

Série Saúde & Amazônia, 7

**ATENÇÃO BÁSICA E FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE:**

# **INOVAÇÕES NA AMAZÔNIA**

**ORGANIZADORES:**

*Alcindo Antônio Ferla  
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt  
Júlio Cesar Schweickardt  
Daniele Noal Gai*





Série Saúde & Amazônia, 7

**ORGANIZADORES:**

Alcindo Antônio Ferla  
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt  
Júlio Cesar Schweickardt  
Daniele Noal Gai

***ATENÇÃO BÁSICA E FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL EM SAÚDE:  
INOVAÇÕES NA  
AMAZÔNIA***

editora



redeunida

## 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

## 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  
**Artigo Martini** - Universidade de Bolonha, Itália  
**Berta Paz Lorigo** - 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  
**Héider 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 Bøer 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 Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil  
**Simone Edi 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 Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil  
**Vera Maria Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Leticia Stanczyk**

Projeto gráfico Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação / Arte da Capa

**Junio Pontes**

Revisão

**Júlio Cesar Schweickardt**

editora



redeunida

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**A864**

Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia / Alcindo Antônio Ferla, Kátia Helena Serafina CruzSchweickardt, Daniele Noal Gai, organizadores

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

**ISBN (Eletrônico):** 978-85-54329-17-4

**236 p.** - (Série Saúde & Amazônia; 7)

**DOI:** 10.18310/9788554329174

**1.** Atenção Primária à Saúde. **2.** Saúde Coletiva. **3.** Sistema Único de Saúde. **4.** Política Pública.  
**5.** Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. **6.** Educação em Saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio (org.). II. Série.

**NLM: WA18**

## 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](http://www.redeunida.org.br)

## Série Saúde & Amazônia, 7

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 E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: INOVAÇÕES NA AMAZÔNIA***

### **ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:**

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

### **REVISORES:**

Alcindo Antônio Ferla, Júlio Cesar Schweickardt, Ana Elizateth Souza Reis, Daniele Noal Gai, Camila Soares Teixeira, Josiane de Souza Medeiros, Milene da Silva Moraes das Neves

### **FOTOGRAFIA DE CAPA:**

Território da UBS Fluvial de Tefé, AM. Fabiana Mânica Martins

**1º Edição  
Porto Alegre/RS 2019  
Rede UNIDA**

# SUMÁRIO

## SUMÁRIO

- 01** **Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido** (Alcindo Antônio Ferla, Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Daniele Noal Gai, Júlio Cesar Schweickardt) **08**
- 02** **Internato rural na Amazônia: sentidos e significados produzidos por alunos de odontologia na prática da Atenção Básica à Saúde no SUS** (Wendy Ramenã Alves da Silva, Alexandre Augusto Leão Pryjma, André Luiz Machado das Neves, Marcio Gonçalves dos Santo) **21**
- 03** **Agentes comunitários de saúde e plantas medicinais: etnobotânica na análise de remédios caseiros para introdução na atenção básica em Oriximiná - Pará, Brasil** (Paulo Henrique de Oliveira Léda, Mônica Dias de Souza, Silvia Regina Baptista Nunes, Itana SuzartScher, Jessica Oliveira Pires, Juarez Silva Araújo Danilo Ribeiro de Oliveira, Marlia Regina Coelho-Ferreira) **36**
- 04** **Desenhando a teia: o papel do psicólogo da Atenção Básica na assistência a crianças e adolescentes no Município de Manaus/AM** (Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti, Alessandro Sampaio Ribeiro, Munique Therense Costa de Moraes Pontes, Socorro de Fátima Moraes Nina) **63**
- 05** **Vivenciando a realidade do Sistema Único de Saúde no município de Urucurituba, Amazonas** (Pedro de Moraes Quadros, Fabiane Veloso Soares) **91**
- 06** **Problematizando o processo de trabalho em uma Equipe de Saúde da Família na Amazônia legal** (Karley José Monteiro Rodrigues, Katia Fernanda Alves Moreira, Rafael Fonseca de Castro, Cleson Oliveira de Moura, Priscilla Perez da Silva Pereira, Lerrissa Nauana Ferreira, Marcos Antônio Sales Rodrigues) **103**
- 07** **Registros do corpo (des)territorializado: em busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado em Roraima** (Júlia da Silva Carvalho, Paulo Sérgio da Silva) **117**

- 08** **A contribuição do ensino de gestão na graduação para o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde** (Sávio Felipe Dias Santos, Nataly Yuri Costa, Lívia Félix de Oliveira) **131**
- 09** **Capacitação de profissionais da estratégia de Equipe Saúde da Família para diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil no município de Barcarena-Pará** (Gabriela Campos de Freitas Ferreira, Thamires Palheta de Souza, Renato Pamplo-  
na da Silva, Elisângela da Silva Ferreira, Alayde Vieira Wander-  
ley, Laudreisa da Costa Pantoja) **143**
- 10** **Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica quan-  
to aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil** (Fabíola  
Mayara Pereira Andrade, Nayara Carneiro Corrêa, Elisângela  
da Silva Ferreira) **156**
- 11** **Educação em saúde através da fisioterapia respiratória em  
uma filarmônica municipal no interior da Amazônia** (Caroli-  
ne Amaral Diniz, Gabriela Amorim Barreto, Rodrigo Luis Ferrei-  
ra da Silva, Júlia Maria Nazaré da Silva) **170**
- 12** **Relato de experiência do estágio hospitalar supervisiona-  
do de fisioterapia na realidade do Sistema Único de Saúde  
em Manaus-AM** (Hermon Nogueira Lopes) **181**
- 13** **Construindo a formação em Medicina de Família e Comu-  
nidade em território líquido da Amazônia** (Naila Mirian Las-  
-Casas Feichas, Nicolás Esteban Castro Heufemann) **187**
- 14** **Crescimento dos cursos de graduação em Odontologia no  
Brasil e a oferta de cirurgiões-dentistas para a Atenção Bá-  
sica na Região Amazônica** (Shirley Maria de Araújo Passos,  
Célia Regina Pierantoni) **196**
- 15** **A saúde na Amazônia (fluida e flutuante): territórios líquidos e  
complexos para a produção de sentidos e de práticas** (Júlio Cé-  
sar Schweickardt, Ana Elizabeth Sousa Reis, Izi Caterini Paiva Alves  
Martinelli dos Santos, Daniele Noal Gai, Fabiana Mânica Martins) **217**
- 16** **Sobre autores e autoras** **226**

# **Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido**

01

Alcindo Antônio Ferla  
Kátia Helena Serafina Cruz Schweickardt  
Daniele Noal Gai  
Júlio Cesar Schweickardt

## **Introdução**

Os capítulos desta coletânea falam de *encontros*. São quinze textos, com 54 autores que contam de experiências de conexões entre a educação e a saúde. Educação e saúde são duas áreas distintas de conhecimentos, se tomarmos em conta a árvore de áreas de conhecimento com que as organizações de ciência e tecnologia classificam as diferentes disciplinas. São duas áreas de práticas, se tomarmos em conta as políticas públicas e o *mundo do trabalho*, que margeiam os mais visíveis campos de ação social, vistos como potências para qualificar a vida e criar ambientes para a construção de cidadania por uns e como gastos que oneram o desenvolvimento econômico por outro.

Entretanto, como no poema de Guimarães Rosa<sup>1</sup>, não nos interessou a solidiez de uma margem ou outra, sua composição pura e dura. Para a chamada de artigos que originou a coletânea, interessava mais a terceira margem, ou seja, o leito do rio, o intervalo que preenche o espaço entre uma margem e outra. O que mobilizou a chamada foi a convicção de que há inovações e que elas não estão nas margens, nos lugares de onde partem os olhares vigentes para essas temáticas.

A chamada lançada em meados de 2018, buscava textos com a temática das "Inovações na atenção básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o for-

<sup>1</sup> O conto A Terceira Margem do Rio foi publicado em seu livro *Primeiras Estórias* (1962) e o conto mais famoso e uma das obras mais influentes do autor. Fala de um homem que decide viver dentro de uma canoa no leito do rio, afastando-se da família e do grupo social. O conto é narrado em primeira pessoa pelo filho, que o faz desde a margem, e mobiliza diversas hipóteses para a iniciativa. O fato é que ele passa a viver entre as margens.

talecimento do SUS”, para uma coletânea de textos a ser publicada na Série Saúde & Amazônia. Interessava incorporar na agenda, e no pensamento sobre a temática da atenção básica, as diversidades e complexidades existentes nos territórios da Região Amazônica. Solicitava-se manuscritos que tratassem sobre experiências inovadoras na atenção básica voltadas para os múltiplos territórios na Amazônia, destacando diferentes dimensões sobre saberes e práticas que organizam o cuidado na saúde fluvial, ribeirinha, indígena e urbana na região.

## **Amazônia, territórios líquidos e inovação**

Há algum tempo, no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), nos interessa produzir redes científicas e de pensamento que se ocupem do que há de singular nesses territórios. Não interessa negar as adversidades, que estão sempre no foco das análises, em estudos e pesquisas sobre a Amazônia. Apenas não nos interessa contribuir para uma imagem reificada da Amazônia como *problema*: problema para o desenvolvimento, por ter extensas áreas de preservação e floresta que escondem reservas naturais e processos de trabalho difusos, tradicionais; problemas para a saúde, que as distâncias e condições geopolíticas e sanitárias não respondem ao melhor das convicções da nossa saúde pública urbana e com alta densidade tecnológica e suas gentes concentram doenças que não interessam à indústria de equipamentos e medicamentos; problemas para a educação, que suas gentes resistem a deixar suas culturas e saberes no passado, ou invisíveis, para *ascenderem* à razão ilustrada contemporânea. Essas imagens são reiteradas por estudos repetidos sobre as doenças tropicais que, como a classificação diz, tendem a concentrar-se nos trópicos. Mas também doenças negligenciadas que, como expressa essa categoria, não se tornam centrais na agenda do governo, da sociedade e do complexo produtivo, atingindo pessoas que poderiam seguir sua vida saudável e produtiva se fossem objeto de políticas públicas mais consistentes e densas. A negligência sobre certas condições em que vivem pessoas e grupos gera as doenças e agravos, tornando-as invisíveis. Nessa invisibilidade, também se perdem potencialidades e singularidades dos modos de vida e de organizar os territórios.

A chamada de artigos pretendeu adensar ainda mais o esforço dos pesquisadores do LAHPSA e da rede científica que se mobiliza em torno do mesmo, colocando em circulação estudos, pesquisas e narrativas que se ocupassem com o diverso e complexo da atenção básica no território amazônico. Nenhuma ingenuidade parnasiana aqui. O que interessa é buscar temas e contextos que são naturalmente resistentes à padronização disciplinar que estamos habituados no paradigma científico moderno. E desses a Amazônia está repleta.

José Américo Pessanha (1997), em ensaio teórico sobre a filosofia das ciências, descreve o contexto em que o desenvolvimento científico e tecnológico se

consolidou como “nova forma de pensar” a partir do Século XVIII, principalmente a partir das ideias de Descartes e Bacon. O percurso do “pensamento científico” foi também resultado do modo de percorrê-lo. Assim, o “centro” do paradigma científico se tornou disciplinar, demonstrativo e pouco implicado com os problemas das pessoas, dominado pela lógica das ciências exatas. Madel Luz (1988) demonstra como a ciência biomédica é tributária da razão científica moderna e, assim, caminhou por rotas parecidas e, sobretudo, ignorou outras tantas. Bem, mas a vida seguiu também outros rumos no período contemporâneo.

Saberes tradicionais, formas não europeias de organizar as cidades, padrões diversos de cultura seguiram existindo, em forma de resistência ativa muitas vezes, mas também na forma de ocupação de territórios periféricos àqueles construídos pelos saberes vigentes. Paulo Freire (1995; 2000) já sinalizava que a aprendizagem se faz pelo contato com a diferença e com o diferente, indicando que a periferia do paradigma vigente é um bom lugar para buscar outras ideias e possíveis, quando o contexto vigente se torna escasso de potência para tornar a vida mais plena e feliz. A Amazônia não compõe o centro do paradigma vigente, nem na ciência, nem na organização das cidades e dos sistemas de saúde. Bom lugar para procurar inovações?

Antes de seguir nessa construção, queremos registrar que não foi apenas cognitiva a escolha que marcou o edital. Foi afetiva também. Somos constituídos por uma amorosidade forte pela Amazônia e essa condição não nos enfraquece a capacidade de pensar e de refletir sobre esse território. Ao contrário, fortalece. Somos seres *sentipensantes* (Fagundes, 2009); não somos rinocerontes (Freire, 2000). Além da confissão amorosa, outra, agora epistêmica: a Amazônia, suas gentes e seus acontecimentos, ativam nosso pensamento por falsear as imagens e formas que são muito influenciados pela formação escolar e cultural. A Amazônia ativa outros e outras em nós e, assim, desperta o pensamento para o que está fora. Também aqui, a terceira margem: esse atravessamento nos faz pertencer ao dentro/fora, ao leito do rio. Boa metáfora para falar da exuberância da diversidade Amazônica, principalmente quando confrontada com os padrões culturais da ciência tecnológica e da urbanização transplanetária. Por isso, a chamada para manuscritos sobre a Amazônia, sobre a atenção básica e neste território.

Há algum tempo já, temos formulado a ideia de que a atenção básica é o lugar de maior complexidade do sistema de saúde. Não da densidade tecnológica, de saberes especializados e de equipamentos com maior sofisticação. Complexidade mesmo, no sentido epistêmico de uma realidade *multi-engendrada* e, sobretudo, em permanente movimento (Ferla e cols., 2017; Schweickardt e cols., 2016). Embora as profissões da saúde, para preservar, por um pouco mais de tempo, a pedagogia, sejam fortemente constituídas pelo saber biomédico, nascido sobretudo no interior do hospital médico desde o final do Século XVII, a eficácia na aten-

ção básica requer considerar redes locais de saber. Sem descartar o conhecimento biomédico, em suas especialidades disciplinares. Mas não se sustenta uma prática que pretenda integralidade no território concreto em que atua a atenção básica apenas com saberes biomédicos. Em nenhum lugar.

Nem com programas de formação continuada desconectados do serviço, numa tentativa de atualizar técnicas, protocolos e procedimentos produzidos em laboratórios ou centros de pesquisa e desconectados da experiência do vivido. Menos ainda onde os saberes tradicionais e as formas não docilizadas de vida têm força de expressão, como resistência, já registramos antes, mas também como existência paralela ao paradigma que triunfou ao longo dos últimos séculos e que hoje mostra sinais fortes de esgotamento.

A Amazônia e suas complexas redes de vida conectadas com a floresta e seus rios propõe desafios e muita criatividade para a apropriação de conhecimentos e saberes urgentes ao exercício profissional. Nessa perspectiva, a prática educativa voltada à formação de profissionais em serviço, assim como os múltiplos processos de Educação Permanente tornam o próprio serviço, suas diversidades e as redes decorrentes do encontro dos saberes o lócus capaz de proporcionar ao profissional da atenção básica o sujeito capaz de criar sua própria formação, assumindo-se como protagonista desse processo (Freitas, 2004; Imbéron, 2000; Sacristán, 2002).

