desgastes sofridos pela cuidadora- esposa que apresenta certa idade, acumula várias funções domésticas e é cuidadora em tempo integral e adaptou sua rotina à rotina do idoso (Araújo *et al.*, 2012; Vargas *et al.*, 2011).

Ao receber a escova adaptada o idoso ficou reticente quanto a eficácia do método, bem como sua cuidadora, mas após a escovação mostrou-se animado com a perspectiva de melhora na sua higiene bucal, pois teve maior firmeza ao segurar o cabo o que facilitou a realização dos movimentos durante a escovação.

Na segunda visita foi visível a evolução da higiene bucal do idoso e a recep-

tividade com a equipe de saúde, o que demonstrou um crescimento do vínculo entre a equipe e a família do idoso. Quando foi perguntado se a escovação melhorou após a adaptação da escova o idoso foi categórico ao dizer sim com um largo sorriso de agradecimento sinal nítido que a presença da humanização do serviço foi um ponto fundamental para o sucesso do atendimento.

Diante dos resultados apresentados neste trabalho há necessidade de que os profissionais odontólogos da Estratégia Saúde da Família mostrem-se dispostos a realizar, com eficácia, as visitas domiciliares a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida de idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade assistencial de saúde.

Conclusão

Nesta família o cuidado com o idoso se faz quase que exclusivamente por sua esposa que divide os cuidados com o marido e afazeres domésticos. Relatando muito cansaço por ser muito franzina e ter problemas no braço direito, mas que mesmo com essas particularidades cuida do seu marido com muito carinho e amor.

O cuidado com a saúde bucal dos idosos que se encontram com limitações físicas e intelectuais é fundamental para que estes tenham apresentem qualidade de vida. A saúde bucal é um dos aspectos a ser considerado na saúde geral do paciente, pois a cavidade bucal é porta de infecção para outros órgãos do corpo como coração, pulmão e cérebro.

É relevante, que na estratégia saúde da família, a equipe de saúde bucal busque conhecer como aquela família vive, se existem problemas interpessoais, quais membros da família exercem o papel de cuidador, para se criar uma estratégia de atendimento ao idoso e família sempre no intuito de garantir o sucesso do atendimento através do fortalecimento dos vínculos afetivos.

Referências

Abreu, C. B., Ribeiro, M. I., & Pires, N. R. (2009). **Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador**. São Paulo: Atheneu.

Araújo, J. S., Silva, S. E. D., Santana, M. E., Vasconcelos, E. V., & Conceição, V. M. (2012). A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **REME - Rev Min Enferm**, 16(1):98-105.

Araujo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., Gonçalves, D. C. A., Leite, D. K. M., Dutra, C. D.T., & Pires, C. A. A. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no

cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriat Gerontol**, Rio de Janeiro, 16(1):149-158.

Brasil. (2004). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília (DF).

Brasil. (2006a). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria N° 2528 de 19 de outubro de 2006**.

Brasil. (2006b) **Caderno de Atenção Básica**- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF).

Brasil. (2012). **Política Nacional de Atenção Básica - PNA**B. Brasília (DF).

Junior, A. F. C., & Machiavelli, J. L. (2015). **Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal**. Recife: Ed. Universitária, pp. 163.

Burlá, C., Camarano, A. A., Kanson, S. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10)2949-2956, 2013.

Chagas, A. M., & Rocha, E. D. (2012). Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, 69(1)94-96.

Franke, K., Gaser, C., Manor, B., et al. (2013) Advanced BrainAGE in older adults with type 2 diabetes mellitus. **Front Aging Neurosci**, vol. 5, pp. 90.

Gaioli, C. C. L. O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto - Enferm**, 21(1)150-57.

Ideflor. **Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combu**. Disponível em: <http://ideflorbio.pa.gov.br/unidades-de-conservacao/regiao-administrativa-de-belem/area-de-protecao-ambiental-da-ilha-do-combu/>. Acesso: 03/06/2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). **IBGE lança o Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso: 03/06/2018.

Medeiros, K. K. A. S., Junior, E. P. P., Bousquat, A., & Medina, M. G. (2017). O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, 41(3)288-295.

Miranda, G. M. D., Mendes, A.C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, 19(3):507-519.

Montenegro, F.L.B., Marchini, L., & Manetta, C.E. (2011). Atenção para idosos em unidades de internação. **Rev Portal Divulgação**, 2011; 7:43-50.

Needleman, I. G., Hirsch, N. P., Leemans, M., Et al. (2011). Randomized controlled trial of toothbrushing to reduce ventilator-associated pneumonia pathogens and dental plaque in a critical care unit. **J Clin Periodontol.**, 17:246-252.

Pará (Estado). (1997). **LEI N° 6.083, de 13 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combú no Município de Belém. Publicado no Diário Oficial do Estado em 17/11/1997.

Pereira, D. S., Nogueira, J. A. D., & Silva, C. A. B. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, 18(4):893-908.

Rocha, D. A., & Miranda, A. F. (2013). Atendimento odontológico domiciliar ao idoso: uma necessidade na prática disciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, 16(1):181-189.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Azevedo, E., Silva, G., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., **et al.** (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, 377(9781):1949-61.

Souza, I.R., & Caldas, C.P. (2008). **Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade**. RBPS, 21(1):61-68.

Vargas, A. M. D., Vasconcelos, M., & Ribeiro, M. T. F. (2011). **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Belo Horizonte: Nescon UFMG.

Vello, L. S., Popim, R. C., Carazzai, E. M., & Pereira, M. A. O. (2014). Saúde do Idoso: e percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 18(2).

Wachs, L. S., Nunes, B. P., Soares, M. U., Facchini, L. A., & Thumé, E. (2016). Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(3):e00048515.

Saúde mental e a atenção básica: facilitando o diagnóstico da depressão em adultos

15

Fagner Alfredo Ardisson
Cirino Campos
Fabio Biasotto Feitosa

A depressão é conhecida desde os tempos mais remotos, conforme registros históricos de diferentes culturas e povos. Na antiguidade não se fazia diferença entre depressão, tristeza e luto. Aspectos que generalizavam a depressão como um sofrimento ou desesperança vivenciada pelo ser humano (Campos & Feitosa, 2017). Não obstante, com o desenvolvimento da medicina, se desenvolveu o campo da psiquiatria e psicologia, as quais trouxeram conceitos novos para explicarem a depressão, considerando sua causa biopsicossocial.

A psiquiatria aponta que os mecanismos de ação dos antidepressivos demonstraram que há uma íntima relação entre a diminuição dos estoques cerebrais de monoaminas (serotonina, noradrenalina e dopamina) com o surgimento da depressão. Já para a psicologia, a causa seria o luto mal elaborado, distorções nos esquemas cognitivos, desamparo aprendido e déficit de habilidades sociais, dentre outros (Campos & Feitosa, 2017). Porém definir a causa da depressão ainda é um mistério para a saúde mental, psiquiatria, psicologia e enfermagem psiquiátrica.

A depressão é reconhecidamente um problema de saúde pública e provoca o comprometimento das atividades cotidianas do indivíduo, principalmente nas relações interpessoais. Em termos mundiais, estima-se que em 2020 a depressão será a segunda causa de incapacidade em saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 350 milhões de pessoas vivem com depressão. E no Brasil a prevalência desta doença seria de 7,6% (Stopa *et al.*, 2015).

Sabe-se que as minorias étnicas e indivíduos com baixos níveis socioeconômicos e educacionais, estariam mais susceptíveis a prevalência de transtornos mentais. Porém, essa proposição não se relaciona com a depressão, havendo discordância nos estudos em relação aos níveis de escolaridade e socioeconômicos. Além disso, é conhecido na literatura que residir perto de pessoas do mesmo grupo étnico, cultura e costumes pode se transformar num fator protetor para não desenvolver depressão

em um indivíduo (Schofield, Das-Munshi, Mathur, Congdon, & Hull, 2016).

A depressão grave pode provocar demência e estupor cérico, sendo que a prática de exercício físico e apoio psicológico são fatores protetores para preveni-la e estimular a cognição, como também, retardar a demência (Yuenyongchaiwat, Pongpanit, & Hanmanop, 2018). Sem embargo, um estudo chileno identificou que 78,1% (n=256) dos pacientes atendidos na Atenção Básica de Saúde (ABS) possuíam um episódio depressivo, conforme o Patient Health Questionnaire - 9 (instrumentos que rastreia a depressão baseado na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental - CID-10). Quanto à estratificação da depressão, 5,6% estavam em leve, 26% moderada, 34,4% moderadamente grave e 32,4% grave. Além disso, 30,0% dos pacientes estavam com risco alto de comportamento suicida (Martínez et al., 2017).

Partimos da reflexão da necessidade de se implementar políticas de saúde mental, que favoreçam o fortalecimento de protocolos de diagnósticos e tratamentos da depressão, fundamentado no trabalho em equipe. A reabilitação, evolução e possível cura da depressão, precisa indispensavelmente de uma ação interprofissional com psiquiatras, psicólogos, enfermeiro de saúde de família na relação com a comunidade, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais. Desse modo, é necessário desenvolver um plano terapêutico a ser executado com o paciente, com diagnóstico de depressão.

Alguns autores apontam que o sexo feminino possui maior vulnerabilidade à depressão por serem as mulheres mais susceptíveis aos eventos estressantes no decorrer do seu ciclo vital. Achados demonstram que não dependem apenas de fatores genético-biológicos, como idade e reações dos hormônios femininos, mas também de fatores ambientais. Além do mais, o uso abusivo de entorpecentes em mulheres pode ser um fator favorecedor da prevalência de depressão (Barbosa, Furman, Santos, & Molena-Fernandes, 2018).

Nesse sentido, convém enfatizar a necessidade de ser implementar um protocolo que favoreça o diagnóstico da depressão na ABS. Isto é importante porque os instrumentos encontrados, até o momento na comunidade científicas, são escalas psicométricas que têm a funções de acompanhar o paciente da ABS ou serviços de saúde mental, em relação a evolução da depressão. Visto que as taxonomias clássicas como Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental (CID-10) e Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), são complicadas de se lerem e de difíceis manuseios para prática clínica, o que muitas vezes dificulta o diagnóstico de depressão, havendo a subestimação deste diagnóstico pelos profissionais de saúde (Campos & Feitosa, 2018).