A região é constituída por *territórios líquidos*, já vem dizendo há algum tempo Schweickardt e colaboradores (2016), para desafiar a lógica de que a solidez é o valor que necessariamente precisa estruturar modos de viver. Não há continuidades, senão em forma de rizomas, nos eventos que produzem variações na saúde das mulheres e homens que vivem o cotidiano e fazem o território. As situações têm diversas saídas, ao invés da linearidade da verdade da ciência. A equação ideal do problema-solução, que é a expressão da razão científica moderna, não funciona aqui como nos laboratórios das ciências naturais dos grandes centros de pesquisa. Aqui, os problemas têm formulações diversas e têm várias soluções possíveis, mas, na prática cotidiana, formulações para os problemas e soluções vão compondo saídas rizomáticas, que fazem percursos nômades, com híbridos de saberes, de possibilidades reais de acessar bens e serviços. A diversidade é viva aqui e desafia a negociações permanentes.

E essa diversidade e suas formas rizomáticas não compõem o falso, senão para a ciência disciplinar. Para quem vive na Amazônia, a superfície líquida permite conectar lugares e pessoas. As pessoas e seus modos de interação fazem um território vivo, como nos ensinou Milton Santos (1994). Os territórios vivos não são a representação técnico-geográfica que fazemos para caracterizá-los. As águas, na época das chuvas, encharcam tudo e mudam os modos de vida. O território amazônico é vivo e

se conecta pela superfície líquida. Aqui, a metáfora do líquido como o que se desfaz por entre os dedos não traduz a interface mais forte da água com a vida.

A maleabilidade da superfície líquida, do território que se constitui pela variação e pela potência das águas, faz com que as enormes oscilações do leito dos rios, gerem novos caminhos por entre árvores e variações da superfície sólida. Faz também com que o sulco dos barcos, na sua miríade de formas e modelos, percorra essas superfícies para conectar diferentes pontos, mas também para buscar alimento e as formas do trabalho extrativo que estão no leito dos rios. Veja-se que a metáfora do líquido, aqui, fala da produção das vidas, do trabalho, da conexão entre diferentes pontos do território geográfico, do trabalho, enfim, de diferentes expressões da vida e da saúde; mas também do que conforma o território, que tem variações muito grandes no transcurso do ano, no ciclo das águas. Refletir sobre as singularidades que compõem os territórios líquidos não acumula potência somente para a Amazônia, senão permite pensar também o paradigma vigente e seus limites. O leito do rio, compreendido como metáfora, permite pensar aqui a própria inovação: o que não está nas fronteiras conhecidas!

A atenção básica é, frequentemente, o encontro dos conhecimentos e práticas biomédicos com a diversidade dos territórios vivos. A vida vivida, o vivido das instituições e das políticas, o vivido por entre os constrangimentos financeiros, das violências de gênero e étnicas, entre tantos pontos que oprimem e geram resistências, esses vividos fazem caminhos. A metáfora do rizoma é verdadeira também para as saúdes que são produzidas nos territórios vivos. Na Amazônia, o paradigma vigente nos últimos séculos passou ao largo, com constrangimentos e violências aqui e acolá. A invisibilidade relativa do território, aos olhos do centro do paradigma, também tornou possível a resistência e a persistência de saberes tradicionais, de práticas tradicionais, de formas de desenvolvimento que respeitam a cultura e o fazer dos povos, pensamentos outros que afloram com densidade diversa. A distância do centro do paradigma científico e organizacional não impediu – ao contrário, provavelmente foi a condição de viabilidade – a invenção das unidades fluviais para a atenção básica, das parteiras tradicionais, das práticas tradicionais de cuidado e cura, dos diversos enunciados sobre a saúde e o adoecimento. Também a permanência de doenças negligenciadas, de violências dissimuladas, de adversidades já superadas em outros lugares ... Bem, disso a literatura científica está um pouco mais consolidada. Aqui nos interessou a inovação.

Bem, talvez aqui caiba falar do encontro da saúde com a educação na política pública de saúde brasileira, ou seja, o Sistema Único de Saúde. Há algum tempo, o reconhecimento de que o trabalho em saúde supera a capacidade explicativa e de intervenções da ciência biomédica fez com que a articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação buscasse induzir a mudanças na formação por meio de

políticas específicas para a educação na saúde (Ceccim; Ferla, 2008b). Antes disso, movimentos de mudança já se verificavam em iniciativas de integração docente-assistencial e outras propostas que estão na origem da Associação Brasileira da Rede Unida e as produções dessas iniciativas, além da convicção de desencontro entre educação e trabalho, produziram o registro constitucional de que o SUS é co-responsável pela formação de profissionais (Ceccim; Ferla, 2008a).

A política de educação na saúde vigente no país, portanto, é de indução a mudanças, com vetores de aproximação da formação com o trabalho, particularmente na atenção básica e em contextos em que a complexidade do trabalho desafia à ampliação do protagonismo dos estudantes e trabalhadores. A formação profissional em saúde, tradicionalmente realizada no ambiente acadêmico e no hospital universitário, precisa deslocar-se para os contextos em que o conhecimento vigente não é suficiente para orientar o trabalho.

Portanto, é necessário que a aprendizagem encontre o trabalho. Que a diversidade de contextos do trabalho produza aproximações entre as diferentes disciplinas que fragmentam o trabalho, mas também de saberes que estão nos territórios. O encontro entre educação e saúde, nas políticas e nas práticas de ensino-aprendizagem têm, atualmente, uma missão de travessia de fronteiras (Ceccim; Ferla, 2008a). Travessia de fronteiras também é percorrer o território que está entre uma fronteira e outra.

O tema da educação na saúde surgiu forte nos manuscritos do edital sobre inovações na atenção básica na Amazônia. Região farta de fronteiras, de fronteiras moveáveis e, como se poderia esperar, de saberes locais para atravessá-las. Na Amazônia, percorrer o leito dos rios é tarefa cotidiana, que gera habilidades e saberes. O ciclo das águas testa, anualmente, essas capacidades. O estímulo à escrita fez com que experiências, estudos e pesquisas sobre o encontro da educação na saúde nesse território líquido fossem registradas e, nesta coletânea, estivessem disponíveis à leitura e à inspiração.

## **Dos encontros e dos escritos:**

Falar dos *encontros* entre saúde e educação que surgiram na leitura dos capítulos selecionados para este livro pode ser pelos atravessamentos que os autores e ideias produziram no nosso pensamento, como no item anterior, ou falar dos próprios textos. Faremos, pois, uma breve apresentação dos artigos, para potencializar a vontade da leitura e demonstrar o encontro entre a educação e a saúde.

No primeiro capítulo, denominado **“Internato rural na Amazônia: sentidos e significados produzidos por alunos de odontologia na prática da atenção bási-**

**ca à saúde no SUS**", os autores Wendy Ramenã Alves da Silva, Alexandre Augusto Leão Pryjma, André Luiz Machado das Neves, Marcio Gonçalves dos Santos apresentam uma análise sobre o Estágio Rural na Amazônia dos alunos de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). O estágio é uma atividade curricular obrigatória para os cursos de odontologia, medicina e enfermagem, e é realizado por meio da atuação na saúde básica no Sistema Único de Saúde (SUS). O Estágio Rural na Amazônia caracteriza-se por uma imersão na realidade do município do interior do Estado do Amazonas realizada por grupos de alunos em períodos que variam entre três semanas e a quatro meses, geralmente sem interrupções. Interessa aqui destacar o deslocamento da vivência, o contato com a diversidade do meio rural e os efeitos de estranhamento no corpo e na aprendizagem dos alunos.

No capítulo "**Agentes comunitários de saúde e plantas medicinais: etnobotânica na análise de remédios caseiros para introdução na atenção básica em Oriximiná - Pará, Brasil**", escrito por Paulo Henrique de Oliveira Léda Mônica Dias de Souza, Sílvia Regina Baptista Nunes, Itana Suzart Scher, Jessica Oliveira Pires, Juarez Silva Araújo, Danilo Ribeiro de Oliveira e Marlia Regina Coelho Ferreira, nos desloca para o interior do Pará. O *encontro* saúde e educação está marcado aqui pela busca de saberes tradicionais sobre "remédios caseiros" na população do município de Oriximiná, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde e suas incursões pelo território, e a implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS. Trata-se do percurso de uma pesquisa pesquisa-ação em etnobotânica, que compõe uma cooperação técnica entre Fiocruz e Ministério da Saúde, com observação e análise multidisciplinar sobre o território fortalecendo o encontro entre os saberes científicos e locais relacionados às plantas medicinais. Uma pesquisa-ação para o desenvolvimento da Atenção Básica no município, com a seleção de espécies utilizadas no preparo tradicional de "remédios caseiros" e definição de critérios para o emprego destas pelos trabalhadores do sistema municipal de saúde. O *encontro*, nesse caso, se dá pela pesquisa e pelo desenvolvimento de novos saberes, considerando aqueles existentes nas gentes do território.

Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti, Alessandro Sampaio Ribeiro, Munique Therense Costa de Moraes Pontes e Socorro de Fátima Moraes Nina são os autores do capítulo denominado "**Desenhando a teia: o papel do psicólogo da atenção básica na assistência a crianças e adolescentes**". O texto reflete sobre a formação em Psicologia no Estado do Amazonas, propondo uma formação contextualizada no território para desenvolver uma prática de cuidado em rede, com os profissionais da psicologia repensando seus saberes e fazeres, atravessando-os com questões do âmbito da saúde coletiva, como em relação à promoção da saúde, linhas de cuidado e à atuação na atenção básica. O encontro, aqui, está marcado por um percurso de aprendizagens que se fortalece durante a Resi-

dência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Amazonas, e também se constitui em texto por meio de uma pesquisa.

O texto **“Vivenciando a realidade do sistema único de saúde no município de Urucurituba, Amazonas”**, de autoria de Pedro de Moraes Quadros e Fabiane Veloso Soares, apresenta o relato de uma experiência de vivências no interior do Amazonas, no município de Urucurituba. O encontro, nesse caso, foi por meio da iniciativa de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), dispositivo da política nacional de educação permanente em saúde que se desenvolve com a vivência de estudantes em cenários de trabalho, principalmente naqueles de maior complexidade e, portanto, maior necessidade de autonomia e protagonismo profissional para compreender e atuar construtivamente. Na complexidade do sistema local, tornam-se visíveis não apenas problemas e limitações da gestão e da atenção, senão também conexões entre a produção da saúde, as condições que interferem nos modos de vida (fatores sociais, políticos e econômicos) e os modos de organização do sistema local de saúde. A compreensão das conexões, diferentemente do contemplar passivamente os problemas enunciados no cotidiano, amplia a capacidade dos estudantes de pensar sobre as saúdes nos territórios e a perceber capacidades profissionais singulares para a atuação na Amazônia. O protagonismo ativado na formação, potencializa também a paixão pelo território, fraturando as imagens estereotipadas da Amazônia, e a vontade de melhorar o sistema de saúde.

O capítulo denominado **“Problematizando o processo de trabalho em uma equipe de saúde da família na Amazônia legal”** foi escrito por Karley José Monteiro Rodrigues, Katia Fernanda Alves Moreira, Rafael Fonseca de Castro, Cleson Oliveira de Moura, Priscilla Perez da Silva Pereira, Lerissa Nauana Ferreira e Marcos Antônio Sales Rodrigues. A base empírica foi o processo de educação permanente em saúde, com atividades embasadas na proposta freireana de círculos de cultura, em uma Equipe de Saúde da Família do município de Porto Velho, onde se buscou mobilizar questões para organizar o trabalho em equipe e práticas interprofissionais para o planejamento e a realização das ações no cotidiano. Nesse caso, o *encontro* foi duplo. As atividades desenvolvidas foram de educação permanente em saúde e a organização e sistematização das reflexões foram atividades decorrentes das provocações em uma disciplina do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE).

O capítulo seguinte, denominado **“Registros do corpo (des)territorializado: em busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado em Roraima”**, é de autoria de Júlia da Silva Carvalho e Paulo Sérgio da Silva. O capítulo é composto como ensaio cartográfico, registrando experimentações de uma profissional de saúde que migra do Sudeste do Brasil para atuar como docente em uma instituição de ensino em Boa Vista, inserindo-se, por dever de ofício, em serviços de atenção

primária em saúde para realizar atividades de acompanhamento de alunos. A abordagem analítica permite refletir sobre os processos de territorialização/reterritorialização do corpo no Norte do Brasil, tendo contato com padrões comportamentais, identidades territoriais, influências multirregionais, formas de organização social, econômica, política, cultural, educacional e de produção de cuidado junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Roraima. O encontro, nessa produção, fala das marcas sobre o corpo nos contatos com a organização do cuidado na atenção básica no estado de Roraima e, a partir delas, os autores desenvolvem uma reflexão sobre a interação corpo-cartógrafo e sistema local de saúde.

Sávio Felipe Dias Santos, Nataly Yuri Costa e Livia Félix de Oliveira são os autores do capítulo seguinte, denominado **“A contribuição do ensino de gestão na graduação para o enfermeiro da atenção primária à saúde”**. O manuscrito, realizado a partir de uma revisão de literatura, buscou refletir sobre as questões mais relevantes do componente curricular de gestão na graduação para o desenvolvimento de capacidades para o exercício profissional do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. O *encontro* aqui é entre a formação profissional e o trabalho na atenção primária do sistema de saúde local, realizado no tempo da graduação em enfermagem na Universidade Federal do Pará e estruturado com a lente dessa formação.

No capítulo, denominado **“Capacitação de profissionais da estratégia de saúde da família para diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil no município de Barcarena-Pará”**, os autores Gabriela Campos de Freitas Ferreira, Thamires Palheta de Souza, Renato Pamplona da Silva, Elisângela da Silva Ferreira, Alayde Vieira Wanderley e Laudreisa da Costa Pantoja refletem sobre o trabalho na atenção básica em relação ao câncer infanto-juvenil. O manuscrito descreve e analisa a experiência do Programa Diagnóstico Precoce na capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do estado do Pará, bem como analisa os resultados com participantes no município de Barcarena. O encontro, nesse caso, é da formação para o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado de agravo relevante no âmbito da atenção básica e, também, do sistema de saúde e da universidade pública, para desenvolver o trabalho no interior de sistemas e serviços de saúde.

A temática do diagnóstico precoce do câncer infantil na atenção básica é retomada no capítulo intitulado **“Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil”**, de autoria de Fabíola Mayara Pereira Andrade, Nayara Carneiro Corrêa e Elisângela da Silva Ferreira. No manuscrito, são analisados os dados de estudo realizado com enfermeiros em unidades básicas do Município de Belém. Novamente, o encontro aqui é a análise de capacidades profissionais e a formação profissional para responder às necessidades de saúde das pessoas.

No capítulo **“Educação em saúde através da fisioterapia respiratória em uma filarmônica municipal no interior da Amazônia”**, de autoria de Caroline Amaral Diniz, Gabriela Amorim Barreto, Rodrigo Luis Ferreira da Silva e Júlia Maria Nazaré da Silva, a educação em saúde e a formação de fisioterapeutas é tematizada, num encontro que demonstra a relevância da formação profissional em contato com o cotidiano dos serviços e dos territórios em que se dá a produção da saúde. Foi decisivo, nesse caso, o olhar para o território e a identificação de situações que reivindicavam o olhar da saúde e da educação, com potência de produzir saúde e também de mobilizar conhecimentos singulares na formação profissional.

No capítulo denominado **“Relato de experiência do estágio hospitalar supervisionado de fisioterapia na realidade do sistema único de saúde em Manaus-AM”**, Hermon Nogueira Lopes analisa o contato direto com o trabalho realizado no interior de um serviço de saúde do sistema municipal de saúde de Manaus e o desenvolvimento de capacidades profissionais do Fisioterapeuta. O estágio em fisioterapia hospitalar aporta à formação uma aproximação com as principais demandas, que têm uma configuração regional bem marcada, com os modos de organizar o trabalho em equipe, com o funcionamento em rede dos serviços no SUS e, assim, caracteriza esse encontro entre a educação e a saúde como dispositivo fundamental na formação profissional, em especial para produzir maior autonomia no percurso formativo.

A formação especializada de médicos é o tema do manuscrito intitulado **“Construindo a formação em medicina de família e comunidade em território líquido da Amazônia”**, de autoria de Naila Mirian Las-Casas Feichas e Nicolás Esteban Castro Heufemann. A partir da descrição e análise do ensino da residência médica no interior do estado do Amazonas, o encontro educação e saúde permite explicitar toda a complexidade de fazer ensino-cuidado-gestão-participação social em “territórios líquidos do longe muito longe”. A expressão, que surge da produção local no campo da saúde coletiva, opera como metáfora e como conceito, para falar da singularidade do sistema local de saúde e dos desafios da formação especializada de médicos nesse contexto, particularmente marcado por noções de tempo e distância diversas daquelas que costumam orientar o planejamento de ações na saúde.

No penúltimo capítulo do livro, intitulado **“Crescimento dos cursos de graduação em odontologia no Brasil e a oferta de Cirurgiões-dentistas para a atenção básica na região amazônica”**, as autoras Shirley Maria de Araújo Passos e Célia Regina Pierantoni apresentam dados que permitem pensar sobre o encontro entre as políticas para a educação na saúde e as mudanças setoriais no mundo do trabalho. Analisando dados de crescimento dos cursos e das vagas para ingresso em Odontologia e o aumento da incorporação de Cirurgiões-dentistas na Amazô-

nia, o manuscrito permite identificar efeitos da inserção do cirurgião-dentista na Estratégia da Saúde da Família no SUS, no ano de 2001, a publicação das Diretrizes Curriculares de graduação em Odontologia, em 2002, e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir de 2004.

O último capítulo do livro, no formato de um pós-escrito, foi produzido por leitores muito singulares, que acompanharam o processo de avaliação por pares dos artigos submetidos à chamada, desenvolve algumas questões transversais aos artigos anteriores. Trata-se do **"A saúde na Amazônia (fluida e flutuante): territórios líquidos e complexos para a produção de políticas públicas"**, de autoria de Júlio Cesar Schweickardt, Ana Elizabeth Sousa Reis, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Daniele Noal Gai e Fabiana Mânica Martins.

No seu conjunto, os capítulos permitem identificar e pensar sobre efeitos de diferentes encontros entre educação e saúde no território amazônico, com perspectivas que vão desde miradas locais até estudos de âmbito nacional e internacional que destacam as especificidades do território amazônico.

Dois comentários chamam visibilidade, ao final do texto. O primeiro sobre a resposta positiva e generosa ao chamado de manuscritos de produções científicas em diferentes formatos sobre o *encontro* entre a educação e a saúde na atenção à saúde da Amazônia. De um tema acessório, passou a compor esta coletânea em resposta à oferta de manuscritos, o que nos alegra e nos provoca ao agradecimento às autoras e autores, que compartilharam suas produções conosco. O segundo é sobre as contribuições, propriamente ditas, da educação na saúde para pensar respostas às complexas questões, diversas e multideterminadas, que afetam a formação e o trabalho nos territórios singulares da Amazônia. Essas contribuições, mais do que particulares à Amazônia, ampliam a potência do olhar sobre práticas educativas e assistenciais no sistema de saúde e de formação profissional para outras regiões e países. Afinal, o *território líquido*, farto na Amazônia, também conecta saberes e práticas, teorias e formas de organização do trabalho em outros contextos. Apenas que, como efeito do paradigma vigente, ele está mais visível onde os efeitos desse paradigma foram mais escassos. Ou seja, onde se via apenas adversidades, veja-se também diversidades e potências reivindicando um olhar sensível e abertura à aprendizagem.

É com esse espírito de abertura à alteridade que convidamos a todas e todos para uma leitura de cada um dos capítulos. Boa leitura! Que ela produza em cada leitor a sensação de aventurar-se por um território que surpreende de múltiplas formas àqueles e àquelas que pretendem adensar seus conhecimentos e práticas com diversidades e que colocam-se em movimento para produzir mundos mais justos e inclusivos.

## Referências

- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2008a). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, v.6, n.3, p.443-456.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2008b). Educação Permanente em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV. p. 162-168.
- Fagundes, S. M. S. Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação). **Programa de Pós-Graduação em Educação**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
- Ferla, A. A.; Rocha, C. M. F.; Fajardo, A. P.; Dallegrave, D.; Rossoni, E.; Pasini, V. L.; Sonaglio, R. G. (2017). As conexões entre as Residências e ensino na saúde: produção de tecnologias educacionais e o aprender no mundo do trabalho a partir de um mosaico de experiências. Em: Ferla, Alcindo Antônio e colaboradores. **Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida. Pág. 9-18.
- Freire, P. (1995). **À sombra desta mangueira**. São Paulo: Olho D'Água.
- Freire, P. (2000). **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora Unifesp.
- Freitas, H. C.L. (2004). Novas políticas de formação: da concepção negada à concepção consentida. Em: Barbosa, Raquel Lazzari Leite (Org). **Trajetórias e perspectivas da formação de educadores**. São Paulo: Unesp.
- Imbérnon, F. (2000). **Formação docente e profissional**: formar-se para a mudança e a incerteza. São Paulo: Cortez.
- Luz, M. T. (1988). **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Campus.
- Pessanha, J. A. (1997). Filosofia e modernidade: racionalidade, imaginação e ética. **Educação e Realidade**, v. 22, n. 1, p. 13-32, jan./jun. 1997.
- Sacristán, J. G. (2002). Tendências investigativas na formação de professores. Em: Pimenta, S. G.; Guedin, E. (Orgs.). **Professor reflexivo no Brasil**: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez. Pág. 81-87.

Santos, M. (1994). **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Kadri, M. R.; Ferla, A. A.; Oliveira, P. T. R. (Orgs). (2016). **Educação e Práticas de Saúde na Amazônia**: tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede Unida.

# **Internato rural na Amazônia:** *sentidos e significados produzidos por alunos de odontologia na prática da Atenção Básica em Saúde no SUS*

02

*Wendy Ramenã Alves da Silva  
Alexandre Augusto Leão Pryjma  
André Luiz Machado das Neves  
Marcio Gonçalves dos Santos*

A gestão da saúde na Amazônia apresenta desafios cujas dimensões são determinadas pelas especificidades regionais. A dificuldade de acesso, devido tanto à extensão territorial quanto à precariedade dos meios de transporte e comunicação, soma-se à carência de profissionais e trabalhadores da saúde. Apesar disso, a Região Amazônica coloca-nos diante da necessidade de criação e da inventividade, produzindo inovação nos formatos de construção de projetos pedagógicos em saúde pública nesse contexto tão específico (Schweickardt, Lima & Peixoto, 2016, p. 77).

Este texto trata de dar linhas gerais de uma investigação na área da saúde coletiva sobre uma experiência do Estágio rural na Amazônia dos alunos de odontologia mediante à atuação na saúde básica no Sistema Único de Saúde (SUS). O Estágio rural na Amazônia caracteriza-se por um grupo de alunos que faz uma imersão na realidade do município do interior do Estado do Amazonas, por um período que varia entre três semanas a quatro meses, geralmente sem interrupções. Há casos, como o da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e da Universidade Federal do Tocantins (UFT), que são formadas equipes multidisciplinares para a realização do Estágio rural com integração de alunos de medicina, enfermagem e odontologia. Essa característica pode contribuir para a diminuição das tensões existentes entre as profissões, que começam, muitas vezes, desde a universidade (Silveira & Pinheiro, 2017).

A pesquisa “Sentidos e significados produzidos por alunos de odontologia na prática da atenção básica no SUS”, adotou a perspectiva histórico-cultural, como teoria de base e a abordagem qualitativa, como natureza de pesquisa. Foi consti-

tuído um banco de dados que reúne a realização de dois grupos focais, norteados por um roteiro guia, aplicado com dezesseis alunos de odontologia do décimo período matriculados na UEA. Esses alunos atuaram nos municípios de Borba, Manacapuru, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Novo Airão, Barreirinha, Rio Preto da Eva, Maués e Manaus. A coleta de dados foi concluída em dezembro de 2017.

A investigação, fundada em uma perspectiva histórico-cultural, propõe explorar um sujeito que é essencialmente social, uma vez que interage com o meio de forma a transformá-lo e ser transformado por ele, ou seja, a forma como cada pessoa se relaciona está designada por suas condições subjetivas, incluindo-se aí a forma como foi vivida sua história pessoal, os eventos aos quais ela vivencia em todos os períodos da existência (Rosa & Andriani, 2008). Dessa forma, para compreender a interação social desse sujeito, adotou-se duas categorias de análise: Sentido e Significado.

O sentido funciona como uma unidade de processos simbólicos envolvidos por emoções em um mesmo sistema em que a história de vida do sujeito e dos contextos sociais estão vinculados (Gonzalez Rey, 2003). Já o Significado, corresponde às relações em que a palavra pode encerrar. No campo psicológico, é uma generalização e funciona como uma convenção social, isto é, o significado é coletivo. O que internalizamos não é o gesto como materialidade do movimento, mas a sua significação, que tem o poder de transformar o cultural em natural. Dentro desse contexto, os significados permitem a comunicação, a socialização de nossas experiências (Vigotski, 2001). Nesse aspecto, o objetivo desse texto é destacar os sentidos e significados produzidos por alunos de odontologia por meio de práticas da atenção básica no SUS, mediante um processo formativo - Estágio rural - que propiciou a participação dos alunos em modelos technoassistenciais e vivências nas políticas de saúde nos territórios da Amazônia, voltados para o fortalecimento do SUS.

## **Estágio rural em saúde coletiva da UEA: formação e qualificação para a atenção básica e fortalecimento SUS**

O Estágio rural é uma possibilidade da formação em Saúde Coletiva porque proporciona aos acadêmicos finalistas dos cursos de odontologia, medicina e enfermagem a oportunidade de aplicar os conhecimentos técnicos e científicos sobre as relações entre saúde e sociedade, por meio da participação interdisciplinar no serviço de atenção básica à saúde, em municípios do interior do Estado do Amazonas, Universidade Estadual do Amazonas (UEA) (2013).

O modelo de currículos vigente na maioria dos cursos de graduação de Odontologia no Brasil fragmenta o processo ensino-aprendizagem, apresentan-

do ênfase curativo-reparadora, reforçando a prática individual e a especialização precoce. Esse modelo resultou em altos custos, baixa cobertura e desigualdade de acesso a tratamento. Isso não só na prática Odontológica privada como também na pública (Costa *et al.*, 2000).

As atividades extramuros (atividades realizadas fora dos limites físicos da faculdade) são de grande importância por romperem com o caráter excessivamente individualista e tecnicista da profissão Odontológica, permitindo a formação de estudantes com mentalidade mais coletiva, além de permitir-lhes conhecimento sobre o funcionamento e planejamento dos serviços públicos de saúde bem como a compreensão das políticas públicas de saúde bucal (Costa *et al.*, 2000).

A Faculdade de Odontologia tradicional pode estar “fechada” para o mundo, o que ainda é um desafio a ser superado. Isso significa passar o ensino de um simulador do mundo real, que é a clínica intramuros, para o contato com a realidade social e local dos múltiplos contextos amazônicos. Não se trata de eleger um ambiente em detrimento do outro, mas conciliar atividades intramuros com extramuros (Narvai & Frazão, 2006).

O Estágio Rural em Saúde Coletiva (ERSC) da UEA, trata-se de disciplina obrigatória prevista no Projeto Político Pedagógico dos cursos de odontologia, medicina e enfermagem. As atividades estão pautadas no deslocamento dos acadêmicos para o interior do Estado do Amazonas, a fim de realizarem atividades pedagógicas e práticas supervisionadas na área da atenção básica à saúde (UEA, 2013).

O ERSC compreende três etapas distintas e complementares: A primeira fase é preparatória, na qual são revisados e debatidos alguns conceitos, conteúdos e relatos de experiências vivenciadas por professores, profissionais recém-formados e alunos que efetivamente participaram das experiências do ERSC; a segunda etapa é representada pelo Estágio rural em campo, no qual o aluno se desloca para um município do interior e lá permanece, sob preceptoría direta atuando na atenção básica do SUS; e a terceira etapa é referente ao período avaliativo, no qual o aluno retorna à Escola Superior de Ciências da Saúde da UEA e apresenta o relatório das atividades desenvolvidas na atenção básica do Estado do Amazonas. Essas etapas atendem o que prevê o PPC de Odontologia ressaltando que “O Estágio rural é uma oportunidade ímpar para o estudante vivenciar novas experiências acadêmicas e pessoais, colaborando na construção do perfil do futuro profissional, direcionado principalmente para os domínios efetivos do generalista na rede do Sistema Único de Saúde - SUS”.

O aluno tem acesso aos modelos tecnoassistenciais, pensando o sistema de saúde como um círculo. O círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplos

tiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS: trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. Geralmente eles têm o “centro” da prática na Unidade Básica de Saúde, hospitais e unidades de pronto-atendimento. Porém, as escolas da rede pública também funcionam como uma “porta de entrada” aos serviços de saúde, pois lá, geralmente, são realizadas práticas de educação em saúde, que vão da orientação à saúde bucal ao tratamento dentário. Muitos alunos também são convidados a dar entrevistas em programas nas rádios comunitárias sobre prevenção a saúde. Tais modelos technoassistenciais produzem novos sentidos em suas práticas de atendimento na atenção básica do SUS.

Nesse âmbito, o ERSC segue as orientações do projeto político pedagógico de cada curso da Escola Superior de Ciências da Saúde da UEA, sendo necessário o cumprimento de uma carga horária mínima definida no plano de ensino, de acordo com a orientação de cada curso: medicina (540h), odontologia (420h) e enfermagem (390h).

As atividades teóricas abrangem conteúdos como: evolução das políticas públicas de saúde no mundo e no Brasil, o Sistema Único de Saúde, políticas de saúde bucal, epidemiologia em saúde e em saúde bucal, fundamentos de ciências sociais, gestão e gerenciamento de sistemas e programas de saúde, administração e planejamento de ações e serviços de saúde bucal, sistemas de saúde bucal e integração docência/serviço (UEA, 2013).

O ERSC se propõe a aproximar os alunos a reconhecer a realidade social, política, econômica e cultural do município como determinantes no processo saúde-doença da população. Nesse sentido, apresenta-se os sentidos e significados produzidos pelos alunos mediante esta experiência em tela.

## **Rompendo crenças sobre o estágio rural: é possível ir além das expectativas da formação**

Esse núcleo de significado se caracterizou em torno das experiências e desafios vivenciados pelos alunos durante o Estágio Rural em Saúde Coletiva. O núcleo revela sentidos produzidos como: probabilidade, satisfação, desejo, superação e aprendizado, conforme pode ser apreendido nos seguintes discursos:

<sup>2</sup>Para preservar o anonimato foram atribuídos aos alunos a letra “ACAD” que indica “acadêmicos(a)”, junto da letra “M” ou “F”, que representa o gênero autoidentificado pelos participantes, acompanhado de um número natural dado conforme sua participação no grupo focal. Esta pesquisa respeitou os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pelo o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, da Escola Superior de Ciências da Saúde, da Universidade do Estado do Amazonas, protocolo número 2.135.006.

O estágio rural foi a melhor e mais completa experiência que a faculdade me proporcionou. Minhas expectativas foram atendidas e até mesmo superadas (ACAD 1, F).

Tive experiências únicas que no meu caso, superou qualquer expectativa feita por mim mesma e que falei no primeiro grupo, foi tudo incrível (ACAD7, F).