De tal modo, a identificação precoce da depressão na ABS, desde que o paciente se enquadre nos critérios previamente estabelecidos no protocolo para o

diagnóstico da depressão, poderá favorecerá o diagnóstico da depressão mais rápido e efetivo ao paciente que procura este serviço, visto que, a ABS é a porta de entrada para toda a rede de saúde pública. Logo, carrega sobre si, uma grande responsabilidade, pois tem que dar uma solução/resposta para cada paciente que procura este serviço. E nisso, se inclui pacientes depressivos (Brasil, 2017).

Estado da Arte sobre Estudos da Depressão no Brasil

A Organização Mundial de saúde aponta que a prevalência da depressão no mundo, seja em torno de 3 a 11%, o que equivale a aproximadamente 350 milhões de pessoas com este transtorno (Campos & Feitosa, 2018). A prevalência da depressão no Brasil é em torno de 18,4% (Barbosa et al., 2018). Mas, este índice é alarmante, quando comparado por regiões, nas diversidades sociais, econômicas e culturais presentes nos estados.

Em um estudo realizado no Sudeste, na região de São Paulo entre professores, constatou-se prevalência de 23% (n=100) de depressão (Silva, Bolsoni-Silva, & Loureiro, 2018). Outro estudo ainda nessa região, identificou-se a prevalência de 44,4% (n=500) na população paulista, com depressão (Peluso & Blay, 2008). Ainda, vale ressaltar que outra pesquisa, paulista, especificamente em relação a depressão pós-parto, identificou, a depressão pós-parto como fator de risco para a não adesão ao aleitamento materno exclusivo. Isto é relevante para os profissionais da ABS, que por meio de um protocolo de diagnóstico da depressão, identificará rapidamente na gestante, um possível quadro depressivo instalado (Vieira, Caldeira, Eugênio, Lucca, & Silva, 2018). E assim, favorecer o tratamento adequado dela. O que proporcionará cuidados ao recém-nascido, sem negligência, pela sua mãe.

Já, num estudo realizado no centro-oeste, em estudantes de medicina em Goiás, 26,8% (n=287) apresentaram sintomas depressivos de acordo com escala de Beck. A prevalência de sintomas depressivos moderados e graves entre estes, foram de 6,9%, enquanto 19,9% apresentaram sintomas leves (Amaral et al., 2008).

Para um estudo com estudantes de saúde da região nordeste, no Ceará, trouxe dados inusitados a serem mencionados, em que a prevalência da depressão entre estes foi de 28,6% (n=136), e foi 4 vezes maior em estudantes que estavam insatisfeitos com o curso; apontando que fatores de risco que influenciavam para desenvolver a depressão como: relacionamentos familiares e amizades disfuncionais ou insatisfatórias e insônia. Ainda, 75,8% (n=102) apresentaram depressão leve, 23,5% (n=32) moderada e 0,7% (n=1) grave (Leão, Gomes, Ferreira, & Cavalcanti, 2018). Talvez isto ocorra pela carga estressante dos acadêmicos em cumprir suas obrigações e atividades de seu currículo universitário.

Além disso, estudo realizado no sul do Brasil, no Rio grande do Sul, identificou que entre pacientes com déficit motor, que sofrem com dor e tem suas atividades sociais prejudicadas, que estes apresentavam 10,6% (n=168) de incidência de depressão (Falavigna, Righesso, Teles, Bossardi, & Silva, 2014).

Segundo estudos realizados na região norte, especificamente no estado do Amazonas, com paciente da ABS, identificou a prevalência de depressão de 19,1% (n=1632) (Santos, 2015). Também, para uma pesquisa realizada em Rondônia, identificou-se a prevalência de 27,1% (n=498), de depressão, em pacientes acompanhados pelo um Centro de Atenção Psicossocial (Azevedo, 2015). Já no estado do Acre, um estudo identificou 27% (n=264) de idosos depressivos na área de abrangência da estratégia saúde da família (Amaral et al., 2018).

É notório relatar que todos estudos pesquisados acima, descreviam em sua metodologia, o uso de questionários baseados na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental (CID-10) ou Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (sejam nas versões anteriores ou atual) ou escalas psicométricas, como a de Beck. Isso sugere a dificuldade que se tem os pesquisadores em rastrear a depressão na população de sua pesquisa. E esta dificuldade, também, se estende aos profissionais de saúde, principalmente em profissionais da ABS. Para tanto é necessário padronizar um protocolo de diagnóstico da depressão no Brasil, que atenda a especificidade e realidade da ABS (Wenceslau & Ortega, 2015).

Assim, devido à elevada prevalência da depressão no Brasil, é preciso estimular o uso de protocolos para o diagnóstico da depressão. Na ABS, é comum as ações dos profissionais serem respaldadas por protocolos de saúde, contudo, na área da saúde mental, tais protocolos ainda são escassos. Para tanto, protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, para uma circunstância clínica específica e delimitada, no nosso caso em estudo a depressão; de preferência baseado na melhor informação científica disponível na literatura. Tais instrumentos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde, e utilizados para reduzir a variação inapropriada que possa ocorrer durante a prática clínica do profissional da saúde (Machado et al., 2017). Especificamente no diagnóstico e tratamento da depressão.

Protocolos e Iniciativas do Serviço para a Promoção da Saúde Mental

Os protocolos em saúde na ABS são ferramentas importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços de saúde. Estes são guiados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política; e precisam estar fundamentados em estudos validados por evidências científicas.

Estes são elaborados por profissionais experientes e especialistas em uma área, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (Gubert et al., 2016).

Além disso, os protocolos são viáveis para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados com critérios técnicos, científicos e políticos. Sendo úteis na organização do processo de trabalho e na construção de modelo de atenção na saúde por: 1º - reduzir a variação de práticas clínicas (proporciona efetividade e eficiência no cuidado de saúde), 2º - utilizar procedimentos e ações científicas, 3º - implementar medidas para aumentar o acesso ao serviço de saúde, 4º - estabelecer relação efetiva com o paciente, 5º - produzir indicadores de qualidade e facilitar a avaliação da qualidade do serviço de saúde oferecido (Campos, 2015).

Deste modo, os protocolos clínicos na atenção básica proporcionam acesso equitativo aos recursos disponíveis. Como também, eles podem facilitar e nortear a equipe interdisciplinar da atenção básica, a diagnosticar a depressão nos pacientes atendidos, com base em um protocolo, que seja condizente com a realidade e diversidade cultural, social e econômica do Brasil (Campos & Feitosa, 2018). Em especial na região norte deste vasto país, onde sua população tem dificuldades para acessar os serviços de saúde por questões geográficas, socioeconômicas e repasse insuficiente do governo para financiar as ações de saúde (Garnelo, Sousa, & Silva, 2017). Assim, um protocolo de diagnóstico para depressão facilitará o rastreamento da depressão por profissionais de saúde da ABS na região norte, em especial na amazônia legal.

Além disso, a equipe da ABS que é composta por médicos, enfermeiros de saúde da família e comunidade, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros. A depender da modalidade da equipe e serviços instituídos. Estes profissionais, quando atuantes, aplicam intervenções como: atendimento individual, rodas de conversas e empoderamento dos pacientes no seu contexto sócio-político, grupoterapia, terapia individual, clínica ampliada, terapia focada na resolução dos problemas, apoio emocional e social, vinculação, participação do matriciamento, aconselhamento, orientação, psicoeducação e promoção da saúde. Intervenções clínicas que favorecem o tratamento da depressão. Logo, que o trabalho realizado pela equipe de saúde da ABS é pautado na integração e compartilhamentos dessas tarefas referidas acima (Brasil, 2013).

Tais intervenções psicossociais mencionadas, dentre delas, que podem contribuir para o tratamento da depressão, após sua identificação por meio do protocolo de depressão, seria a grupoterapia. Esta, favorece a integridade do cuidado pela equipe da ABS no seu território de abrangência, desde que a grupoterapia seja estruturada e sistemática, o que permite uma poderosa e rica troca de experiência e

transformação subjetivas aos pacientes com diagnóstico de depressão. A grupoterapia é uma ferramenta para a educação e promoção da saúde mental, atendendo as necessidades psicossociais do sujeito participante, o qual desenvolve sua autonomia, autocuidado, empoderamento político e social. E, o seu sentimento de pertencimento da sua região/território, reafirmando-se como um ser social (Brasil, 2013).

Por outro, lado a implementação por gestores e profissionais de saúde da ABS de um protocolo para o diagnóstico da depressão na região amazônica é algo de extrema necessidade e relevância. Conseqüentemente melhorará o acesso ao serviço de saúde mental, tornando-a: universal, justa e humanizada. Sabe-se que esta região carece de recursos financeiros e humanos na saúde pública, e concentra populações que não tem acesso aos serviços básicos, devido a distância dos grandes centros urbanos, acesso que pode ser dificultado pelas características geográficas da região. Fatos que levam a necessidade de implantar-se um protocolo de diagnóstico para depressão na ABS. Visto que a depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente, e onerosa ao sistema público de saúde (Molina et al., 2012). Uma vantagem, como foi mencionada anteriormente na implementação de protocolos de diagnósticos da depressão na ABS é universalidade e rapidez do diagnóstico. Porém, como desvantagem convém mencionar a necessidade de treinamento dos profissionais que compõem a ABS para operacionalizar o protocolo de diagnóstico para depressão.

Além disso, a depressão é frequentemente associada à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física. Sabe-se que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença frequente de comorbidades, o que dificulta a equipe de saúde da atenção básica em reconhecê-la. Infelizmente 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico. Deste modo, percebe-se que há dificuldade de ser diagnosticar a depressão por profissionais de saúde, inclusive na ABS (Molina et al., 2012).