Fomos para diversas comunidades, o internato superou minhas expectativas, se eu pudesse ir novamente eu toparia na hora (ACAD10, F).

Com a realização do Grupo Focal após a experiência do Estágio Rural em Saúde Coletiva, de acordo com as falas dos estudantes, foi possível identificar que os anseios e expectativas sentidos pelos alunos antes de participarem do internato, foram cumpridas e até mesmo superadas, como relatam as acadêmicas.

Portanto, avalia-se que o estágio vivenciado por esses alunos, conseguiu oportunizar vivências e experiências marcantes que superaram suas expectativas, no que refere-se à formação em odontologia no âmbito da saúde coletiva. Observa-se também que alunos relatam que voltariam novamente à comunidade em que a atividade de estágio foi realizada, atingindo não somente seus objetivos, enquanto estágio de formação, mas também o tripé da universidade, que é articular, pesquisa, ensino e extensão.

Em consonância com estes resultados, a Faculdade de Odontologia de Aracatuba - UNESP realizou um trabalho cujo objetivo foi avaliar a importância do Serviço Extramuros Odontológico na formação profissional, sob a ótica dos acadêmicos. A grande maioria dos alunos relatou satisfação com a experiência vivenciada. Este estudo concluiu que os alunos que participaram, se sensibilizaram com a realidade social a que foram expostos, consistindo em enorme contribuição para formação profissional deles, transformando-os em profissionais comprometidos com a saúde bucal no âmbito coletivo. A totalidade dos alunos participantes demonstrou satisfação com o trabalho realizado e expressou o desejo de participarem novamente desse tipo de atividade (Hayssy, Beatriz & Moerbeck, 2012).

## **Perceber a diferença faz toda a diferença: dando valor à vida**

Além de toda a satisfação das suas expectativas, o Estágio Rural em Saúde Coletiva, desafiou os alunos ao inseri-los em ambientes de trabalho fora do habitual que estavam acostumados na universidade. Para Feuerwerker e Sena (2002, p.37), "é indis-

pensável a diversificação dos cenários de prática, que devem estar presentes ao longo de toda a formação, de modo que os alunos tenham a oportunidade de aprender e trabalhar em todos os espaços onde aconteça a atenção à saúde". O desafio de terem de 'trabalhar' fora da policlínica foi relatado pelos acadêmicos conforme discursos:

O desafio maior foi aprender a trabalhar em condições diferentes da policlínica. Não tínhamos tantos recursos, faltavam diversos materiais e isso dificultava o atendimento, mas o dentista que acompanhei, ele fazia acontecer e isso deu uma esperança em mim e pretendo seguir esse exemplo. A policlínica acaba nos acostumando com tudo disponível e com diversos professores especialistas, e no interior, é só você e Deus (ACAD 2, F).

Pude acompanhar o dentista da UBS e nosso maior desafio foi ter os materiais para realizar procedimentos. Na UBS, em questão, não tínhamos anestésicos e isso dificultou nossa vida, porque grande maioria dos casos as pessoas chegavam com extrações para realizarmos e não conseguíamos ajudar devido à falta de anestésico. Muitos materiais estavam em falta, mas o que tínhamos disponível fazíamos o possível para devolver a saúde bucal das pessoas. E isso foi bom porque na UEA a policlínica é tão cheia de materiais que acabamos não valorizando e estragando certas coisas em abundância. No interior é diferente, tem que fazer a odonto acontecer independente das dificuldades. E precisa ser um pouco de tudo, orto, buco, perio, prótese, patologista. Essa experiência foi enriquecedora (ACAD15, M).

Nos discursos acima, verifica-se que os alunos tiveram de compreender a necessidade de possuir habilidades para prestarem atendimentos aos pacientes, independente da falta ou não de materiais e de todo o suporte dado pela universidade.

Uma pesquisa realizada por Moysés (2003) destacou a importância da estratégia de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração à realidade social, às políticas sociais e ao Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a contextualização da aprendizagem, a problematização, o desenvolvimento de habilidades de negociação para decisões coletivas e para a participação como base da cidadania.

Com esta vivência na Atenção Básica à Saúde, proporcionada pelo Estágio rural, a qual se constitui como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS, o estudante trabalha com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (Brasil, 2006).

Devido a isso, demandas singulares de cada comunidade apresentam-se como um desafio constante para o estudante: desenvolver a habilidade de diagnóstico precoce e identificar estratégias de intervenção coletivas e individuais comprovadamente efetivas, incorporando a cultura, tanto quanto possível, ao manejo das condições daquela população (Stein, 2007).

Além da inserção dos estudantes em outra realidade de trabalho, os acadêmicos ao saírem da universidade perceberam que a policlínica fornece todo tipo de amparo para que consigam atender seus pacientes, mas no interior é diferente, ou seja, de acordo com ACAD15, M: *“tem que fazer a odonto acontecer, independente das dificuldades”*, pois na prática *“é só você e Deus”* ACAD 2, F.

Os participantes da pesquisa, em sua maioria, apontaram a ausência dos materiais e das diversas especialidades da odontologia que estão adaptados a trabalharem. Por meio do Estágio Rural em Saúde coletiva, vivenciado pelos alunos, revelou-se, conforme as entrevistas no grupo focal que eles tiveram que aprender a trabalhar em condições diferentes e que geralmente, de acordo com ACAD15, M se faz *“um pouco de tudo”*. Essa perspectiva de alguma forma produz a necessidade para a complexidade e a conexão dos saberes necessários ao trabalho efetivo frente às demandas sociais.

## **Saúde coletiva e a conexão de saberes: “odontologia nas atividades multidisciplinares”**

Esse núcleo de significado se caracterizou em torno do trabalho desenvolvido pelo Cirurgião-Dentista inserido na equipe multidisciplinar. O núcleo revela sentidos produzidos como: troca de experiência e conhecimento, aprendizado e mudança de vida como pode ser analisado nos discursos que compõe este núcleo:

Abordar temas diferentes da área de Odontologia nas atividades multidisciplinar, foi diferente, porque na faculdade é só odonto e odonto e conversar com as pessoas sobre outros assuntos foi fundamental, pude perceber que posso ajudar em diversos aspectos e foi desafiante, tinha que estudar, pesquisar e aprender para poder passar o meu conhecimento (ACAD 3, F).

Tive a experiência de atuar fora minha zona de conforto, que eram os atendimentos odontológicos. Realizei rodas de conversa sobre o outubro rosa e a importância do preventivo, por exemplo. Também estive nas escolas com os meus colegas realizando palestras de educação em saúde contra a violência sexual de crianças (ACAD4, F).

Experiências com palestras para idosos e crianças, programas na rádio local, participação em eventos da secretaria de saúde do município, atendimento na UBS e isso me proporcionou mudança de vida, consegui ajudar as pessoas integralmente (ACAD6, F).

Durante o Grupo Focal, os participantes relataram que experimentaram uma atuação diferente, pois subvertia a perspectiva técnica e curativa da odontologia, ao abordar temas com a comunidade referentes a áreas da saúde em geral.

O trabalho em comunidade, que esses alunos experimentaram, pode ter possibilitado uma abertura maior para compreensão da saúde de modo integral. Essa experiência parece ter possibilitado compreender a saúde e seus condicionantes sociais, provocando estranhamento de que a formação em odontologia é somente boca, como diz a ACAD3, F *"na faculdade é só odonto e odonto"*. Devido a isso, os alunos necessitaram transformar o exótico em familiar, para realizarem avanços e melhorarem seus desempenhos podendo desenvolver atividades referente à saúde como um todo, e não somente a perspectiva individual e técnico-curativa clássica da odontologia.

Podemos avaliar, então, que o Estágio Rural em Saúde Coletiva pode proporcionar proximidade dos futuros dentistas com a população para abordarem diferentes conteúdos e que, mesmo que esse contato seja no último ano da faculdade, pode gerar nos alunos, mudança de vida. Nessa atividade, foi possível conhecer outros métodos para promoção e prevenção à saúde para além da cadeira odontológica: rodas de conversas, programas na rádio, palestras com crianças e idosos como é elucidado nos discursos das ACAD3, F, ACAD4, F e ACAD6, F.

Esses dados se aproximam dos resultados obtidos em uma pesquisa realizada por Toassi, Davoglio e Lemos (2012) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em nível individual, o internato propiciou uma mudança de olhar sobre a prática, favorecendo a realização de um número maior de atividades clínicas no serviço e de atividades coletivas (participação em grupos, escolas/creches, trabalho na sala de espera), enfatizando o trabalho no âmbito de prevenção primária e secundária (visitas domiciliares, participação no acolhimento, realização do Tratamento Restaurador Traumático - ART - em creches e escolas), fazendo contato e se adaptando à realidade da população.

Outro estudo feito por Sanchez, Drumond e Vilaça (2008) verificou que a incorporação da realidade social - vivida em uma equipe da Estratégia Saúde da Família - ao modelo de formação acadêmica pode ser responsável pela formação de profissionais mais preparados do ponto de vista do que exige a ESF, ou seja, dando ênfase na integralidade da assistência, ao vínculo com a comunidade atendida, ao

trabalho multiprofissional e em equipe, à articulação de trabalhadores, gestão e usuários, todos sujeitos de um mesmo processo que é o da produção de saúde.

## **Equipe multiprofissional, convivência e crescimento pessoal: a importância do “outro social” na construção subjetiva em saúde**

O Estágio Rural em Saúde Coletiva ainda possibilitou a convivência dos estudantes com os outros profissionais da área da saúde:

Aprendi a lidar melhor com os diferentes tipos de pessoas no convívio social (ACAD3, F).

A troca de conhecimento com pessoas de outras áreas foi muito bom para toda a equipe - Enfermagem, Medicina e Odonto. É um mundo que pareceu distante quando estava na graduação, mas é isso que vai acontecer nesses primeiros anos de término de faculdade, estaremos inseridos em um mundo de várias profissões onde trabalharemos juntos (ACAD9, F).

Sentimento de crescimento pessoal. Nunca imaginei que fosse tão diferente e ao mesmo tempo igual. Diferente porque cada um cuida e sabe a sua área e o comum no sentido de fazer o melhor em conjunto para cada paciente (ACAD10, F).

Evidencia-se, nesses relatos o amadurecimento dos estudantes que, por terem que conviver com outros profissionais, aprenderam a lidar com diferentes pessoas, como cita a ACAD3, F.

A Atenção Primária tem como função ser o primeiro ponto de atenção do SUS, devendo integrar e coordenar o cuidado, atender as necessidades de saúde e ser constituída de equipe multidisciplinar (Brasil, 2011).

O trabalho em equipe é considerado essencial para que se possa realizar um cuidado de alta qualidade na saúde bucal. Para o desenvolvimento do trabalho em equipe, as habilidades precisam ser ensinadas e aprendidas e, portanto, deveriam ser uma das competências essenciais em todos os cursos de Odontologia (Evans, Henderson, Johnson & 2010).

A vivência nos serviços de saúde, segundo Baumgarten e Toassi (2013), oportuniza aos estudantes de Odontologia esse convívio e a aprendizagem com o trabalho em equipes multiprofissionais já constituídas, superando o isolamento histórico da profissão.

Os dados desta pesquisa estão equivalentes a um estudo realizado na Universidade Paulista, Campus Vargas de Ribeirão Preto em que se realizou um projeto de atividades extramuros integrando os vários cursos de saúde. Alunos de todos os períodos dos cursos de saúde participaram. A avaliação do trabalho realizado foi mensurada pela satisfação ou insatisfação dos alunos com o mesmo. Como resultados, o trabalho obteve um bom entrosamento e sincronia entre as etapas do trabalho, despertou o interesse entre os acadêmicos uns pelas áreas dos outros. Também, notou-se profunda sensibilização com os problemas relatados pela população atendida (Hayassy *et al.*, 2012).

Outro estudo, que retrata os dados produzidos nesta pesquisa, foi realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, demonstrando que a participação na equipe de saúde e no processo de trabalho na Atenção Primária – o trabalho vivo em ato – possibilita o reconhecimento dos estudantes como trabalhadores do sistema público de saúde. Sentimentos de aprendizagem, convivência e ganhos pessoais e profissionais são percebidos (Toassi *et al.*, 2012).

Nessa acepção, o Estágio Rural em Saúde Coletiva pode aproximar os estudantes da realidade que irão encontrar quando formarem, assim como poder proporcionar a experiência de partilhar saberes entre as profissões de saúde. A experiência após o estágio, ainda proporcionou a oportunidade de modificação no tipo de profissional que os estudantes desejam ser assim que formarem, como citado nos seguintes núcleos:

Vi o quanto nós com pequenos gestos podemos mudar a vida de uma pessoa, e eu quero sentir isso na minha vida real, fui totalmente transformado pelo estágio, aprendi a olhar o próximo não só como meu sustento ou porque o procedimento é caro e vou ganhar dinheiro, mas agora olho como se eu pudesse mudar a vida da pessoa (ACAD12, M).

Me fez perceber o quanto reclamo de barriga cheia e me fez olhar mais para o meu próximo e principalmente me transformar em um profissional melhor (ACAD16, M)

Identifica-se nesses discursos, a perspectiva de um olhar diferenciado que esses alunos puderam desenvolver depois do estágio em relação aos seus pacientes. Compreende-se então, que devido à inclusão dos estudantes em outra realidade, pode haver uma progressão e alteração na atuação do trabalho do cirurgião-dentista.

De acordo com um estudo, cujo campo de investigação foi o Estágio Curricular na Atenção Básica do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS), observou-se que a presença dos estudantes nos dife-

rentes locais de estágio provocou, gradualmente, uma mudança positiva na rotina do serviço e nos próprios estudantes. Ao se pensar a questão da realização dos estágios, é preciso considerar que há vários atores envolvidos, os quais possuem realidades de vida e filosofias de formação muito diferentes, incluindo a própria concepção de saúde de cada um (Toassi et al.; 2012).

## **O estágio rural e o desenvolvimento de competências e habilidades em saúde bucal: “o rural me ajudou muito a crescer e ver que posso já entrar no mercado de trabalho”**

Esse núcleo de significado constitui-se em torno da transição estudante/profissional e do amadurecimento pessoal, revela sentidos como: preparação para a realidade, independência, autonomia, transformação e mudança, conforme pode ser verificado nos seguintes discursos que caracterizam este núcleo:

Policlínica da UEA, preparou a gente pra “guerra” somos muitos capazes (ACAD7, F).

Durante a graduação e durante a parte clínica sempre foi desenvolvido a responsabilidade perante o paciente que estava atendendo, acordando cedo, estudando e nunca faltando para não deixar o paciente sem a consulta. Cheguei na UBS e foi exatamente igual, conduzi o paciente sozinho, assim como na graduação, fechei o plano de tratamento. Na UEA temos diversos professores e sempre que surge a dúvida é só procurar o professor e lá na UBS foi diferente, era só eu e deu pra me sentir na vida real (ACAD11, F).

No estágio e, nas vezes que trabalhamos, deu aquele frio na barriga de que a graduação terminou e que agora sou uma profissional de saúde. Foi totalmente diferente da policlínica no qual o professor está sempre do lado, ajudando em tudo e se alguma coisa acontecer só chamar que ele assume. No rural é você e só você e isso foi enriquecedor. Deu pra ter aquele gostinho de dentista e de vida real (ACAD13, F).

A UEA nos preparou para a vida real no sentido de que a policlínica ela só funciona por causa do atendimento dos alunos e isso me ajudou durante o rural. Percebi que quando podia atender sem o Dentista da UBS consegui conduzir o paciente, passou o nervoso e tudo saiu bem, e isso eu achava que seria diferente. Que na hora que o pacien-

te chegasse iria travar e esquecer tudo que aprendi na graduação. E muito pelo contrário depois do rural sinto que já posso trabalhar sem a presença dos professores (ACAD14, F).

Me senti completamente Cirurgião-dentista, não me vi mais como acadêmico. Fazia tudo sozinho, preenchia a papelada sozinho, parecia que eu era o dentista daquela UBS. O dentista que acompanhei me deu total liberdade e isso fez com que eu acordasse e entrasse em outro nível de vida. Escolhi ser isso e agora estou pronto. O rural me ajudou muito a crescer e ver que posso já entrar no mercado de trabalho (ACAD16, M).

Segundo os relatos dos estudantes, a universidade os preparou para a vida real, ou seja, *"preparou a gente pra guerra, somos muitos capazes"*, conforme argumenta ACAD7, F. Embora, tenham experimentado *"frio na barriga"*, nervosismo e o medo na hora da condução dos pacientes conforme um dos acadêmicos, foi possível administrar o manejo do atendimento odontológico e proporcionar atendimento ao paciente sem dificuldades.

Identifica-se que a ideia de conduzir o paciente sozinho no manejo clínico, é uma retribuição bastante presente nos discursos dos participantes desta pesquisa. A condução das práticas oportunizadas pelos professores e a capacidade de realizarem os atendimentos odontológicos, significou, para esses alunos entrevistados, como uma possibilidade de contribuir para suas autonomias a partir de práticas que os colocaram frente a responsabilidades da profissão em que eles escolheram assumir. O Grupo Focal realizado, após o estágio, revelou que o rural possibilitou, conforme ACAD13, F *"o gostinho de dentista e de vida real"*. Nesse contexto, destaca-se que isto foi uma questão bastante pontuada durante a realização do primeiro grupo focal.

De acordo com o Artigo 4º, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia (Brasil, 2002), o Cirurgião-dentista deve ser capaz de tomar decisões, pensar criticamente e assumir posições de liderança. Bordenave (1994) ressalta que as concepções pedagógicas de transmissão e de condicionamento, que fazem parte da metodologia e das avaliações nas instituições de ensino, não contribuem para o crescimento pleno do estudante, uma vez que não lhes despertam o interesse e o prazer de aprender, nem os estimulam a desenvolver uma postura crítica diante de possíveis problemas que possam surgir.

Analisando os relatos dos estudantes, pode-se entender que isso não tem acontecido, porque somente com a ida para o estágio é que a segurança, a independência e, principalmente, a autonomia desses estudantes mostraram-se mais desenvolvidas, o que é fruto de toda formação acadêmica, desde os primeiros fundamentos ao ingressar na universidade.

Podemos fazer uma correlação da pesquisa aplicada aqui com um estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais, em que o internato foi considerado importante por oferecer aos alunos oportunidade de tomar decisões por si mesmos e adquirirem segurança ao fazê-lo. Ao responderem sobre a importância do internato para sua formação profissional, os alunos disseram que o mesmo “permite que seja feito o diagnóstico, planejamento e tratamento do paciente de forma independente do professor”; “foi uma forma de realmente exercer a profissão sem a presença do professor”; “dá mais segurança, capacidade para diagnosticar, habilidade” (Arantes, Pinto, Ramos & Palmier, 2009).

Dessa forma, o estágio rural torna-se instrumento fundamental de articulação da formação de alunos de diferentes áreas da saúde, proporcionando-lhes a oportunidade de desenvolvimento profissional dentro de uma perspectiva de direitos de pessoas que precisam dos serviços assistenciais de saúde em diferentes territórios da Amazônia.

## Considerações Finais

Os sentidos e significados produzidos pelos alunos durante a prática na atenção básica no SUS, por meio do Estágio Rural em Saúde Coletiva, foi além do aspecto formativo para efetivar o cumprimento da carga horária exigida para conclusão do curso de odontologia na UEA, pois também comprometeu pessoas na atuação do cuidado a saúde com responsabilidade no Sistema Único de Saúde.

A aposta do Estágio foi também no sentido de possibilitar a interdisciplinaridade, ocorrida não somente entre os cursos, mas também na prática, por meio de intervenções tecnoassistenciais, baseadas num modelo para além da hierarquia do sistema de saúde, mas numa perspectiva circular, através de rodas de conversas nas escolas, participação nas rádios e diálogo com diferentes faixas-etárias e níveis socioeconômicos.

O estágio pode ser instrumento potencializador para repensar a dura hegemonia do hospital como o centro de cuidado à saúde e recolocar outras portas de entrada na Atenção Básica, como a escola, o centro comunitário, a creche, a rádio local e qualquer outro equipamento social em outro patamar de reconhecimento pelos usuários do SUS.

Essa produção de sentidos e significados aos alunos de Odontologia da Universidade, coloca-nos diante da necessidade de ampliarmos mais efetivamente atividades e experiências como essas em um contexto de dimensões geográficas incomparáveis, como o contexto amazônico, onde a diversidade cultural e a desigualdade social são desafios para os futuros profissionais da

saúde e para as políticas de formação acadêmica, exigindo um olhar especial às populações amazônicas.

## Referências

Arantes, A. C. C., Pinto, R. S., Ramos, T. C. V., Palmier, A. C. (2009). Estágio Supervisionado: Qual sua contribuição para a formação do Cirurgião-dentista de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais? **Revista APS**, 12(2), p. 150-160.

Baumgarten, A., Toass, R. F. C. (2013). A formação do Cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde: a produção do cuidado em saúde. **Rev Bras Pesq Saúde**, 15(4), p.177-122.

Bordenave, J. E. D. (1994). Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, pp.20-26.

Brasil. (2012). Conselho Nacional de Educação: Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES3, de 19 de Fevereiro de 2012**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de mar, Seção 1, p.10.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.17. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de out., Seção 1, pp.48-55.

Costa, I. C. C., Unfer, B., Oliveira, A. G. C., Arcieri, R. M., Saliba, N. A., Mimaz, S. A. S. (2000). Integração universidade-comunidade: análise das atividades extra-murais em Odontologia nas universidades brasileiras. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, 6(20), p.146-153.

Evans, J., Henderson, A., Johnson, N. (2010). The future of education and training in dental technology: designing a dental curriculum that facilitates teamwork across the oral health professions. **Br Dent J**, 208(5), p. 227-30.

Feuerwerker, L., **Sena, R. (2002)**. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências. UNI. Interface- Comunic, Saude, Educ, 6(10), pp.37-50.

González Rey, F. (2003). **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Thomson.

Hayassy, A., Beatriz, A., Moerbeck, V. (2012). Internato rural de Odontologia: Projeto piloto. **Ciência Atual**, 1(2), p.2-19.

Moyesés, S. T. (2003). Humanizando a educação em odontologia. **Revista da ABE-NO**, 3(1), pp. 58-64.

Narvai, P. C., Frazão, P. (2006). Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: F. Antunes & A. Peres. (Orgs). **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Kooga, pp. 346-62.

Rosa, E. Z., Andriani, A. G. P. (2008). Psicologia Sócio-histórica: uma tentativa de sistematização epistemológica e metodológica. In: Kahhale, E. M. P. **A diversidade da psicologia: uma construção teórica**, p.259-288.

Sanchez, H. F., Drumon de, M. M., Vilaça, E. L. (2008). Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em Odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(2), p. 523-531.

Schweickardt, C. J., Lima, R. T. S., Peixoto, A. A. N. (2016). Integração Ensino-Serviço como Estratégia Organizadora dos Processos Formativos da Saúde na Amazônia. In: J. Shweickard., R. Lima., M. Kadri., A. Ferla., Paulo. R & R. Ceccim. (Orgs.). **Educação e práticas na Amazônia: tecendo redes de cuidados**. (Vol 2, ed 1ª, pp. 75-97). Porto Alegre: Rede UNIDA.

Silveira, R. P., Pinheiro, R. (2017). Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. **História, Ciências, Saúde**, 24(2), p.371-390.

Stein, A. (2007). Seminário internacional: Os desafios do ensino da Atenção Básica: Práticas clínicas ressignificadas na atenção básica (**Clinical strategies in primary care**). Brasília.

Toassi, R. F. C., Davoglio, R. S, Lemos, V. M. A. (2012). Integração ensino-serviço-comunidade: O estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. **Educação em Revista**, 28(4), pp.223-242.

Universidade do Estado do Amazonas. (2013). **Regulamento do Estágio Rural em Saúde Coletiva**. Manaus.

Vigotski, L. S. (2001). Pensamento e Linguagem. São Paulo: Martins Fontes.

# **Agentes comunitários de saúde e plantas medicinais: etnobotânica na análise de remédios caseiros para introdução na Atenção Básica em Oriximiná – Pará, Brasil**

03

*Paulo H. O. Léda  
Mônica Dias de Souza  
Sílvia R. Baptista Nunes  
Itana Suzart Scher  
Jessica Oliveira Pires  
Juarez Silva Araújo  
Danilo Ribeiro de Oliveira  
Marlia Regina Coelho-Ferreira*

Este capítulo descreve os resultados qualitativos de uma pesquisa-ação em etnobotânica realizada no município de Oriximiná, no Pará. Elaborada no âmbito da cooperação técnica entre Fiocruz e Ministério da Saúde como apoio à gestão da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006a). Este estudo utiliza da abordagem etnobotânica como método de observação e análise multidisciplinar sobre o território, considerando os diversos aspectos que envolvem os saberes científicos e locais relacionados às plantas medicinais, na perspectiva de selecionar espécies utilizadas no preparo de “remédios caseiros” e definir critérios para o emprego destes recursos na Atenção Básica de Oriximiná – PA.

O amplo uso de “remédios caseiros”<sup>3</sup> aliada a uma rica sociobiodiversidade são características importantes da Amazônia. Estes recursos terapêuticos também foram reconhecidos como relevantes para a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, a qual definiu, dentre as 17 diretrizes do seu Programa (Brasil, 2008), a diretriz 10: “Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros”. No entanto, constata-se a necessidade de pesquisas que orientem os profissionais de saúde quanto ao reconhecimento e valorização do uso

<sup>3</sup> A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos define “remédios caseiros” como preparações caseiras com plantas medicinais, de uso extemporâneo, que não exijam técnicas especializadas para manipulação e administração.

dos “remédios caseiros” diante da falta de informações a respeito das potencialidades do emprego destes recursos para a promoção e a recuperação da saúde Bruning, Mosegui & Vianna, 2012; Barreto & Vieira, 2015; Santos, Léda & Oliveira, 2018). Logo, o primeiro passo deve ser a investigação em etnobotânica a fim de identificar que espécies são utilizadas com fins medicinais pela população adstrita atendida no SUS local, verificando interesses e conflitos existentes entre concededores de “remédios caseiros”, profissionais de saúde e os serviços de saúde.

Com a finalidade de promover ações de regionalização das práticas de uso dos “remédios caseiros” em Oriximiná, conforme previstas no SUS, nossa intenção é, primeiramente, unir esforços de pesquisa no sentido de analisar, embasados em um estudo representativo da complexidade da região amazônica, para, posteriormente, criar meios de coadunar forças político-institucionais e saberes. Para isso, é necessário que a integralidade<sup>4</sup> (Brasil, 2017b) esteja associada às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, segundo os vários níveis de complexidade dos serviços e de forma regionalizada (Brasil, 2011a). Significa reconhecer as várias camadas (social, ambiental, econômica, política, etc) que compõem o território que condicionam a dinâmica das relações sociais e seus determinantes, que interferem tanto na gestão local quanto nas situações de saúde-doença.

Nesse sentido, o que se coloca para o SUS de Oriximiná, através da Atenção Básica, operacionalizado por meio da Estratégia de Saúde da Família, é o reconhecimento dos elementos culturais não como entrave, mas como oportunidade de inovar nas práticas de saúde (Langdon & Wiik, 2010). Deve-se assumir a saúde não somente como uma questão técnica, mas de natureza tecnopolítica, para que, assim, seja possível promover transformações no cotidiano do trabalho, sobretudo na Amazônia. Por consequência, atende-se também a um dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013) que é “reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades”. Isto implica em articulações intersetoriais para executar ações de saúde e educação em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009).

Diante destas considerações, entende-se que é imprescindível promover a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e os concededores de “remédios caseiros”, a fim de incorporar saberes e fazeres no processo de trabalho da Estratégia de Saúde de

<sup>4</sup>A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a integralidade como: conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, bem como o manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Família, considerando, ainda, a importância desta iniciativa para a conservação da biodiversidade<sup>5</sup>. Vale destacar, entretanto, que o SUS é um macrosistema técnico caracterizado pela gestão de um conjunto de sistemas de atenção à saúde extremamente heterogêneos (Ribeiro, 2017). Normas e resoluções elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde regulam o funcionamento do SUS que não incorpora características regionais. Por sua vez, o reconhecimento dos “remédios caseiros” pelo SUS motiva a mobilização de saberes, vivências, biodiversidade e pessoas de modo a articular processo de trabalho em saúde e aprendizado sobre a realidade das condições de vida em seu contexto social.

Como consequência, o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos adotou, como um dos elementos norteadores para o estudo dos “remédios caseiros”, as investigações etnobotânicas participativas por bioma sobre plantas medicinais tradicionalmente utilizadas pela população (Brasil, 2008). Para promover a regionalização das políticas de saúde e, em particular, a gestão das ações voltadas para plantas medicinais e fitoterápicos, faz-se necessário a realização de pesquisas de etnobotânicas no âmbito do SUS local. Essa abordagem deve considerar a tradicionalidade de uso como critério na seleção de espécies úteis no preparado de “remédios caseiros”, atendendo ao estabelecido pelas políticas de saúde. Assim, quando realizadas no âmbito do SUS (Almeida, Léda, Silva, Pinto, Marisa, Maria Lenise & Peixoto, 2014), possibilitam que se amplie a visão acerca dos processos de saúde-doença, agregando fatores socioambientais como importantes para a saúde, conforme figura 1. Dentre estes fatores estão os aspectos culturais, as relações com a biodiversidade e as práticas de cura (Bennett, 1992; Bennett & Prance, 2000).

**Figura 1** – Estratégia de promoção da regionalização das políticas de saúde e da gestão de ações voltadas a Plantas medicinais e fitoterápicos, considerando a tradicionalidade de uso.



**Fonte:** Elaboração dos autores.

<sup>5</sup>Os saberes sobre as plantas medicinais e os rezadores aparecem em destaque na produção do mapa cultural de Oriximiná: <http://mapadadiversidade.com.br/para/mapa-oriximina/>

O diálogo com a antropologia é imprescindível para a imersão no universo das tradições locais, colhendo elementos etnográficos e seleção de casos que possam compor uma moldura analítico-metodológica consistente. Dessa forma, a pesquisa-ação em etnobotânica no SUS é estreitada continuamente, considerando as dinâmicas específicas do território tanto nos aspectos materiais quanto nos simbólicos, e, também, aos embates comuns a este processo, próprios da territorialização da saúde (Gondim & Monken, 2018). Por isso, consideramos, nesta etapa inicial de pesquisa-ação, dois atores que se aproximam deste diálogo entre os saberes e práticas institucionalizadas da saúde e os “remédios caseiros”: os Agentes Comunitários de Saúde, profissionais de saúde que residem em bairros e comunidades de Oriximiná onde atuam, e os conhecedores das plantas e dos “remédios caseiros”, herdeiros dos saberes da terra. Em consequência, os Agentes Comunitários de Saúde foram selecionados como interlocutores por serem identificados como atores sociais habilitados para a prospecção tanto da pertinência dos “remédios caseiros” para a saúde da população, quanto dos possíveis conhecedores destes recursos em suas respectivas áreas de atuação (Wawzyniak, 2009; Perry, Zulliger & Rogers, 2014).