Assim, a elaboração de protocolos de saúde para o diagnóstico de transtornos mentais deve favorecer o encaminhamento do paciente para tratamentos específicos ao diagnóstico. No caso da depressão, é sabido que é um transtorno mental ainda subdiagnosticado e, por isso, subtratado (Noronha Júnior et al., 2015; Teng, Humes, & Demetrio, 2005). A depressão muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada, principalmente porque os sintomas depressivos também podem ocorrer em doenças crônicas (diabetes, hipertensão, cardiopatias, etc.). Ao mesmo tempo, percebe-se a importância para a saúde pública brasileira em ter um protocolo de diagnóstico da depressão, fundamentado em critérios internacionais que possa favorecer a identificação da depressão de maneira efetiva, por meio de um instrumento com características universais, isto é, que possa ser aceito e utilizado por diferentes profissionais da saúde (Campos, 2016).

Corroborando com Stopa et al., (2015), a depressão no Brasil tem sido subestimada em seu diagnóstico porque muitos profissionais não sabem usar os instrumentos ou escalas disponíveis. Deste modo, um protocolo para o diagnóstico da depressão poderia facilitar o seu diagnóstico na ABS, resolver as distorções na prática clínica em relação ao diagnóstico, favorecer o acesso ao mesmo e padronizá-lo conforme padrões internacionais. Razões que diminuiriam as divagações teóricas e ideológicas em relação à depressão, pelos profissionais de saúde, que tiram a objetividade na ação de rastrear a depressão, quando não fundamentada em um protocolo específico.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo apresentar o Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA) como facilitador do diagnóstico da depressão pelas equipes de saúde da ABS.

Percurso metodológico

Para tanto, o Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA) é um instrumento psicométrico para o diagnóstico da depressão. Este foi elaborado no ano de 2015, como requisito de mestrado acadêmico em psicologia, por um enfermeiro e um psicólogo, ambos com experiência em saúde mental. A construção do PDDA seguiu os passos metodológicos da pesquisa participante. E, teve participação ativa dos pesquisadores e técnicos do serviço de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais graves e persistentes (Campos, 2015).

A construção do PDDA foi idealizada pela pesquisa participante por instigar pesquisadores e profissionais de saúde, de diferentes áreas, a trabalharem, de maneira interdisciplinar, em volta de um problema de saúde que merece peculiar desvelo: a sistematização do diagnóstico da depressão. Visto que no CAPS onde ocorreu a pesquisa de sua construção, para que fosse diagnosticada a depressão nos pacientes era necessário decorrer um espaço de 30 dias até os mesmos terem uma consulta com um profissional psiquiatra, devido à alta demanda de atendimento. No caso, problema bem evidente na saúde pública.

A pesquisa participante foi a chave encontrada pelos pesquisadores para a solução desse problema, e para idealização de construção do PDDA. Este foi capaz de aumentar o número de profissionais habilitados a diagnosticar a depressão e, conseqüentemente, tomar providências para o devido encaminhamento terapêutico do paciente, com economia de tempo e otimização de recursos físicos, materiais, humanos e econômicos.

A pesquisa participante é caracterizada pela interação entre pesquisador e os membros da situação investigada. Além de propiciar que os sujeitos da pesquisa

possam participar ativamente, produzindo conhecimento e intervindo na realidade, prioriza a solução de um problema identificado na comunidade ou em outros setores, que serão solucionados pela participação dos indivíduos implicados na pesquisa e dos pesquisadores. No desenvolver e desenrolar da pesquisa participante é almejada uma comunicação horizontal entre todos os envolvidos (Campos & Feitosa, 2018). Na situação exposta, facilitar o diagnóstico da depressão por meio de um protocolo.

De tal modo, fundamentado na pesquisa participante, foi elaborado o PDDA, e sua criação foi dividida em fases:

Na primeira fase, foi realizada a revisão de literatura para fundamentar o referencial teórico do PDDA. De certo, o enfoque foi enfatizado nas bases teóricas das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde mental: universalidade, integralidade, equidade e humanização em saúde.

Ainda, foram revisados os modelos assistenciais em saúde, considerando o modelo biopsicossocioespíritual como o ideal a ser seguido, e o modelo biopsicossocial como possível de ser aplicado na saúde mental, pois ainda a espiritualidade é vista com preconceito na saúde (Campos & Feitosa, 2018). Ainda, foi revisado o conceito de trabalho em equipe, considerando o trabalho interdisciplinar como integrador das disciplinas em saúde mental, operacionalização dos protocolos de saúde e capítulo sobre os transtornos de humor na CID-10.

Na segunda fase da construção do PDDA, foi feita a análise crítica do problema com os sujeitos de pesquisa. Nosso problema era a necessidade de se diagnosticar a depressão de forma rápida e eficiente, cuja solução era a elaboração de um protocolo de diagnóstico para depressão que atendesse a essa demanda da saúde mental, em especial do CAPS.

Também, atendendo a segunda fase, foram realizadas três reuniões com a equipe interdisciplinar de saúde mental de um CAPS da capital de Rondônia, com o objetivo de melhor esclarecer para a equipe a proposta de construção do PDDA em um contexto interdisciplinar e com foco no diagnóstico. Na primeira reunião, os autores deste capítulo apresentaram o protocolo de diagnóstico para depressão (o qual foi elaborado na primeira fase), e enfatizou a necessidade do apoio dos profissionais de saúde, que contribuíram com sua experiência profissional, opiniões e expertises na testagem piloto que ocorreria na terceira fase.

Assim, é importante descrever os sujeitos que participaram da pesquisa de elaboração do PDDA:

- Os autores deste capítulo, sendo que o primeiro é graduado em enfermagem

e cumpriu com a função de construir o PDDA pautado na revisão da literatura, nas sugestões dos profissionais de saúde e em sua experiência. O segundo é doutor em psicologia e tem experiência em orientação de projetos de pesquisa no tema da depressão. Este teve a responsabilidade de avaliar e reformular o material produzido.

- Profissionais da saúde que compõem a equipe interdisciplinar do CAPS, que participaram da pesquisa - sendo três psicólogas, um enfermeiro e uma assistente social, que contribuíram como juízes técnicos, avaliando e aprimorando o PDDA mediante sugestões, críticas e novas ideias.

Na terceira fase da criação do PDDA, os autores deste capítulo submeteram o protocolo de diagnóstico da depressão à equipe de saúde mental, que foram juízes técnicos. Esta submissão ocorreu em caráter único, por questão de tempo, e o pesquisador entregou o protocolo de diagnóstico da depressão, com o “Questionário de Validação do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)”, individualmente a cada participante, que teriam duas semanas para entregarem aos autores deste capítulo o questionário respondido.

Nessa fase também, após a devolutiva dos questionários respondidos, analisamos as respostas obtidas no questionário aplicado à equipe de saúde mental para compor a validação piloto do PDDA. Esta fase possibilitou gerar os resultados da tabela 1.

É pertinente frisar que a pesquisa participante permitiu, como metodologia a ser seguida, flexibilidade, criatividade e liberdade intelectual, contribuindo para produzir o PDDA de forma condizente com as transformações da saúde mental, e o mais importante, tornando-o inclusivo e interdisciplinar.

Para a construção do protocolo, como referencial teórico foram usadas as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Os autores deste capítulo, analisaram a CID-10 fazendo uma leitura flutuante para entender as especificidades dos transtornos depressivos descritos nela. Após essa leitura, foram fichados os pontos-chave dos diferentes tipos de depressão, de forma a transformá-los em itens que facilitassem o diagnóstico da depressão pelos profissionais da saúde mental.

Com o propósito acima, os autores recorreram à literatura e inspiraram-se no Protocolo de Atenção em Saúde Mental, do município de Florianópolis. E, para ajudar na elaboração do PDDA, de forma estrutural, também seguiram os seis passos descritos a seguir, baseados na elaboração de protocolos como descrevem Campos e Feitosa (2018): 1. Escolher o título ou tema; 2. Avaliar a magnitude (o quão frequente é a condição); 3. Transcendência (gravidade do problema) e vulne-

rabilidade (o quanto é efetivo o tratamento); 4. Relatar as evidências e suas fontes bibliográficas pesquisadas; 5. Informar sobre os níveis de evidência encontrados; 6. Organizar o trabalho em um modelo de formulação e 7. Enumerar as referências bibliográficas consultadas.

De tal modo, o primeiro passo foi a definição do título do protocolo de saúde: “Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)”.

No segundo passo, foram definidos: (1) a magnitude da depressão, que se refere à descrição da prevalência e incidência (2) a transcendência da depressão, que se refere à sua gravidade caso não seja diagnosticada e tratada, ou seja, o risco de suicídio; e (3) a vulnerabilidade da depressão em relação ao tratamento foi um item considerado pelo fato de o instrumento objetivar apenas o diagnóstico da depressão.

No terceiro passo, foi eleita apenas a CID-10 como referência para se padronizar os critérios de diagnóstico para depressão, por ser bastante abrangente e amplamente utilizada no Brasil. No quarto passo, foi contemplado no terceiro, não sendo feito de maneira independente porque a CID-10 é um consenso de pesquisas já validadas. No quinto passo, os autores deste capítulo organizaram o protocolo em quadros por ser mais estético. No sexto passo, foi apenas citada a referência da CID-10.

Para elaboração do Manual do Protocolo de Diagnóstico da Depressão foi necessário recorrer à revisão de literatura não sistemática na base de dados Portal Periódicos Capes/MEC224, que abrange materiais científicos de diversas áreas do conhecimento, incluído as ciências médicas, enfermagem, psicologia e serviço social. Nesta foram utilizadas palavras-chave como: “depression”, “depressão” e “prevalence”. Foram escolhidos artigos de pesquisas internacionais que traziam prevalências das diversas depressões apresentadas no protocolo de diagnóstico da depressão construído, e que eram artigos atuais (dos últimos 5 anos). Entretanto, também, foram mantidos artigos clássicos por serem considerados como importantes e confiáveis, artigos escritos em inglês, em espanhol, e disponíveis na íntegra.

Segunda fase: reunião com a equipe de saúde mental e discussão dos objetivos da presente pesquisa. Na qual foram realizadas três reuniões com a equipe interdisciplinar de saúde mental do CAPS.

Na primeira reunião, na qual estiveram presentes enfermeiro e psicólogas, os autores apresentaram a proposta de se realizar um protocolo de diagnóstico para a depressão, e falaram sobre a necessidade do apoio dos profissionais de saúde do CAPS para contribuírem com opiniões e expertises na validação do PDDA, como instrumento efetivo de ser utilizado no serviço de saúde mental.

Na segunda reunião, os autores apresentaram os objetivos propostos na pesquisa de construção do PDDA, foram feitas palestras e rodas de conversa sobre saúde mental, trabalho interdisciplinar e viabilidade de protocolos no serviço de saúde mental, e respondidas indagações a respeito dos conteúdos apresentados, conforme a solicitação dos membros presentes - médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e assistente sociais.

Na terceira reunião, estiveram presentes as psicólogas, o enfermeiro e a assistente social, e foi discutida livremente a importância de se criar protocolos de saúde mental, sempre enfatizando o diagnóstico e tratamento da depressão, como também as dificuldades e potencialidades de seu uso no serviço de saúde mental.

O material assim produzido foi submetido, uma única vez (em razão da disponibilidade de tempo), à avaliação dos profissionais de saúde participantes, cujas sugestões de adequação foram atendidas. O material foi deixado dentro de um envelope e entregue pessoalmente com orientações de que poderiam modificá-lo e para responder às perguntas que avaliavam a adequação do protocolo: a) "Você pensa que este protocolo de rastreamento rápido da depressão é operativo?"; b) "Você usaria este protocolo em seu serviço? Justifique". c) "Quais sugestões de melhoria você adicionaria a este protocolo?"; d) "O que você gostou neste protocolo?"; e) "Quais dificuldades você encontraria na aplicação deste protocolo?".

Os questionários retornaram no prazo de duas semanas. Assim, os autores procederam a uma análise do conteúdo das respostas dos cinco participantes, e construíram gradativamente o PDDA, conforme a incorporação das sugestões recebidas dos profissionais e de informações advindas das novas leituras científicas realizadas pelos autores.

Estruturalmente, o PDDA é composto por 4 partes, (1a) sintomas principais e acessórios, (2a) depressão não recorrente, que equivale ao primeiro diagnóstico, e depressão recorrente, que é mais duradoura e com um diagnóstico anterior de depressão, (3a) depressão crônica, muito persistente, e (4a) depressão de curta duração.

Além disso, a primeira parte traz a sintomatologia depressiva. Esta, possui os três sintomas fundamentais: humor ou tristeza persistente, fadigabilidade aumentada e perda de interesse e prazer. E, oito sintomas acessórios: apetite diminuído, atividade diminuída, autoestima e autoconfiança reduzidas, concentração e atenção reduzidas, sentimento de culpa e inutilidade, pensamentos suicidas, sono perturbado, visões desoladas e pessimistas do futuro (Campos & Feitosa, 2017).

A segunda parte apresenta a depressão não recorrente e recorrente. Estas são leve, moderada, grave, psicótica, outros episódios depressivos, atípica, secundária,

bipolar e pós-parto. A terceira parte apresenta depressões crônicas, como a distímia, ciclotímia, outros transtornos persistentes do humor (específicos ou não). A quarta parte apresenta outro transtorno persistente do humor, que são episódios depressivos de curso rápido (Campos & Feitosa, 2017). A seguir apresentamos o PDDA:

Tabela 1: Apresenta o Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM ADULTO (PDDA)		
<p>INSTRUÇÕES GERAIS: segue abaixo um formulário para rastreamento da depressão fundamentado na CID-10 (OMS, 1993). Na primeira parte são listados os sintomas fundamentais e acessórios da depressão. A segunda parte auxilia no diagnóstico a depressão, que pode ser recorrente ou não recorrente. A depressão não recorrente é diagnosticada no primeiro contato com o paciente, a partir de sua história de vida e sintomatologia clínica no ato da consulta. Na depressão recorrente é imprescindível que anteriormente o paciente tenha o diagnóstico de depressão. A terceira parte considera os transtornos persistentes do humor, em que os episódios depressivos são flutuantes e insuficientes para caracterizar uma depressão leve ou um estado hipomaniaco. A quarta parte se refere aos outros transtornos do humor, quando ocorre alternância do estado de humor do paciente por um período curto de tempo, e podem ocorrer episódios depressivos com duração de menos de uma semana, se o paciente não se enquadrar em outros transtornos do humor, é necessário classificá-lo em transtorno do humor afetivo, não especificado. No final, deve-se registrar o diagnóstico do paciente.</p>		
PRIMEIRA PARTE		
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	SINTOMAS FUNDAMENTAIS	<input type="checkbox"/> Humor deprimido ou tristeza persistente.
		<input type="checkbox"/> Fatigabilidade aumentada ou perda de energia física ou mental.
		<input type="checkbox"/> Perda de interesse e prazer.
	SINTOMAS ACESSÓRIOS	<input type="checkbox"/> Appetite diminuído.
		<input type="checkbox"/> Atividade diminuída.
		<input type="checkbox"/> Autoestima e autoconfiança reduzidas.
		<input type="checkbox"/> Concentração e atenção reduzidas.
		<input type="checkbox"/> Sentimento de culpa e inutilidade.
		<input type="checkbox"/> Pensamentos de atos lesivos ou suicidas.
		<input type="checkbox"/> Sono perturbado.
		<input type="checkbox"/> Visões desoladas e pessimistas do futuro.
SEGUNDA PARTE		
TESTE DE RASTREAMENTO FUNDAMENTADO NA CID-10 - NÃO RECORRENTE		
<p>INSTRUÇÃO: Para depressão leve, moderada e grave, uma duração de pelo menos duas semanas é requerida para o diagnóstico, entretanto, períodos curtos podem ser razoáveis se os sintomas são graves e de início precoce.</p>		

DIAGNÓSTICO	() F32.0 Depressão Leve	Dois sintomas fundamentais + dois sintomas acessórios. O paciente apresenta-se angustiado pelos sintomas e tem dificuldades em realizar as atividades do dia a dia e trabalhar, mas não para suas funções completamente.
	() F32.1 Depressão Moderada	Dois sintomas fundamentais + 3 ou 4 sintomas acessórios. O paciente terá dificuldade em trabalhar, realizar atividades domésticas e sociais.
	() F32.2 Depressão Grave	Todos os sintomas fundamentais + 4 ou mais sintomas acessórios. O paciente apresenta agitação ou retardo motor, e talvez não coopere, ou seja, incapaz a entrevista clínica. O paciente é incapaz de continuar suas atividades laborativas, sociais e domésticas.
	() F32.3 Depressão Grave com Sintomas Psicóticos	Diagnóstico de depressão grave + delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia catatônica (F20.2) [na esquizofrenia catatônica (F20.2) há presença de sintoma de esquizofrenia (delírios, alucinações, etc.) e diminuição marcante da reatividade ao meio ambiente, mutismo, excitação, postura inadequada, negativismo, rigidez e flexibilidade cérea] e estupor dissociativo (F44.2) [estupor dissociativo (F44.2) uma diminuição extrema ou ausência de movimentos voluntários e de responsividade normal a estímulos externos, fala e movimentos espontâneos estão praticamente ausentes] e formas orgânicas do estupor. O paciente apresenta delírios aludindo ao pecado, pobreza ou desastre. Há presença de alucinações auditivas (vozes difamatórias ou acusativas) ou olfativas (apodrecimento).
	() F32.8 Outros Episódios Depressivos	Episódios depressivos que não sejam classificados como depressão leve, moderada ou grave. O paciente apresenta sintomas depressivos com sintomas não diagnósticos, como preocupação e angústia ou/e sintomas depressivos somáticos não decorrentes de causas orgânicas.
	() F32.9 Depressão Atípica	Sintomas marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém reatividade de humor a situações agradáveis.
	() F06.32 Depressão Secundária	Sintomas depressivos decorrentes de causas orgânicas que são demonstrados por meio de anamnese, exame físico e laboratorial (insuficiência cardíaca, renal, diabetes mellitus, dislipidemias, etc.). O sintoma depressivo não pode representar uma resposta emocional ao conhecimento do paciente.
	() F31.3 A F31.6 Depressão Bipolar	Estado depressivo (rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade) decorrente de uma fase do F31 transtorno bipolar [F31 transtorno bipolar: episódios do humor repetidos e alterados que duram por duas semanas a 4-5 meses]. A depressão tende a durar aproximadamente 6 meses a 1 ano.
	() F53.0 Depressão Pós-Parto	Episódios depressivos associados ao puerpério (6 semanas após o parto).

TESTE DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO RECORRENTE FUNDAMENTADO NA CID-10

INSTRUÇÃO: As depressões recorrentes são caracterizadas pela presença de episódios de depressão leve, moderada ou grave. Os episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) duram em média 6 meses (também podem ocorrer entre 3 a 12 meses), e a recuperação do paciente entre os episódios depressivos é completa. Deve se descartar o diagnóstico para mania (F30.1) [na mania (F30.1), o humor é elevado pelas circunstâncias do paciente e varia de uma jovialidade despreocupada a uma excitação quase incontrolável] e Mania com sintomas psicóticos (F30.2) [mania com sintomas psicóticos f30.2 e uma forma grave de mania com autoestima inflamada e ideias grandiosas, delírios e irritabilidade]; Se existir a presença de hipomania (F30.0) [hipomania (F30.0) ocorre o aumento da energia e atividade, sentimentos de bem estar e eficiência física e mental, sociabilidade aumentada, etc.], ainda deve enquadrar o paciente nas depressões recorrentes.

DIAGNÓSTICO	() F33.0 Depressão Recorrente Leve	Depressão Leve + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar transtorno recorrente do humor (F38) [ver parte IV] .
	() F33.1 Depressão Recorrente Moderada	Depressão Moderada + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses; descartar transtorno recorrente do humor (F38) [ver parte IV] .
	() F33.2 Depressão Recorrente Grave	Depressão Grave + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor; descartar transtorno recorrente do humor (F38) [ver parte IV] .
	() F33.3 Depressão Recorrente Grave com Sintomas Psicóticos	Diagnóstico de depressão grave + delírio, alucinações ou estupor depressivo (sem diagnóstico de esquizofrenia). O paciente apresenta pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses sem perturbação significativa do humor .
	() F33.4 Transtorno Depressivo Recorrente, Atualmente em Remissão	Depressão recorrente no passado + pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, descartar transtorno do humor .
	() F33.8 Outros Transtornos Depressivos	Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos que não sejam classificados como depressão leve, moderada ou grave .
	() F33.9 Transtorno Depressivo Recorrente, Atípico	Pelo menos dois episódios depressivos (com sintomas fundamentais ou acessórios) de duração de no mínimo duas semanas e separados por vários meses, e episódios depressivos recorrentes marcados pelo apetite e sono aumentados, ganho de peso, mantém reatividade de humor a situações agradáveis.