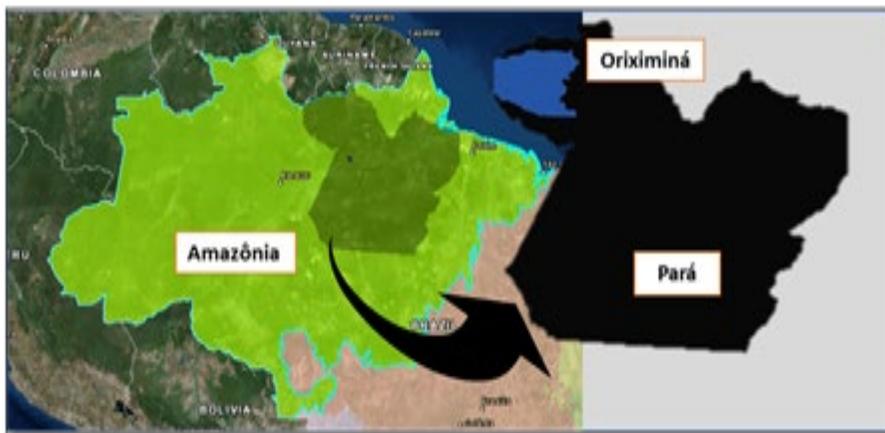
## Caracterização da Área de Estudo

Oriximiná está localizado na região do Baixo Amazonas, oeste do Pará, à margem esquerda do rio Trombetas (figura 2). Ocupa aproximadamente uma área de 107.603 km<sup>2</sup>. A população do município é estimada em 62.794 mil habitantes (urbana: 40.147 e rural: 22.647). Ou seja, grande extensão territorial com baixa densidade demográfica. A complexidade de sua sociobiodiversidade considera as diferentes origens étnicas que compõem este território, descendente de imigrantes italianos e portugueses, indígenas (de várias etnias) e quilombolas. Há de ser considerada a precária rede de transporte e seu alto custo como problemas a serem enfrentados, que dificultam e, por vezes, até inviabilizam a assistência médica, sobretudo o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). No contexto macro e no caso investigado, a infraestrutura médico-hospitalares são precárias e em alguns casos inexistentes, sendo necessária a locomoção dos moradores aos grandes centros, como Santarém, Belém e mesmo para outros estados, sendo mais comum o atendimento em Manaus.

<sup>4</sup>A etnografia possibilita a análise densa das realidades observadas, considerando aspectos que passam despercebidos para os praticantes daquela cultura (Geertz, 1989). Possibilita, ainda, explicar diferentes fenômenos como a saúde e o adoecimento numa perspectiva reflexiva e relativista, evitando etnocentrismos e considerando outros modos de pensar e de atuar nestes processos (Nakamura, 2011). A ciência antropológica é de fundamental importância e valor na consideração dos aspectos simbólicos das relações sociais, que comunica os modos de viver dos grupos humanos (Geertz, 2001).

<sup>7</sup>Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/oriximina/panorama>. Acesso em 15 de dezembro de 2018.

**Figura 2** - Localização do município de Oriximiná - PA



**Fonte:** Elaboração dos autores.

Contabiliza-se 24 estabelecimentos de saúde e 18 de equipes de Saúde da Família que não são suficientes para cobrir a vasta extensão territorial do município, sendo inúmeros os desafios enfrentados pelas equipes e pelos Agentes Comunitários de Saúde para cumprir suas tarefas. O uso dos “remédios caseiros” é uma realidade neste território, tornando-se uma das primeiras opções diante das diversas enfermidades, sobretudo no interior. As tradições das medicinas das plantas descendem sobretudo da herança indígena e dos afrodescendentes quilombolas (Acevedo & Castro, 1998) que, ao longo dos séculos, sofreram impactos do colonialismo em suas práticas culturais, sobretudo nas estratégias de dominação político-religiosa das missões catequizadoras (Henrique, 2015).

Vivencia-se, na atualidade, outros conflitos que foram intensificados com a instalação da Mineração Rio do Norte e a criação de cinco Unidades de Conservação, que consiste na maior extensão em áreas protegidas do mundo. Em decorrência desse histórico, os quilombolas da região foram protagonistas no Brasil, assim como os indígenas, no reconhecimento de suas terras (Andrade, 2011). A manutenção dos conhecimentos tradicionais é elementar na condução de pro-

<sup>8</sup> Os quilombolas de Oriximiná têm tradição de luta pelo direito à terra. Titulados em março de 2018 alcançaram a regulamentação fundiária de suas terras, mas há outras conquistas ainda em pauta, como o enfrentamento às ameaças às suas fontes de água para a pesca tradicional pela contaminação produzida pela mineradora. Fonte: <http://comissaooproindio.blogspot.com/2018/03/terra-quilombola-cachoeira-porteira-no.html> e <https://racismoambiental.net.br/2018/11/22/antes-a-agua-era-cristalina-pura-e-sadia-a-mineracao-e-os-quilombolas-e-ribeirinhos-de-oriximina-para-baixar/>. Acesso em 15 de dezembro de 2018.

cessos de reconhecimentos identitários, coletivos e individuais, além de fortalecer vínculos na extensa rede de parentela. Práticas de cura apoiadas no uso de plantas integram a tradicionalidade deste território, sendo os saberes sobre os “remédios caseiros” usualmente compartilhados pelos habitantes de Oriximiná, porém não reconhecidos ainda como recursos legítimos de apropriação pelo SUS local.

## **Interlocutores da Pesquisa-Ação: Agentes Comunitários de Saúde das Zonas Urbana e Rural**

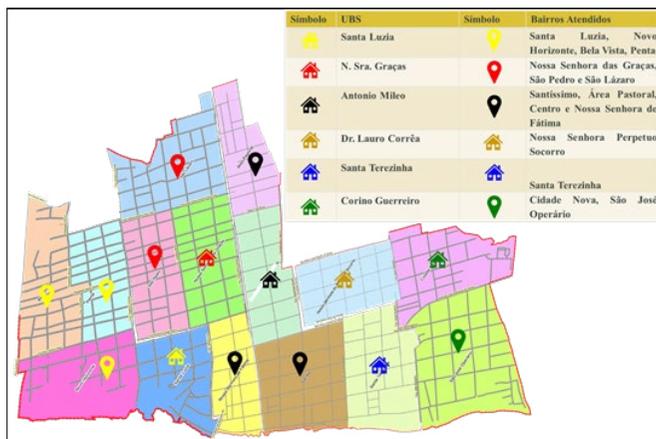
Em virtude das características apontadas, ao se propor analisar o tema “remédios caseiros”, o município foi escolhido como foco dessa pesquisa-ação em etnobotânica considerando as especificidades do lugar. Enquanto moradores e profissionais de saúde residentes nas zonas urbana e rural, os Agentes Comunitários de Saúde foram considerados, por excelência, mediadores aptos a indicar os conhecedores de “remédios caseiros” em suas respectivas áreas de atuação.

A participação dos Agentes Comunitários de Saúde, no âmbito dessa pesquisa, foi viabilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Oriximiná e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através de projeto aprovado na Plataforma Brasil (Parecer 1.882.261). Foram criados nove grupos focais como método inicial para a coleta de dados sobre os “remédios caseiros” e seus referidos usos: seis com os Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana e três com os da zona rural. Estes dados eram discriminados com a identificação das citações/indicações de uso feitas por eles. Essa abordagem, além de permitir constatar os Agentes Comunitários de Saúde com maior vínculo ao tema e mais afeitos a informar plantas medicinais de maior relevância, possibilitou a indicação de moradores reconhecidos por eles como especialistas.

Posteriormente, realizaram-se entrevistas com os moradores sobre o uso de plantas medicinais, correspondendo ao levantamento etnobotânico e primeira fase desta pesquisa-ação (Albuquerque, Lucena & Alencar, 2010). Simultaneamente foram coletadas espécies para identificação botânica e confecção de exsiccatas, depositadas, em seguida, no Herbário João Murça Pires do Museu Paraense Emílio Goeldi. A identificação taxonômica, junto ao registro das tradições orais, auxiliará no reconhecimento da tradicionalidade de uso, correspondendo a segunda fase desse estudo que não será tratado nesta publicação, servindo de critério de seleção das espécies nativas utilizadas em Oriximiná para uso no SUS local.

A Estratégia de Saúde da Família compreendia na zona urbana, com suas equipes e Unidades Básicas de Saúde na área investigada, a cobertura populacional de 15 bairros de um total de 17 existentes. Nestes bairros atuam 63 Agentes Comunitários de Saúde distribuídos em 12 equipes e em seis Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a figura 3 abaixo.

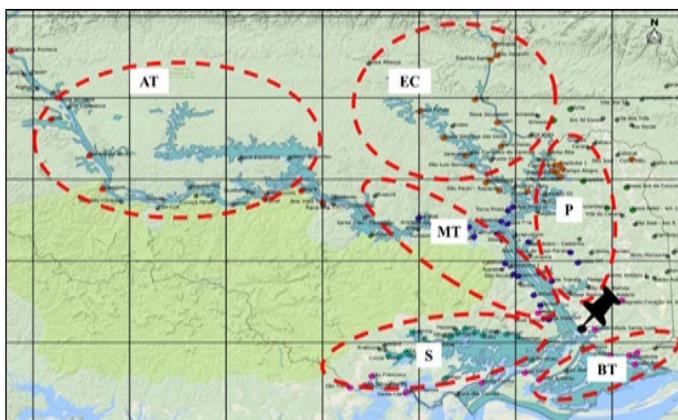
**Figura 3** - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família na zona urbana de Oriximiná



**Fonte:** Elaboração dos autores.

Em relação a zona rural, identificamos 61 Agentes Comunitários de Saúde que atendem 100 comunidades das 171 existentes, distribuídas em seis grandes macrorregiões, a saber, Alto Trombetas (AT), Médio Trombetas (MT), Baixo Trombetas (BT), Erepecurú-Cuminã (EC), Sapucúá (S) e Planalto (P), com destaque para a sede do município (figura 4).

**Figura 4** - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na zona rural.



**Fonte:** Elaboração dos autores.

Desta maneira, a organização do trabalho entre as zonas urbana e rural são distintas. Na urbana, os Agentes Comunitários de Saúde estão vinculados às equipes nas Unidades Básicas de Saúde. Enquanto na rural encontram-se divididos em subgrupos por macrorregiões, coordenados por um profissional de enfermagem que reside na sede do município. Essa característica faz com que os Agentes Comunitários de Saúde da zona rural tenham maior vínculo e autonomia de trabalho junto às famílias da sua área de abrangência, tornando-se peça fundamental como agente transformador no processo saúde-doença.

Nota-se que os desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde superam as atribuições que são a eles estabelecidas, sendo motivo de busca de múltiplos recursos terapêuticos para solucionar os problemas do cotidiano. Estas soluções levam a construção de itinerários terapêuticos baseados em vivências, recursos disponíveis e experiências regionais que ultrapassam os espaços assistenciais em saúde formalmente instituídos.

As características apresentadas por Oriximiná são semelhantes ao Saúde da Família na Amazônia, isto é, carência de recursos humanos e estrutura de serviços de saúde (Garnelo, Lucas, Parente, Rocha, & Gonçalves, 2014). Contudo, diferentemente de outras prefeituras da região (Faria, Ventura, Silva & Pires, 2010), os Agentes Comunitários de Saúde são concursados, fato que possibilita, num horizonte futuro, sistematizar o conhecimento etnobotânico gerado e aplicá-lo de maneira institucionalizada.

Mais da metade dos Agentes Comunitários de Saúde das zonas urbana (76%) e rural (56%) participou dos grupos focais. A média de idade do grupo urbano é de 32 anos com predominância do gênero feminino (56; 89%). A maior parte (43; 68%) fez oito anos de trabalho (maio/2018). Há um grupo de Agentes Comunitários de Saúde mais recente (15; 24%) com dois anos de atividade. Somente cinco (8%) tem mais de 13 anos de trabalho e apresentam idade mais avançada. Quanto a escolaridade, 70% (44) possuem ensino médio e 30% (19) ensino superior. Cada Agente Comunitário de Saúde acompanha, em média, 132 famílias. Em relação a zona rural, o grupo possui uma média de idade de 39 anos, isto é, sete anos a mais que os da área urbana. Ambos apresentam tempo médio de trabalho semelhantes (8 anos).

Quanto à escolaridade não foi observado nenhum Agente Comunitário de Saúde com formação superior na zona rural, sendo 26% com ensino fundamental, 56% ensino médio e 18% não informaram. A presença masculina nesta zona (47%) é maior que na urbana (11%) em razão dos homens se deslocarem com mais facilidade para visitar os domicílios dispersos no território. Assim, a menor densidade demográfica acarreta em quantidade menor de famílias por agentes (47) com

relação à urbana (132) em razão das dificuldades e custos nos deslocamentos<sup>9</sup>. Isso faz com que alguns idosos residentes no interior, de acordo com os Agentes Comunitários de Saúde, não procurem o sistema de saúde, mantendo o cuidado da saúde com “remédios caseiros”.<sup>10</sup>

## **“Remédios Caseiros”: a Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde das Zonas Urbana e Rural**

Os Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana fizeram 239 citações para 95 plantas úteis no preparo de “remédios caseiros”. Cada Agente citou, em média, seis plantas, onde 22 deles (46%) foram responsáveis por 199 citações (83%), representando os que apresentam maior vínculo ao tema. Dentre as equipes dessa zona, a da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora das Graças foi a que mais citou plantas medicinais (28,6%), seguida da Corino Guereiro (18%), Antônio Miléo (16%), Santa Luzia (15%), Lauro Corrêa (12%) e Santa Terezinha (11%). Por sua vez, os Agentes da zona rural fizeram 169 citações para 96 plantas medicinais, onde a maior parte (60%) teve apenas uma citação. Esse fato ocorreu em virtude de a maior quantidade das citações concentrar apenas em seis Agentes Comunitários de Saúde (18%), os quais realizaram 126 citações (75%), com destaque para dois deles que fizeram 51 e 31, caracterizando-os com maior vínculo ao tema.

Dentre as 95 plantas medicinais citadas pelo grupo da zona urbana, treze foram as mais citadas pelo grupo da zona urbana, a saber: “hortelãzinho” com 12, seguida de “capim-santo” e “cidreira”, com 9 cada uma, depois, “quebra-pedra”, “sucuba”, com 7 cada uma, “alho”, “copaíba”, com 6 cada uma, seguidas de “boldo”, “cana-mansa”, “crajiru”, “diabinho”, “pata-de-vaca” e “sara-tudo” com 5 cada uma. Para a zona rural, oito foram as mais citadas: “hortelã-grande”, “manaiara” e “sucuba” (com 5), “cumaru”, “diabinho”, “paregórico”, “mangarataia” e “sara-tudo” (com 4).

No que se refere às 21 espécies mais citadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante os grupos focais, ou seja, as mais conhecidas entre eles, dez são nativas, oito cultivadas e duas naturalizadas. Dentre as nativas, três são restritas ao bioma Amazônia: “manaiara” (*Campsandra laurifolia Benth.*), “cumaru” (*Dipteryx odorata (Aubl.) Willd.*) e “sara-tudo” (*Machaerium ferox (Mart. ex Benth.) Ducke.*). A importância das entrevistas e coletas reside do confronto entre nomes populares e científicos. Por exemplo, há outra espécie denominada de

<sup>9</sup> Cabe destacar que os deslocamentos são influenciados pela cheia e vazante dos rios.