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO EM ADULTO (PDDA)**TERCEIRA PARTE**

INSTRUÇÃO: Os **transtornos persistentes do humor** duram anos e às vezes durante a maior parte da vida adulta do paciente, provocando angústia e incapacidade subjetiva.

DIAGNÓSTICO	() F34.0 Ciclotimia	Instabilidade persistente de humor com numerosos episódios de depressão e elações graves leves, frequentemente se desenvolve no início da vida adulta e segue o curso crônico. É comum em pacientes que cuidam de bipolares. Descartar o diagnóstico de transtorno bipolar (F31), transtorno depressivo recorrente (F33) e episódio maníaco (F30) [episódio maníaco (F30) que é humor elevado e um aumento na velocidade e quantidade da atividade física e mental] ou depressão (F32).
	() F34.1 Distimia	Depressão crônica do humor muito duradora, não preenche os critérios para transtorno depressivo recorrente de gravidade leve ou moderada (F33.0 ou F33.1). A idade de início frequentemente é no final da adolescência ou na terceira década de vida, durando por vários anos. Os pacientes relatam que alguns dias estão bem, mas na maior parte do tempo (meses) sentem deprimidos e cansados, sono prejudicado e autoimagem distorcida.
	() F34.8 Outros Transtornos Persistentes do Humor (Afetivos)	Episódios depressivos persistentes que não são suficientes graves ou duradouros. Não preenchem os critérios para ciclotimia (F34.0), distimia (F34.1), depressão leve (F32.0), moderada (F32.1), com sintomas clinicamente significativos.
	() F34.9 Transtorno Persistente do Humor (Afetivo), Não Especificado	Episódio depressivo persistente por longos anos, que não se enquadram em ciclotimia (F34.0), distimia (F34.1) e outros transtornos persistentes do humor (F34.8).

PARTE IV**F 38 OUTROS TRANSTORNOS DO HUMOR**

INSTRUÇÃO: Ocorre alternância do estado de humor do paciente por um período, e podem ocorrer episódios depressivos com duração de menos de uma semana, uma vez ao mês (durante o último ano), ou seja, são episódios breves recorrentes; se o paciente não se enquadrar nos **outros transtornos do humor**, é necessário classificá-lo em **transtorno do humor afetivo, não especificado**.

DIAGNÓSTICO	() F38.00 Episódio Afetivo Misto	Um episódio afetivo durando pelo menos duas semanas, caracterizado tanto por uma mistura quanto por uma alternância rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas hipomaniacos, maníacos e depressivos.
	() F38.10 Transtorno Depressivo Breve Recorrente	Episódios depressivos breves recorrentes ocorrendo aproximadamente uma vez por mês (ao contrário da distimia o paciente fica deprimido a maior parte do tempo), durante o último ano. Os episódios depressivos individuais têm todos menos de duas semanas de duração (2-3 dias, com recuperação completa), preenchem os critérios para depressão leve (F32.0), moderada (F32.1) e grave (F32.2).

	() F38.8 Outros Transtornos Especificados do Humor	Essa é uma classificação para os transtornos afetivos que não se classificam nos critérios para quaisquer outras categorias depressivas (F30 e F38).
	() F39 Transtorno do Humor (Afetivo), Não Especificado	Quando nenhum outro critério anterior dos F38 é preenchido.
DIAGNÓSTICO	CID 10 F_____	NOME DO AVALIADO/PROFISSÃO/REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSIFICAÇÃO

Viabilidade do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)

Foi possível perceber, pela análise do conteúdo das respostas dos participantes, que responderam o questionário aplicado, que o “Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)” se mostrou adequado e viável para ser utilizado no serviço de saúde mental. A sua operatividade e viabilidade foram confirmadas em 25 afirmações positivas dos profissionais de saúde mental (5 participantes). Apenas em seis afirmações os profissionais indicaram alguma desvantagem na utilização do PDDA (sendo que a psicóloga 1 opinou apenas em relação à operatividade e sugestões. A psicóloga 3 opinou apenas na operatividade. O enfermeiro e assistente social opinaram apenas nas dificuldades). Em suma, o PDDA tem o potencial de atender às expectativas do serviço de saúde por ter sido considerado operativo e viável por uma equipe interdisciplinar de saúde mental. Achados que sustentam a possibilidade de utilizá-lo na ABS. Veja a tabela 2, abaixo.

Tabela 2: Apresenta atribuições positivas e negativas ao potencial de uso do Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA) por uma equipe de saúde mental

CATEGORIAS TEMÁTICAS	ATRIBUIÇÕES POSITIVAS	ATRIBUIÇÕES NEGATIVAS
PONTO FORTE	“É um bom roteiro de entrevista” (Assistente social).	
	“A facilidade de diagnosticar a depressão” (Enfermeiro).	
	“Esse protocolo resume todas as informações” (Psicóloga1).	

	<p>"Facilitará os atendimentos individuais ou em grupo" (Psicóloga2).</p> <p>"Na minha visão o protocolo está adequado" (Psicóloga3).</p>			
DIFICULDADE	<p>"Não teria. A CID10 nos oferece condição de informar os serviços (INSS, etc.), se o paciente tem direitos aos benefícios sociais" (Assistente social).</p> <p>"Não teria dificuldade" (Enfermeiro).</p> <p>"Não teria" (Psicóloga1).</p> <p>"Talvez nenhuma pois o protocolo é claro" (Psicóloga2).</p> <p>"Creio que as dificuldades estão relacionadas ao conhecimento de psicopatologia, e não relacionado ao protocolo" (Psicóloga3).</p> <p>"Sim. É operativo" (Assiste social).</p> <p>"Pode-se chegar ao diagnóstico mais rápido e preciso" (Enfermeiro).</p> <p>"Organizado e coerente" (Psicóloga1).</p>	<p>Falta de tempo (Enfermeiro).</p> <p>Este protocolo deve informar com mais clareza para a enfermagem e a psicologia (Assistente social).</p> <p>"Utilizar palavras-chave" (Psicóloga1).</p> <p>"Submeter o protocolo apreciação da classe médica e psiquiatra, a quem compete diagnosticar os pacientes" (Psicóloga3).</p>		
	OPERATIVIDADE	<p>"Verificar e identificar a CID10" (Psicóloga2).</p> <p>"Detalhamento na classificação de cada transtorno depressivo" (PSC3).</p>		
	USARIA EM SERVIÇO	<p>"Sim. Eu usaria este protocolo no serviço" (Assistente social).</p> <p>"Fácil de ser aplicado" (Enfermeiro).</p> <p>"Apoio ao diagnóstico da depressão" (Psicóloga1).</p> <p>"É simples e prático facilitando o serviço de saúde mental" (Psicóloga2).</p> <p>"Facilita a compreensão do significado de cada código da CID10, contribuindo em caso de dúvidas" (Psicóloga3).</p>		
			<p>"Na visão do serviço social, pelo que conheço na prática, o protocolo está bom" (Assistente social).</p> <p>"Acrescentaria o histórico atual da doença" (Enfermeiro).</p> <p>"Melhorar o layout do protocolo de diagnóstico da depressão" (Psicóloga1).</p> <p>"Não tenho" (Psicóloga2).</p> <p>"Sem sugestão" (Psicóloga3).</p>	<p>"Acrescentar o histórico atual da doença" (Enfermeiro).</p> <p>"Fazer um protocolo mais resumido para profissionais que tem a prática" (Psicóloga1).</p>

Agora, é necessário discutir a pesquisa realizada com bases nos resultados, sendo importante retomar as respostas dos 5 profissionais de saúde, presentes nas 5 categorias temáticas (operatividade, usaria em serviço, sugestões, ponto forte e dificuldade), que validam o uso do PDDA no serviço de saúde.

Considerando a categoria Operatividade, é evidente no discurso dos integrantes da equipe de saúde mental participantes desta pesquisa (assistente social, enfermeiro e psicólogas) que o PDDA é operativo no que se refere à eficiência no processo de diagnosticar a depressão no serviço de saúde, o que é nítido nas palavras do assistente social, do enfermeiro e das psicólogas 2 e 3:

Sim. É operativo (Assiste Social).

Pode-se chegar ao diagnóstico mais rápido e preciso (Enfermeiro).

Verificar e identificar a CID-10 (Psicóloga 2).

Detalhamento na classificação de cada transtorno depressivo (Psicóloga 3).

Trouxe também, o conceito de organização no discurso da psicóloga 1: “Organizado e coerente.” (PSC 1). Essas respostas reforçam a ideia de que o protocolo proposto é operativo por ser padronizado, organizado e sistematizado, sendo um subsídio para facilitar o trabalho em saúde mental. Os protocolos de saúde são viáveis para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados como critérios técnicos, científicos e políticos. Além disso, proporcionam eficiência na assistência à saúde e aumentam a acessibilidade ao serviço de saúde (Werneck, Faria, & Campos, 2009).

Assim, o PDDA seria um instrumento que pode ser implementado na ABS, devendo favorecer o acesso universal e equidade no atendimento ao paciente com depressão. Entretanto, isso ocorre por meio de um diagnóstico rápido e eficiente, que conseqüentemente, nos leva a inferir que o PDDA atende os requisitos exigidos na Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080/90, que enfatiza os princípios do SUS: universalidade no acesso à saúde, integralidade, descentralização e participação social (Brasil, 1990).

Além disso, quando o paciente tem o diagnóstico da depressão por meio do PDDA, ele precisará de um encaminhamento ao serviço de saúde mental. Nesse sentido, é retomado o conceito de equidade, em que há garantia de ações, procedimentos ou qualquer serviço em todos os níveis do SUS, conforme a complexidade exigida em cada situação a ser analisada. Por outras palavras, os pacientes com diagnósticos de depressão terão direito prioritário de serem atendidos, impulsionando que a rede psicossocial funcione e haja maior interação entre os serviços de saúde mental e ABS.

Por ser operativo, o PDDA humaniza o serviço por diminuir o tempo de espera do paciente nas filas de atendimentos. O que confirma o almejado pela Política Nacional de humanização (PNH), que é estimulada a ser implementada nos serviços de saúde com o intuito de desfragmentá-lo e torná-lo eficiente. Desse modo, o PDDA pode oferecer uma importante vantagem para o diagnóstico rápido da depressão, conduzido pela equipe da ABS, após treinamento para seu uso. O acesso do paciente do SUS ao diagnóstico de depressão, se torna, portanto, universal e, pela sua agilidade, mais humanizado, o qual é condizente com os pressupostos da PNH. Consequentemente diminuirá as longas filas de espera nos serviços de saúde (Campos & Feitosa, 2018).

Em relação ao discurso da psicóloga 3: “Submeter o protocolo a apreciação da classe médica e psiquiátrica, a quem compete diagnosticar os pacientes.”, resalta-se que o PDDA foi submetido à apreciação da classe médica, mas não houve retorno dos mesmos. Fatos que sugerem que os demais profissionais de saúde não médicos desconhecem os âmbitos legais em relação ao diagnóstico de doenças. Pela legislação brasileira vigente, é permitido aos profissionais não médicos realizar diagnósticos clínicos quando amparados por protocolos de doenças específicas (Brasil, 2013). E como já foi dito, os profissionais de saúde da ABS possuem sua prática respaldadas em protocolos de saúde para ABS, que lhes dão autonomia para diagnósticos de doenças específicas, solicitações de exames, prescrições de medicamentos e realização de tratamentos específicos (Brasil, 2017).

Em relação à categoria, Usuária em Serviço, ficou subentendido nas falas dos profissionais a finalidade do PDDA (viabilidade, aplicabilidade e praticabilidade na utilização no serviço, subsidiando para o diagnóstico da depressão fundamentado na CID-10). Percebe-se que o PDDA é viável, aplicável e prático para o uso no serviço de saúde mental, nas seguintes palavras dos profissionais de saúde mental:

Fácil de ser aplicado (Enfermeiro).

Sim. Eu usaria este protocolo no serviço (Assiste social).

Apoio ao diagnóstico da depressão (Psicóloga 1).

É simples e prático, facilitando o serviço de saúde mental (Psicóloga 2).

Facilita a compreensão do significado de cada código da CID- 10, contribuindo em caso de dúvidas (Psicóloga 3).

O PDDA é um protocolo clínico, e conforme a revisão de literatura, é um instrumento que tem a finalidade de padronizar as ações em saúde com embasamentos científicos consistentes e atualizados. Além disso, organiza a assistência de saúde, por estabelecer condutas e procedimentos que aperfeiçoam o processo de trabalho, beneficiando a gestão, bem como os profissionais e pacientes (Campos & Feitosa, 2017).

O PDDA beneficia os profissionais de saúde por facilitar a identificação da depressão sem ter que recorrer a CID-10. De tal modo, o foco do PDDA prioriza a interdisciplinaridade em saúde mental, pois seu uso pode ser feito por todos os profissionais de saúde e, dessa forma, contribui para que seja viabilizada a troca de conhecimento e a assistência integral com qualidade e eficiência.

Em sua elaboração, o PDDA, também, manteve o foco interdisciplinar porque, ao se consultar diversos profissionais de saúde mental, foi realizado o compartilhamento e trocas de experiências entre as especialidades. O uso do PDDA deve ser pautado no trabalho em equipe e na interdisciplinaridade em saúde mental, pois acreditamos que apenas o compartilhamento das ações em saúde pode trazer a reabilitação do transtorno mental, em particular a depressão, pois nenhuma profissão ou ciência é capaz de compreender sozinha (como também uma única teoria) a complexidade do ser humano. E sem dúvida, o trabalho em equipe e articulação de saberes, é corriqueiro entre os profissionais da ABS.

Sabe-se que os protocolos de saúde, uma vez baseados em evidências científicas, podem guiar o diagnóstico sistematizado da depressão. Foram notórias as falas das psicólogas 1 e 3, por demonstrarem a importância do PDDA no diagnóstico da depressão: "Apoio ao diagnóstico da depressão." (Psicóloga 1); "Facilita a compreensão do significado de cada código da CID-10, contribuindo em caso de dúvidas." (Psicólogo 3). Isso sugere que a depressão, por ser multicausal, gera dúvida, insegurança e conflitos ideológicos nesses profissionais durante o diagnóstico. Ao sistematizar os conceitos validados em consenso científico da CID-10, contribuímos de forma a minimizar esses possíveis conflitos e inseguranças entre os profissionais de saúde, pois poderão utilizar em sua prática clínica e assistencial o PDDA.

O PDDA configura um processo de diagnóstico mais democrático uma vez que, em tese, qualquer profissional da saúde, com o devido treinamento, poderá utilizá-lo. O mesmo não é possível com a utilização da CID-10 em sua versão original para o diagnóstico da depressão, que é de difícil manejo. Os testes psicológicos para o diagnóstico da depressão, por sua vez, além de não contemplarem as amplas especificidades de diagnóstico da CID-10, têm, no Brasil, a sua venda restrita aos psicólogos. A maioria das escalas psicométricas não é efetiva para o diagnóstico da depressão, mas para acompanhamento da evolução da doença. Para a Categoria Sugestões não foi atendida a sugestão de melhoria do enfermeiro, que achou pertinente a necessidade de acrescentar o histórico atual da doença, porque o PDDA foca-se na depressão, e é mais relevante citar os especificadores desses diagnósticos, como foi considerado no PDDA, citando a sintomatologia depressiva, com sintomas fundamentais e acessórios.

Em consideração à Sugestão da psicóloga 1: “Fazer um protocolo mais resumido para os profissionais que têm a prática.”, também foi desconsiderada pelos autores deste capítulo, julgarem como algo que iria dificultar o diagnóstico da depressão, pois o PDDA já é uma síntese da CID-10, especificamente sobre os transtornos depressivos, e se a indicação fosse considerada, poderia prejudicar a facilidade de diagnóstico enfatizada por este instrumento clínico.

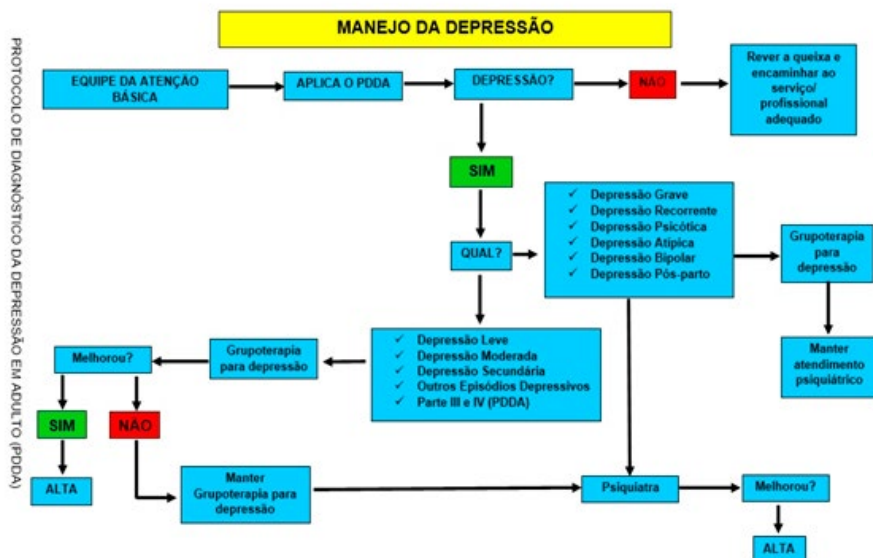
Atendemos a sugestão da psicóloga 1 em relação a sua sugestão: “melhorar o layout do protocolo de diagnóstico da depressão”, pois o PDDA foi submetido a um profissional de informática que utilizou o Corel Draw para fazer o protótipo proposto neste capítulo, melhorando, dessa forma o layout.

Em relação à categoria Pontos Fortes, chamam atenção as palavras da psicóloga 2, que acredita que o PDDA “facilitaria os atendimentos individuais ou em grupo” (Psicóloga 2). Concepções que deixam explícito o conceito de gestão de casos (amplamente utilizado na ABS), que permite o trabalho com grupos ou indivíduos da mesma patologia, nesse caso a depressão. Com esse método, que é operacionalizado por protocolos de saúde, é possível que o profissional de saúde, por meio da interdisciplinaridade e do trabalho colaborativo, planeje, avalie, implemente, coordene, monitore e avalie a assistência de saúde prestada (Campos, Feitosa, 2018).

Para a categoria Dificuldades, é importante explorar a fala do enfermeiro, que relatou como motivo para não implementar o PDDA em seu serviço a “falta de tempo”. Esta resposta chama a atenção, pois como foi demonstrado na revisão de literatura, o enfermeiro tem um papel crucial na saúde mental por ter uma formação que concebe o paciente como um todo, sem focar em uma parte. Esse profissional é condutor da comunicação e de informações oriundas do paciente para os outros membros da equipe de saúde; essa particularidade presente no trabalho dos enfermeiros ocorre por passarem maior tempo com o paciente, devido as suas características trabalhistas.

O discurso da assistente social, sugere que esta profissional compreende que o PDDA seria de uso apenas pelos enfermeiros e psicólogos: “Este protocolo deve informar com mais clareza para enfermagem e psicologia”. Essa compreensão não é sustentada na proposta dos autores deste capítulo, que com base nos conceitos da interdisciplinaridade não limitará a utilização do PDDA a uma classe ou algumas classes profissionais. O PDDA tem objetivo de ser utilizado por todos os profissionais de saúde que se sentirem aptos para operacionalizá-lo.

A seguir é apresentado o fluxograma que resume a operacionalidade do PDDA na prática clínica, orientando os profissionais de saúde da ABS.