<sup>10</sup> Vale registrar que as distâncias entre as localidades (cidade/zona rural) foi um elemento que inviabilizou um aprofundamento maior na diferenciação do atendimento e das práticas do conhecimento e uso das plantas medicinais. Movimentar-se por horas rio acima ou abaixo requer tempo e um alto custo de transporte. Os meios de comunicação são igualmente difíceis. De modo geral, os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham no interior vão à cidade apenas para receber o pagamento ou participar de alguma capacitação

“sara-tudo”. Embora, ambas sejam nativas da Amazônia, são espécies diferentes. Uma das formas de diferenciá-las popularmente é denominá-las de “sara-tudo da mata” para *Machaerium ferox* e de “sara-tudo de quintal” para *Justicia calycina* (Nees) V.A.W.Graham – por ser uma herbácea que cresce nesse ambiente, diferente da outra, que é uma liana encontrada somente na mata (Oliveira, Leitão, Silva & Leitão, 2011). Diante disso, a interface entre os saberes científicos e tradicionais é relevante para compreender que espécies são utilizadas, correlacionando com as informações científicas. Outro exemplo são os três diferentes tipos de “boldos”: *Plectranthus barbatus* Andr.; *Plectranthus neochilus* Schltr. e *Gymnanthemum amygdalinum* (Delile) Sch.Bip. ex Walp..

Outra espécie amplamente reconhecida pela população de Oriximiná como de grande utilidade no preparo de “remédios caseiros” foi a “andiroba” (*Carapa guianensis* Aubl.). Ao analisar os registros desta espécie a encontramos em 12 trabalhos (Branch & Silva, 1983; Roman & Santos, 2006; Coelho-Ferreira, 2009; Oliveira, 2009; Scudeller, Veiga Araújo-Jorge, 2009; Carneiro, Menezes & Barboza, 2010; Lima, Coelho-Ferreira & Oliveira, 2011; Breitbach, Niehues, Lopes, & Brandão, 2013; Pedrollo, 2013; Lima, Coelho-Ferreira, Santos, 2014; Oliveira, 2014; Vásquez, Mendonça & Noda, 2014). Ademais, consta em referências publicadas nos anos de 1854 (Oliveira, 1854), 1873 (Pinto, 1873), 1922 (Fonseca, 1922) e 1947 (Coite, 1947), além de artigos referentes ao uso histórico, um sobre von Martius<sup>11</sup> na Amazônia (Breitbach, Niehues, Lopes, Faria, & Brandão, 2013) e outro referente a Casa Granado<sup>12</sup> (Oliveira, 2014). Entretanto, a “andiroba” não possui registro nos 15 documentos oficiais do Ministério da Saúde analisados.

Em se tratando da percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao uso de “remédios caseiros” não existiu unanimidade entre eles. Entre os do grupo urbano, alguns demonstram uma certa indiferença e até mesmo receio, provavelmente atribuídos ao fato de não saberem que atitude adotar, por não terem experiência, conhecimento e/ou orientações de como utilizá-los. Outros revelaram uma visão crítica quanto a ausência de consenso sobre o uso dos “remédios caseiros” entre os Médicos de Família e Comunidade. Essa falta de consenso parece ter sido acentuada pela interação do grupo urbano com os médicos cubanos do Programa Mais Médicos que, em sua prática clínica, recomendam o uso de “remédios caseiros”, ao contrário dos médicos brasileiros, pois estes não possuem uma formação

<sup>11</sup> Carl Friedrich Phillip von Martius foi um dos mais proeminentes naturalistas a viajar pelo Brasil. Seus estudos incluíram investigações em botânica e antropologia. Ele viajou por todo o país, acompanhado pelo zoólogo Johann Baptist von Spix. Após sua chegada ao Rio de Janeiro, em novembro de 1817, Von Martius e Spix viajaram para o sul em direção a São Paulo, prosseguiram por Minas Gerais e Goiás até a Bahia e depois seguiram para o norte, rumo ao Amazonas (Breitbach et al., 2013).

<sup>12</sup> A Casa Granado, com sede na cidade do Rio de Janeiro, foi pioneira na produção de fitoterápicos no Brasil. No final do século XIX e início do século XX, a empresa desenvolveu e comercializou inúmeros fitoterápicos, cujo diretor técnico foi o farmacêutico Rodolpho Albino da Silva, autor da 1ª Edição Farmacopeia Brasileira, em 1926.

em fitoterapia (Bruning et al., 2012; Barreto e Vieira, 2015; Santos, Léda & Oliveira, 2018). Aqui percebe-se uma lacuna a ser preenchida como parte das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde que é o fortalecimento de políticas que promovam a qualidade de vida (Morosini & Fonseca, 2018).

Foi consenso entre os Agentes Comunitários de Saúde e, depois corroborado pelas entrevistas, o reconhecimento das mulheres como conhecedoras dos “remédios caseiros”: elas são cuidadoras por excelência e trocam com maior facilidade informações umas com as outras. Essa troca de informações foi também observada junto à Associação de Mulheres Trabalhadoras de Oriximiná que participaram de um projeto relacionado a um inventário de “remédios caseiros”, denominado “Farmácia Mãe Natureza”, coordenado pelo Grupo de Trabalho Amazônico (GTA) (GTA, 2005), porém sem interface com o SUS.

Estes dilemas são considerados intrínsecos à formação dos Agentes Comunitários de Saúde que partilham tanto da construção técnica em saúde quanto da popular. Diante disso, podem demonstrar mais apoio aos métodos biomédicos, esquivar-se de atitudes que não conseguem compreender ou consideradas pouco seguras (Costa & Carvalho, 2012). Por isso, em relação aos portadores de doenças crônicas, são cautelosos quanto a uma possível interferência nos parâmetros considerados adequados como, por exemplo, de glicose e de pressão arterial. Temem recomendar “remédios caseiros” nesses casos, pois, se ocorre algum descontrole nos parâmetros fisiológicos, podem ser culpabilizados. Assim sendo, mesmo que observem e conheçam essa prática, não costumam interferir ou até mesmo desencorajá-la, recomendando atendimento médico. Neste sentido, o grupo urbano relatou maior preocupação com os portadores de doenças crônicas – especialmente diabéticos e hipertensos, além de recém-nascidos e idosos.

Concomitantemente, os Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana reconhecem a perda do conhecimento local em relação às práticas tradicionais em saúde, atribuída por eles, pela maior oferta de outros serviços de saúde e pelo desinteresse dos jovens no assunto, os quais preferem usar os “remédios de farmácia”. Segundo Wayland (2004), baseado em seus estudos na região amazônica, embora as escolhas terapêuticas sejam complexas e multifacetadas, os “remédios de farmácia” representam a modernidade e estão relacionados ao urbano em oposição ao rural, o qual é associado às práticas tradicionais ou mesmo a um estilo de vida “atrasado”. Quanto à perda

<sup>13</sup> Algumas Agentes Comunitárias de Saúde mais jovens e mães confessaram que não tem interesse em aprender os “remédios caseiros”, preferindo usar os medicamentos sintéticos tanto para elas quanto para os filhos. Em algumas situações, relataram que foram repreendidas por suas mães que não concordavam com o uso destes medicamentos em seus netos. Algumas também relataram sucesso no tratamento com “remédios caseiros” feitos por suas mães ou avós.

do conhecimento, Shanley e colaboradores (Shanley & Luz, 2003; Shanley & Rosa, 2005) demonstram que o conhecimento sobre plantas é reduzido ou transformado à medida que os ecossistemas são alterados e/ou destinados às outras formas de exploração econômica.

Por sua vez, Wawzyniak (2009), ao analisar como os Agentes Comunitários de Saúde articulam e relacionam as orientações recebidas com as práticas tradicionais em comunidades do baixo rio Tapajós, conclui que não há substituição entre práticas (tradicionais x biomédicas). O que pode ocorrer é a combinação destas que variará conforme as necessidades, lógicas e/ou interesses particulares. Isto é, pode-se utilizar dos vários recursos terapêuticos simultaneamente. Dentre estes, o que despertou constrangimento dentre os Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana, foram as plantas usadas com fins mágicos/ritualísticos (“banhos” e “benzeduras”), sendo visto como tabu ou prática que deve ser mantida em segredo (Figueiredo, 1979). Havia um certo temor de serem reconhecidos como alguém que não mantinha procedimentos científicos, mas mágicos/ritualísticos. Esse comportamento foi também observado nos entrevistados, conforme relatado no item referente aos quintais urbanos.

Em razão das dificuldades de acesso aos serviços de saúde na zona rural, este grupo de Agentes assume maior protagonismo na resolução dos problemas encontrados. Isso se reflete, quando comparado ao grupo urbano, no maior reconhecimento da importância dos “remédios caseiros” no cotidiano, bem como na própria atuação dos Agentes que acumulam a função de parteiras e/ou benzedoras - relatado também por Wawzyniak (2009). Logo, sendo visto como natural o uso mágico/ritualístico de algumas espécies.

Outra diferença entre os grupos esteve relacionada à utilização do chá de “hortelãzinho” para acalmar e combater gases dos recém-nascidos. Essa prática vai de encontro às orientações repassadas pelo Ministério da Saúde, que recomenda o uso exclusivo de leite materno na alimentação desse grupo até os seis meses de idade<sup>14</sup> (Brasil, 2015). No entanto, diferente da zona urbana, onde há repreensão desta prática durante as visitas domiciliares por parte de enfermeiros ou médicos, o grupo rural não relatou nenhuma preocupação com o uso do referido chá interferir no aleitamento materno.

Conforme Rozemberg (2007), tais posições divergentes e dilemas são intrínsecos aos serviços de saúde em decorrência do repasse de informações e conteúdos técnicos-científicos desconexos da realidade, isto é, com pouco ou

<sup>14</sup> Não restam mais dúvidas de que a suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes.

sem nenhum exercício crítico sobre os significados e possibilidades de suas aplicabilidades no cotidiano. Isso dificulta que os Agentes Comunitários de Saúde exponham seus conhecimentos acerca das práticas locais em saúde, reduzindo o protagonismo dos mesmos na resolução dos problemas. Diante disso, identifica-se uma ansiedade dos Agentes, de ambas as zonas, em receber informações científicas acerca das plantas medicinais. Um claro indicativo do que é seguro e eficaz para a saúde é fundamentado pelo conhecimento científico.

Como estratégia para fazer um alinhamento entre estes dois universos de conhecimentos - técnico e tradicional -, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009) reafirma que as ações de educação em saúde devem considerar os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. No entanto, as normas impostas pelo SUS tende a não reconhecer as especificidades dos territórios, explicada anteriormente. O que implica na falta de propostas delineadas de acordo com as especificidades dos lugares, especialmente às suas práticas tradicionais em saúde. No caso da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, essa falta de regionalização se reflete no elenco de espécies citadas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, tais como no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2011b) e seu suplemento (Brasil, 2018), que pouco reconhecem espécies nativas da Amazônia. Estas medidas também ocasionam a interrupção de projetos em plantas medicinais e fitoterápicos (Ferreira, 2015; Ribeiro, 2017).

Este cenário promove o uso de tecnologias e produtos cada vez mais complexos e desconexos da realidade local e inviabiliza a institucionalidade das normativas. A título de exemplo, ao acompanhar uma visita da equipe de enfermagem a uma das comunidades rurais, observou-se que o médico havia prescrito, para dor no ombro de um senhor, um fitoterápico de *Curcuma longa* L., por sua atividade anti-inflamatória. Tal atitude configura desconhecimento acerca dos saberes e práticas tradicionais associados às plantas locais empregadas com a mesma finalidade. Nesse caso, as práticas tradicionais locais empregam plantas com reconhecidas propriedades anti-inflamatórias, tais como várias espécies de “copaíbas” (*Copaifera langsdorffii* Desf.; *C. multijuga* Hayne; *C. paupera* (Herzog) Dwyer e *C. reticulata* Ducke) e “andiropa” (*Carapa guianensis* Aubl.). As espécies de “copaíbas” discriminadas já se encontram incluídas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2011b), o que representa o reconhecimento da tradicionalidade de uso para as espécies de *Copaifera* sp.

---

<sup>15</sup> Fitoterápico industrializado contendo *Curcuma longa* L. é um produto comercial divulgado aos médicos por propagandistas. Outro exemplo dessa desconexão com a realidade foi observado em relação ao uso de hipoclorito de sódio (água sanitária). Distribuído pela Secretaria de Saúde de Oriximiná e recomendado para colocar na água como forma de reduzir a contaminação microbiológica. Entretanto, nem sempre é usado da forma correta ou, por vezes, é empregado para outras finalidades, como por exemplo, alvejante de roupas.

## Quintais Urbanos e Comunidades Rurais: A Circulação dos Saberes

No âmbito desta pesquisa a fonte da tradicionalidade foram os saberes que (re)sistem nos quintais urbanos, área de produção localizada próxima a moradia e nos arredores das residências das comunidades rurais. Esses ambientes estabeleceram a porta de entrada para identificarmos os conhecimentos sobre as plantas e os modos de uso partilhados pelos moradores de Oriximiná.

Trinta e dois moradores foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde como conhecedores de “remédios caseiros”, isto é, especialistas no assunto; eles acabaram sendo contatados e apresentados aos pesquisadores (1 farmacêutico e 1 antropóloga) por um dos Agentes atuante no bairro ou comunidade e, posteriormente, entrevistados. Como resultado, foram realizadas 32 entrevistas, sendo 24 na zona urbana e oito na rural. O maior número de entrevistas deu-se na área urbana pela maior facilidade de comunicação e interação com as equipes, convites para participação em grupos de hipertensão/diabetes e/ou disponibilidade do Agente Comunitário de Saúde em contribuir com a pesquisa. Por essa razão, foram realizadas mais entrevistas nos bairros atendidos pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde Santa Luzia e Lauro Corrêa e na Comunidade Curupira (Tabela 1).

A maior parte dos entrevistados pertencem ao gênero feminino (26; 81%), em sua maioria senhoras (faixa dos 45-60) e idosas (acima dos 60). As mulheres nessa faixa etária desempenham várias atividades domésticas, entre as quais cuidar da saúde da família e dos quintais, mantendo espécies alimentícias (sobretudo frutíferas), temperos e medicinais. Grande parte delas trabalham ou trabalharam fora realizando atividades diversas como o comércio e a agricultura. São guardiãs de saberes ancestrais que nos quintais e nos arredores das casas nas comunidades os preservam através do cuidado com as plantas e no preparo dos “remédios caseiros”. Estes ambientes são os responsáveis pelo fornecimento de espécies herbáceas empregadas na região amazônica, conforme já demonstrado por vários autores (Rosa et al., 2007; Coelho-Ferreira, 2009; Martins et al., 2012; Siviero, Delunardo et al., 2012; Oliveira, 2015; Palheta, 2015).

**Tabela 1** - Relação dos entrevistados nas zonas urbana e rural.

Zona Urbana - Bairro	Unidade Básica de Saúde	Nº de Entrevistados
<b>Santa Luzia</b>	<b>Santa Luzia</b>	<b>5</b>
São Pedro	N. Sra. das Graças	2
Nossa Sra. das Graças	Antônio Miléo	2
N. Sra. de Fátima	Antônio Miléo	1

Perpétuo Socorro	Antônio Miléo	1
Perpétuo Socorro	Lauro Corrêa	5
Santa Terezinha	Santa Terezinha	2
São José Operário	Corino Guerreiro	3
Bela Vista	Penta	3
Zona Rural - Comunidade		Nº de Entrevistados
Ajará	–	1
Ananizal	–	1
Curupira	–	4
Iripixi	–	1
Maceno	–	1
	<b>TOTAL</b>	<b>32</b>

**Fonte:** Elaboração dos autores.

Observa-se que o aprendizado é majoritariamente remetido à figura materna: “minha mãe me ensinou”, “minha mãe fazia assim”. Quando o homem era entrevistado, normalmente a esposa participava da conversa por interesse e demonstrava conhecimento sobre o assunto. Em alguns casos, a mulher obliterava por completo a presença do consorte ou, ainda, ele próprio a indicava para entrevista conferindo-lhe a autoridade sobre o tema. Registra-se que a maioria das mulheres entrevistadas eram idosas com idade na faixa dos sessenta, já as mais novas se mantinham na faixa etária dos quarenta.