Figura 1: Fluxograma de manejo da depressão pela equipe da ABS

Fonte: Os autores

Conclusão

Apresentou-se o PDDA como instrumento produzido na região amazônica, que pode ser aplicável na ABS, pois esta é porta de entrada para os outros dispositivos da rede de saúde. Assim, médicos clínicos, médicos de família, enfermeiros de saúde pública/estratégia da saúde da família, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, dentro outros profissionais de saúde, poderiam se fundamentar no PDDA para rastrear pacientes com sintomatologia depressiva na sua área de abrangência, intervindo pelo encaminhamento adequado ao serviço ou ao profissional de saúde especialista em saúde mental ou à grupoterapia. O PDDA tem, assim, a capacidade de favorecer o diálogo interdisciplinar e interprofissional no campo da saúde mental, sobretudo sobre a depressão, conseqüentemente, podendo contribuir também no fortalecimento da política de ABS.

Assume-se que o PDDA, quando aplicado na ABS, tem o potencial de ser resolutivo, humanizado e diminuir o custo com o tratamento. E, na prática, por estatificar a depressão pela gravidade, acaba fazendo jus ao princípio de equidade

presente no SUS. E, sem dúvida, a implantação e implementação do PDDA na ABS favorecerá o diagnóstico precoce e tratamento mais rápido nos usuários deste serviço. Deste modo, o PDDA proporciona universalidade no acesso ao diagnóstico e tratamento específico e efetivo a depressão, principalmente, em comunidades isoladas da região norte do país (principalmente estados do Amazonas, Acre e Rondônia), onde a prevalência da depressão tem sido acima da média nacional.

Referências

Amaral, G. F. do, Gomide, L. M. de P., Batista, M. de P., Píccolo, P. de P., Teles, T. B. G., Oliveira, P. M. de, & Pereira, M. A. D. (2008). Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 30(2), 124-130.

Azevedo, M. I. S. (2015). **Social Skills, Quality of Life and prevalence in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in CAPS II** - City of Porto Velho - RO. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho - RO.

Barbosa, D. C. M., Furman, G. R., Santos, A. de L., & Molena-Fernandes, C. A. (2018). Depression in the wives of convicted men: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71 (suppl 1), 538-545. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0263>

Brasil, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (1990). Brasília - DF.

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). **Saúde mental**. In Cadernos da Atenção Básica: Vol. 34. Brasília - DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica.

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). (2017). Brasília - DF.

Campos, F. A. A. C. (2015). **The Elaboration of a Protocol of Depression Diagnosis in Adults (PDDA): An Experience in CAPS II**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho - RO.

Campos, F. A. A. C. (2016, outubro). Elaboração de um protocolo para o diagnósti-

co da depressão. **Anais de Congresso apresentado em 19º Congresso Brasileiro Dos Conselhos De Enfermagem (CBCENF)**, Cuiabá.

Campos, F. A. A. C., & Feitosa, F. B. (2017). Creating a protocol for diagnosis of depression. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, 6(2).

Campos, F. A. A. C., & Feitosa, F. B. (2018). **Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA)** (1ª ed). Curitiba: Appris.

Falavigna, A., Righesso, O., Teles, A. R., Bossardi, J. B., & Silva, P. G. da. (2014). Pre-operative motor deficit in lumbar disc herniation and its influence on quality of life. **Coluna/Columna**, 13(4), 282-286.

Garnelo, L., Sousa, A. B. L., & Silva, C. de O. da. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4), 1225-1234.

Gubert, F. D. A., Santos, D. A. dos S., Pinheiro, M. T. M., Brito, L. L. M. de S., Pinheiro, S. R. C. S., & Martins, M. C. (2016). Development of a Nursing protocol for childcare consultations. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 16(1).

Leão, A. M., Gomes, I. P., Ferreira, M. J. M., & Cavalcanti, L. P. de G. (2018). Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 42(4), 55-65.

Machado, R. C., Gironés, P., Souza, A. R. de, Moreira, R. S. L., Jakitsch, C. B. von, & Branco, J. N. R. (2017). Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70(2), 335-341.

Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P. A., & Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. **Revista Médica de Chile**, 145(1), 25-32.

Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M. D., Tomasi, E., Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 39(6), 194-197.

Noronha Júnior, M. A. G., Braga, Y. A., Marques, T. G., Silva, R. T., Vieira, S. D., Coelho, V. A. F., Regazzoni, L. A. de A. (2015). Depression in medical students. **Revista Médica de Minas Gerais**, 25(4).

OMS, Organização Mundial da Saúde. (1998). **Classificação de Transtornos Men-**

tais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas.

Peluso, É. de T. P., & Blay, S. L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 42(1), 41-48.

Santos, E. R. (2015). **Prevalência de episódio de depressão maior em área, de abrangência da estratégia saúde da família em dois municípios, da Amazonas.** Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde, São Paulo).

Schofield, P., Das-Munshi, J., Mathur, R., Congdon, P., & Hull, S. (2016). Does depression diagnosis and antidepressant prescribing vary by location? Analysis of ethnic density associations using a large primary-care dataset. **Psychological Medicine**, 46(06), 1321-1329.

Silva, N. R., Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2018). Burnout e depressão em professores do ensino fundamental: um estudo correlacional. **Revista Brasileira de Educação**, 23(0).

Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. de, Lopes, C. de S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 18(suppl 2), 170-180.

Teng, C. T., Humes, E. de C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, 32(3), 149-159.

Vieira, E. de S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., Lucca, M. M. di, & Silva, I. A. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 26.

Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 19(55), 1121-1132.

Werneck, M. A. F., Faria, H. P. de, & Campos, K. F. C. (2009). **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** (1ª ed). Belo Horizonte: Nescon UFMG, Copmed.

Yuenyongchaiwat, K., Pongpanit, K., & Hanmanop, S. (2018). Physical activity and depression in older adults with and without cognitive impairment. **Dementia & Neuropsychologia**, 12(1), 12-18.

Sobre os autores e autoras

16

Júlio César Schweickardt

Graduação em Teologia pela Escola Superior de Teologia-EST (1990) e em Ciências Sociais pela Universidade do Amazonas- UFAM (1997). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM(2000). Doutor em História das Ciências pela Casa Oswaldo Cruz- COC/Fiocruz (2009). Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida). Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas na Amazônia. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Michele Rocha Kadri

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2005). Mestre em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2013). Doutoranda do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD - zsddeFiocruz Amazônia). Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: michele.kadri@fiocruz.br

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Graduação em Odontologia pela Universidade do Pará (2000). Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas (2008). Doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Pública da Fiocruz-PE e docente permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVida). Secretário de saúde do Estado do Amazonas em Exercício. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Abel Santiago Muri Gama

Graduação em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Amazonas. Doutor em Ciências. E-mail: abelsmg@hotmail.com

Amandia Braga Lima Sousa

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2005). Doutoranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias pela Universidade Federal do Amazonas (2011). Especialização em Antropologia da Saúde pela Fiocruz Amazônia (2007). Pesquisadora em Saúde Pública no Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD (Fiocruz Amazônia). E-mail: amandiasousa@usp.br

Ana Beatriz Werneck

Graduação em Medicina pela Escuela Latinoamericana de Medicina (2005). Mestrado Profissional em andamento em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Amazonas, UEA. Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

Andrea Maia Correa Joaquim

Odontologia pela Universidade Federal do Pará (1985). Mestrado em Reabilitação Oral, opção Periodontia, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo (FOB-USP), (1992). Doutorado em Odontologia (Reabilitação Oral) pela Faculdade de Odontologia de Bauru da USP, FOB-USP (2009).

Andrew Georg Wischneski

Graduação em odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: andrewgeorg@hotmail.com

Andry Tavares Lasmar

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Amazonas (2015/2), especialista em Urgência e Emergência e Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde, ambos pela Instituição Singular em parceria com a Universidade Delta de Goiânia. Enfermeiro Sanitarista Vinculado ao DSEI- Alto Solimões/SESAI.

Aylene Bousquat

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987). Mestre em medicina pela Universidade de São Paulo (1995). Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo (2000). Pesquisadora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. E-mail: aylenebousquat@usp.br

Bahiyyeh Ahmadpour

Graduação em enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA (2012). Especialista em Urgência e Emergência (2013). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (2015). Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: bahiyyeh@gmail.com

Camila Dias da Silva

Graduação em medicina pela Universidade Estadual do Pará-UEPA (2018). Atua como médica de família do Programa Mais Médicos em Rurópolis/PA. E-mail: camilacds_@hotmail.com

Celmário Castro Brandão

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (2012). Mestre em

Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2017). Servidor do Ministério da Saúde, vinculado à Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica / Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde. E-mail: celmario_far@hotmail.com

Celso Gustavo Ritter

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Acre (2015). Especialização em terapia intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional com Ênfase em Terapia Intensiva (2018). Professor auxiliar, nível 1, Universidade Federal do Acre (UFAC) e professor do curso de medicina no Centro Universitário Uninorte. E-mail: celsogustavoritter@hotmail.com

Cleiry Simone Moreira da Silva

Graduação em Enfermagem pela Faculdades Integradas do Tapajós (FIT) (2006) e Licenciada Plena em Educação-Artística/Música pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) (2005). Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Ciências da Saúde (UFRR). Especialização em Urgência e Emergência pela Faculdades Integradas Brasil Amazônia (FIBRA) (2009). Atualmente Coordenadora e Docente do Curso de Bacharel em Enfermagem e Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem Obstétrica no Centro Universitário Estácio da Amazônia. E-mail: cleirynete@hotmail.com

Cleonicia Firmino da Silva Melo

Parteira da Comunidade de Betânia, no Polo Base de Betânia, no município de Santo Antônio do Içá, Amazonas.

Cristiane Ferreira da Silva

Graduação em Enfermagem. Enfermeira responsável técnica pela saúde da mulher no Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI Alto Rio Solimões. Tabatinga, Amazonas.

Daniel Scopel

Pós-doutorado em Antropologia Social (UFSC, 2014). Doutorado em Antropologia Social (UFSC, 2013). Mestrado em Antropologia Social (UFSC, 2007). Graduação em Engenharia Civil (UFSC, 1999). Especialização em Segurança no Trabalho (Sociesc, 2014). É pesquisador do INCT Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural, membro da rede Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas. Pesquisador da Fio-cruz-Manaus. E-mail: daniel.amazonia@gmail.com

Douglas Oliveira Vieira

Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB (2018). Servidor Público da Prefeitura Municipal de Brasília/Secretária de

Saúde - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. E-mail: srt.douglas-vieira@hotmail.com

Erika Rodrigues de Almeida

Graduação em nutrição (UFPB, 2007). Especialização em Saúde da Família e Comunidade, na modalidade Residência Multiprofissional (UFPB, 2011). Mestre em Ciências da Nutrição (UFPB, 2009) e Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA, 2016). Servidora pública federal do Ministério da Saúde, lotada na Coordenação-geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica. E-mail: erika.ralmeida@hotmail.com

Etel Matielo

Graduação em Nutrição pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura (1999). Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Atualmente é tecnologista do Ministério da Saúde e Revisor de periódico da REVISTA SAÚDE EM REDES. E-mail: etelmatielo@gmail.com

Fabio Biasotto Feitosa

Graduação em psicologia pela Universidade Estadual Paulista/UNESP (2000). Doutor em Relações Interpessoais pelo PPGEEs da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar (2007). Cumpriu período de doutorado sanduíche na Universidade Técnica de Lisboa/UTL (2006) pela CAPES, com ênfase em comportamento, desenvolvimento cognitivo e saúde. Formação complementar para o tratamento da Depressão pela abordagem interpessoal em Leicestershire/NHS Trust, Inglaterra. Pós-doutorado em tratamento e prevenção psicológica na University College London/UCL (2015) pela CAPES. Professor do Departamento de Psicologia/DEPSI da Universidade Federal de Rondônia/UNIR, onde atua nas seguintes funções: chefe do Departamento de Psicologia; presidente do Núcleo Docente Estruturante/NDE; relator do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/CEP do Núcleo de Saúde/NUSAU. Orientador no Programa Mestrado Acadêmico em Psicologia; fundador e líder do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Relações Interpessoais e Saúde/LARIS credenciado pelo CNPq; coordenador de projetos de pesquisa em Psicologia da Saúde financiados pelo CNPq e CAPES. Membro da European Health Psychology Society/EHPS desde 2009. E-mail: fabiobfeitosa@gmail.com

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná, CEULJI (2012). Especialização em Gestão de Pessoas pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA (2013). Mestre em Psicologia Universidade Federal de Rondônia, UNIR, Brasil (2015). Especialização em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP (2016). Em exercício como enfermeiro psiquiátrico dos Leitos

de Saúde Mental do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/AC (Huerb).
E-mail: fagneralfredo@hotmail.com

Firmina Hermelinda Saldanha de Albuquerque

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (PPGCS/UNIFOR)-2019. Especialização em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP-2012. Professora Auxiliar II da Universidade Federal do Amazonas-UFAM. E-mail: hermelindaanjo@hotmail.com

Flávia Sirotheau Corrêa Pontes

Graduação em Odontologia pela UFPA (1997). Especialização em Periodontia pela USP - BAURU. Especialização em Patologia Bucal pela USP. Mestrado em Odontologia (Estomatologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002) e Doutorado em Odontologia (Patologia Bucal) pela USP (2007). Professora Associada da UFPA na Faculdade de Odontologia.

Francine Rebello Pereira

Mestre em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Condições de saúde e situações de vida na Amazônia - PPGVIDA. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia. E-mail: franciz_am@yahoo.com

Glória Maurício da Silva

Parteira da Comunidade de Betânia, no Polo Base de Betânia, no município de Santo Antônio do Içá, Amazonas.

Iago Orleans Pinheiro Monteiro

Estudante de Graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas e bolsista de Iniciação Científica do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz. E-mail: orleansiago@hotmail.com

Jardel de Nazaré dos Santos

Bacharel em Filosofia pela Faculdade Católica São José (2009). Licenciado em Filosofia pelo Centro Universitário Claretiano - CEUCLAR (2011). Bacharel em Serviço Social iniciado na Universidade Estadual do Ceará-UECE (2009). Em exercício como assistente social na Secretaria de Saúde de Brasileira com atuação no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/AB). E-mail: jardelfadisi@yahoo.com.br

Jéssica Karoline Alves Portugal

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas. Pós-graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Candido Mendes (2018) e pós-graduanda em Saúde da Mulher pelo Instituto Superior de Educação Ibituruna - ISEIB. Integrante dos

grupos de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde das Populações Amazônicas - NES-PA e Estudos Moleculares de Agentes Infecciosos e Parasitários. Em exercício como Enfermeira do Programa Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Batista, no município de Coari, Amazonas. E-mail: jessika.portugal@gmail.com

Jéssica Mariana Gomes Fermin

Enfermeira assistencial e Ponto Focal do Programa Saúde da Mulher no Polo Base de Betânia do DSEI Alto Rio Solimões.

Joana Maria Borges de Freitas Silva

Graduação em ciências biológicas pela Universidade Nilton Lins (2015). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade da Amazônia- PPGCASA/UFAM. E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com

Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Doutora (FAPESP 2009) em Ciências pela USP de Ribeirão Preto, na área de promoção da saúde. Mestre (FAPESP 2001), pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FF-CLRP - USP. Graduação em Psicologia (1996). Atualmente coordena o Serviço de Plantão Psicológico (SAP) do Serviço de Atendimento psicológico da UFRR. Professora adjunta IV do Curso de Psicologia/CEDUC da UFRR e professora orientadora permanente do Programa de Pós-graduação nas Ciências da Saúde - PRO-CISA (UFRR). E-mail: espindola.joelma@ufr.br

Kamila Vieira Silva

Graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-2013). Especialização em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Estadual do Pará-UEPA (2015). Atua como médica MFC em uma equipe de ESF em Santarém-PA. E-mail: ksv.vieira@gmail.com

Kelly Lene Lopes Calderaro Euclides

Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Norte do Paraná, UNOPAR (1999). Graduação em Farmácia pelo Centro Universitário do Estado do Pará, CESUPA (2017). Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia pela Universidade Federal do Pará, UFPA (2018).

Doutorado em andamento em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina.

Liliane Silva do Nascimento

Graduação em Odontologia pela Universidade de Uberaba, UNIUBE (1997). Mestrado em Enfermagem em Saúde pela Pública Universidade de São Paulo, USP (2003). Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, USP (2007).

Luana Santiago da Silva

Graduação em medicina pela Universidade Estadual do Pará-UEPA (2018). Atua como médica do programa Mais Médicos no município de Santa Maria do Pará. E-mail: santiagoluana2@gmail.com

Luigi Bruno Peruzo Iacono

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: luigibruno.peruzo@gmail.com

Marcelo Henrique da Silva Reis

Técnico em informática formado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (2010). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (2016). Pós-graduado em Saúde Coletiva pela Universidade Candido Mendes (2018). Enfermeiro responsável pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na cidade de Coari, Amazonas. Em exercício como Vice-diretor do Departamento de Atenção Básica na cidade de Coari. E-mail: reis.henrique.marcelo@gmail.com

Marco Aurélio Santana

Especialização em Saúde Coletiva. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. E-mail: santana.marcoarelio@gmail.com

Michely Lima Brito Buarque de Lima

Graduação em Odontologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará, CESUPA (2006). Especialização em andamento em odontogeriatria pela Universidade Federal do Pará, UFPA (2016).

Naila Mirian Las-Casas Feichas

Graduação em Medicina. Supervisora e preceptora da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - FIOCRUZ-AM. Médica da Saúde da Família da SEMSA Manaus. E-mail: naila@feichas.pro.br

Nathalie Matos

Graduação em Medicina. Mestranda do Mestrado de Saúde de Família e Comunidade da ABRASCO/FIOCRUZ/UEA. Médica da Estratégia da Saúde da Família da Secretaria de Saúde Municipal de Coari-AM.

Olivia Albuquerque Ugarte

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Católica de Pernambuco (2010). Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde- Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2014). Atua como analista em Atenção Primária em Saúde - Departamento

de Atenção Básica- Ministério da Saúde. E-mail: ugarte4@gmail.com

Paulo Sérgio da Silva

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2016). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2012). Graduado em Enfermagem (2008). Atualmente Professor Efetivo Doutor Nível I junto ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Roraima - UERR. E-mail: pssilva2008@gmail.com

Raquel Dias-Scopel

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (2014). Atualmente é antropóloga pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, no escritório de Campo Grande - MS. E-mail: raquel.scopel@gmail.com

Tamara Silva da Costa

Bacharel em Saúde Coletiva com menção honrosa pela Universidade de Brasília (2015). Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residências Multiprofissionais do Hospital Universitário de Brasília. E-mail: tamarasdacosta@gmail.com

Tatiane Lima Aguiar

Graduação em Medicina (1999) pela Universidade Federal do Amazonas. Especialização em Clínica Médica (2001) e Cardiologia (2006) Universidade Federal do Amazonas. Mestrado Profissional em andamento em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Amazonas, UEA. Professora da disciplina de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. Membro do Núcleo de Tecnologias em Saúde (NATS) do Hospital Getúlio Vargas (HUGV).

Vandico Lopes da Silva

Especialista em Pedagogia do Movimento, Lazer, Recreação e Arte pela Universidade Federal do Acre - UFAC (2006). Servidor Público da Prefeitura Municipal de Brasília/Secretaria de Saúde - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. E-mail: vandico_silva@hotmail.com

Wendel da Silva Barros

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (2011). Atua como coordenador do Departamento de Atenção Básica no município de Coari. E-mail: wendelbar@gmail.com

A coletânea que aqui apresentamos foi elaborada por pesquisadores e pesquisadoras, alunos e alunas e trabalhadores que atuam no campo da saúde. Os textos trazem reflexões sobre os modos de fazer políticas de saúde e de formação nos diferentes territórios da Amazônia. A intenção é apresentar textos que possam dialogar com as potencialidades da região como um espaço de produção de inovação e novas tecnologias da Atenção Básica à Saúde.

editora



redeunida

ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801