Além da tradição familiar, observou-se que os conhecimentos sobre “remédios caseiros” provinham também de várias outras fontes. Dessa maneira, para mais da herança materna ou familiar, há uma circulação pela rede de vizinhança e o aprofundamento pelos mecanismos educativos como oficinas e cursos oferecidos por organizações não-governamentais, como o Grupo de Trabalho Amazônico, citado anteriormente, e por instituições religiosas como a Pastoral da Criança e a Pastoral da Saúde, sendo esta última a mais citada.

Destaca-se a rede de vizinhança como apoio fundamental para a dissipação das espécies medicinais e do conhecimento sobre as mesmas. Ter e saber usar plantas confere uma particularidade às relações sociais locais, sobretudo quando se identifica os conhecedores de maior legitimidade e prestígio. Como exemplo da circulação das plantas e conhecimentos, destacam-se os relatos de Dona Glaci, uma das especialistas entrevistadas reconhecida pelo seu saber. A mãe morou em área de castanhal na zona rural e lá aprendeu a utilizar algumas cascas, como a “preciosa”, transmitindo o

conhecimento para a filha. Ao ministrar o chá de uma planta para curar problemas nos rins de uma vizinha, conheceu outra espécie que lhe fora presenteada após contar o caso para uma pessoa. Assim, conheceu a “pata-de-peru”, planta que atualmente utiliza para tratamento de problemas renais. Utilizou a espécie na cura de um professor da universidade local. O uso da planta, vinda de São Paulo, foi apropriado por Dona Glaci que já distribuiu mudas e ensinou seu modo de uso para outras pessoas, como, por exemplo, uma vizinha idosa que sofria de problemas urinários. As apropriações dela exemplificam um elemento próprio às práticas populares no uso das plantas medicinais que é a circulação constante deste conhecimento. Essa mesma lógica também foi verificada em entrevistas com Dona Edna e Dona Edite – características também presentes em outros estudos (Rodrigues, 2014; Rocha, 2018).

A moradia é dimensão simbólica que merece atenção no contexto de uso das plantas medicinais. Os lugares onde são cultivadas, os modos de cuidado das plantas, sua colheita e o preparo dos “remédios caseiros” são repletos de saberes e simbologias. Algumas plantas são cultivadas na parte frontal, outras não devem ser apresentadas a estranhos, sob o risco de perdê-la, como se o olhar alheio pudesse minar a sua força vital. As plantas têm sua própria história e estão relacionadas com a trajetória familiar e ao “prontuário” da família. De modo geral as espécies medicinais ocupam o espaço dos fundos da casa, no chão ou em balcões (giraus). Quando cultivadas na parte frontal da casa são associadas com plantas ornamentais e/ou mágicas/ritualísticas, entre as quais se destacam tajás, jiboias, espada-de-São Jorge, espada-de-Joana D’Arc, peão-roxo e peão-pajé, sendo as quatro últimas espécies consideradas para “defesa” e/ou “afastar mau-olhado”.

Quanto à zona rural, identificamos a seguinte morfologia: igreja, centro comunitário/barracão, campo de futebol e moradias. A delimitação destes espaços geralmente é feita com plantas ornamentais ou arbustos. A produção agropecuária é realizada na “colônia ou centro”, localizada distante do centro comunitário e, geralmente local predominante de trabalho dos homens. Essas características possibilitam maior domínio dos homens sobre os caminhos e a localização das espécies arbóreas na mata que fornecem cascas medicinais. Estas quando secas facilitam o armazenamento e transporte para uso emergencial, como o caso de um senhor que viajava levando consigo um pedaço de “casca doce”, usada para eventual “dor de barriga”. O uso das cascas na cidade deve-se a circulação da população cidade-interior ou por encomendas feitas a amigos e parentes que fazem este circuito.

## **“Remédios Caseiros”: Formas de Preparo e Usos**

Como resultado do levantamento etnobotânico, foram coletadas 117 amostras de plantas úteis como medicinais e identificadas 94 espécies. As informações botânicas foram atualizadas em consulta ao sítio eletrônico do Programa Reflo-

ra (Brasil, 2017a), categorizando-as em nativas, naturalizadas, cultivadas<sup>16</sup>. As 94 espécies tiveram a seguinte distribuição: 51 nativas, 20 naturalizadas e 23 cultivadas, demonstrando que as nativas (43,6%) são importantes para a elaboração dos “remédios caseiros”.

Todas as partes das plantas (folha, flor, caule, raiz, semente, fruto) e diversas formas são empregadas (xarope, chá, unguento, banho, pomada). A folha e o chá são os mais utilizados para inúmeros problemas de saúde, tais como acalmar, controlar a diabete e pressão alta. O chá pode também fazer parte da dieta da parturiente, tendo combinações diversas para preparar o corpo. Consome-se chá para aquecer o corpo, livrando de doenças como a “frialdade”. Ademais, pode ser utilizado para compor a merenda em razão do sabor agradável (“mangarataia”, “cindreira”, “capim-cheiroso” e “preciosa”).

O xarope tem processo de produção similar em praticamente todos os casos: ferver o material (cascas, folhas); passar pelo crivo (peneira) ou pano; adicionar açúcar; colocar para apurar novamente no fogo; e, por último, adicionar óleos (“andiroba”, “copaíba”) e mel, quando disponíveis. Numa receita, a planta passou por um processo diferenciado de cozimento chamado “riscarde”, onde coloca-se a folha fresca do “algodoeiro” protegida por outras (como da bananeira), em contato com brasa para retirar o sumo - o qual foi posteriormente adicionado ao xarope. De modo geral, o remédio é indicado para todas as idades, embora tenha sido constantemente relacionado às crianças. Numa urgência, quando o processo de produção demanda combinação de diferentes espécies, as quais não se tem acesso direto, recorre-se a certos óleos com mel, tais como “cumaru” ou “andiroba”, na função de expectorante. Além dos xaropes, os óleos auxiliam no “conserto” do corpo; na cura de feridas e traumas (*golpes, rasgaduras, desmentiduras, baques*); como repelente de insetos; no cansaço físico; entre outros. Eles podem ser utilizados em combinações ou isolados, como o óleo de “cumaru”, “copaíba” e “andiroba”; e também entram nos preparos de unguentos, como na mistura de sebo de carneiro adicionando óleos de “piquiá”, “andiroba” e “copaíba”. A pesquisa identifica a “andiroba” como o óleo de uso mais frequente, sendo versátil no preparo de diversos remédios e, em particular, como repelente e anti-inflamatório.

No quintal, no momento das entrevistas, passam-se por plantas já reconhecidas localmente como utilizadas para banho, sem citar a sua presença. Constrangimento semelhante ao observado nos grupos focais, conforme relatado anteriormente. Diante da insistência para saber se havia algum uso, respondia-se “é para

<sup>16</sup> Nativas são espécies originárias do Brasil. Naturalizadas referem-se as que crescem espontaneamente, após serem introduzidas em nosso território. As cultivadas foram domesticadas e necessitam de tratamentos culturais para se manterem no ambiente.

banho”. Numa dimensão mística respondiam: “é para limpar o corpo” ou “serve para tirar a písica”. Alguns também complementavam dizendo que tirava o “mau-olhado”, “olho ruim”, “olho invejoso”, “olho venenoso” ou simplesmente “os olhados”<sup>17</sup>. Numa conversa mais aprofundada mencionava que este tipo de “olhar” produzia enfermidades. Pelos diversos nomes atribuídos nota-se o quão tal malefício infligiria. O mau olho poderia vir tanto de pessoas quanto de animais, como o caso da menina que o boto olhara para a criança que adoecera, com febres e vômitos. O caso foi tratado com óleo de “gergelim” aquecido. O mau olhado atingiria também as plantas, como mencionamos anteriormente, especialmente para a “arruda”. Segundo relatos, o banho também serviria para atrair dinheiro e pessoas amadas.

Outra função do banho é retirar panema<sup>18</sup> (Vaz-Filho, 2016) ou atrair caça/pesca. Neste caso, tanto se banha a pessoa quanto o objeto empregado na atividade, como o caso que identificamos no interior<sup>19</sup>. Também foram citados os banhos como forma de aquecer e preparar o corpo feminino para o parto, retirando dele todo o frio acumulado, as “frialdades”, que prejudicaria o bom parto. A mulher com o corpo aquecido sentiria menos dores. Os banhos higiênicos são utilizados nas “doenças de mulher”, geralmente inflamações, sendo empregados como “asseio”, bem como em duchas higiênicas. Dessa maneira, os “banhos” integram o itinerário terapêutico e são considerados importantes para a “proteção” do corpo e na “saúde da mulher”. Estes dados confirmam que é uma prática corriqueira na região amazônica (Coelho-Ferreira, 2009), também já descrita por Oliveira (2009) em Oriximiná, onde os ribeirinhos ainda mantêm vivas suas práticas terapêuticas tradicionais associadas às biomédicas (Wawzyniak, 2009).

O látex que exsuda de certas plantas é popularmente denominado “leite”, sendo utilizado no preparo de vários “remédios caseiros”. Por exemplo, o leite de “sucubua”, com ou sem mel; leite de “algodão” puro ou dissolvido na água - batido e tomado diretamente ou sendo retirada a espuma que se forma. Podem ser colocados diretamente sobre ferimento ou misturado ao sumo de outras plantas. Quanto às cascas, podem ser fervidas com água ou simplesmente maceradas, ou seja, colocadas dentro de uma jarra com água para ser consumida ao longo do dia (ou no máximo 3 dias). A defumação também foi registrada como forma de uso das plantas, recomendada como repelente de mosquitos, como a “mirra” ou a “envirataia”, que tanto em casca ou folhas serve para espantar “tudo” que for ruim. As folhas do “breu” e da “canela”

<sup>17</sup> No livro *Medicina Popular do Centro-Oeste*, Ortêncio Bariani (Bariani, 2012) explica que mau-olhado é: “Ocasionalmente malignos por pessoas de olho-ruim, que tem força maligna nos olhos, ocasionando “quebranto” e/ou o “secamento” das plantas, assim como desanda coisas que estão sendo preparadas, tais como sabão ou bolo, não dando o ponto.”

<sup>18</sup> Segundo Vaz-Filho, panema é um tipo de enfermidade espiritual que deixa a pessoa sem sorte, principalmente na caça e na pesca. Os instrumentos de caça e pesca podem ficar “empanemados”. Uma pessoa pode ficar com panema também nos negócios e até no amor. A panema pode ser provocada pela ação de outras pessoas, mesmo que não tenham tido a intenção.

<sup>19</sup> Comunidade Maceno, Lago Sapucúá, Oriximiná, em 20 de maio de 2018.

encontram-se na mesma classificação de espantar enfermidades e maus espíritos. A inalação da fumaça da óleorresina do “breu” também é usada frequentemente para combater a dor de cabeça (Silva, Oliveira, Melo, Bizzo & Leitão, 2016).

## Considerações Finais

A análise dos registros de uso das espécies nativas servirá para determinar o consenso de indicações e, conseqüentemente, a tradicionalidade de uso, a qual será objeto da segunda fase desse trabalho que abrange um período superior a 160 anos, pois a primeira publicação refere-se ao ano 1854, produzida por Henrique Velloso Oliveira (Oliveira, 1854). Como exemplo, citamos aqui a análise preliminar da tradicionalidade de uso das três espécies nativas do bioma Amazônia citadas anteriormente (“manaiara”, “cumaru” e “sara-tudo”). Todas apresentam registro na literatura pesquisada. Cabe ressaltar que o “cumaru” (Oliveira, Leitão, Coelho, Silva, Lourenço, Arqmo & Leitão, 2011b) é a espécie com o maior número de registro dentre as três, constando em 20 das 36 referências analisadas. Entretanto, não há registro delas em nenhum dos 15 documentos oficiais do Ministério da Saúde analisados.

Por sua vez, dentre as espécies nativas identificadas no levantamento etnobotânico 21 delas estão presentes em pelo menos um dos 15 documentos do Ministério da Saúde avaliados. Contudo, a maior parte consta em documentos que não fazem parte do âmbito sanitário. Assim, doze fizeram parte do Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais da extinta CEME (Brasil, 2006b), reconhecidamente voltado para o estudo de espécies nativas brasileiras, nove integram a RENISUS e quatro constam na Farmacopeia Brasileira 1ª edição (1926) (Brasil, 1926) e na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 10/2010 (Brasil, 2010) - ambos documentos regulatórios caracterizados como de maior presença de espécies nativas brasileiras. Por último, quatro espécies encontram-se no Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2011b) e em seu suplemento (Brasil, 2018), a saber, “cumaruzinho” (*Justicia pectoralis* Jacq.), “cidreira” (*Lippia alba* (Mill.) N.E.Br. ex P. Wilson), “salva de Marajó” (*Lippia origanoides* Kunth) e “maracujá-peroba” (*Passiflora edulis* Sims). Esta última foi uma das mais citadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e presente em nove dos 15 documentos do Ministério da Saúde. Apesar de a “copaíba” (*Copaifera* spp.) não estar entre as mais citadas, é uma das que atende aos requisitos de tradicionalidade de uso e faz parte do Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira, podendo ser incorporada como recurso terapêutico no SUS local.

Conseqüentemente, o rol das espécies identificadas junto a historicidade de seus usos, nas mais diversas apropriações de significados e modos de preparo, abre um caminho para que as evidências de tradicionalidade de uso seja definida como estratégia para seleção e inserção das espécies nativas da Ama-

zônia na Atenção Básica, fundamento já demonstrado para duas espécies nativas (*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville e *Copaifera* spp.) no tratamento de feridas (Ricardo, 2017). Esse reconhecimento é importante na medida em que as espécies nativas da Amazônia não integram o escopo regulatório do SUS. Essa proposta contribui para a regionalização das práticas de saúde estabelecidas nas políticas de saúde do SUS, contribuindo para a gestão das Políticas Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006a) e de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006c).

Com essa abordagem metodológica será possível ampliar os horizontes da saúde, indo além de uma mera oferta de equipamentos e procedimentos curativos padronizados e apoiados numa visão medicalizante e biomédica centrada em equipamentos e procedimentos curativos, a qual se mostrou incapaz de lidar com aumento das doenças crônicas, dos sofrimentos psíquicos, das limitações provocadas pelo envelhecimento e no combate à poluição ambiental e à insegurança alimentar. Essa incapacidade do sistema em promover saúde o tornou insustentável, tanto do ponto de vista econômico quanto social e ambiental.

Nessa perspectiva, o reino vegetal é um elemento que abre um leque de possibilidades de compreensão dos itinerários terapêuticos utilizados pela população em Oriximiná, gerando oportunidades para a regionalização de práticas voltadas para a promoção da saúde. Como resultado, espera-se contribuir na implementação das políticas de saúde – a partir do diálogo e respeito às práticas tradicionais, valorizando aspectos culturais e ecológicos dos territórios, concernentes às percepções advindas da sociobiodiversidade – a serem pautadas em agendas concretas nas reflexões promovidas pelo campo da Saúde Coletiva. Por fim, os dados encontrados nesta pesquisa corroboram a teoria proposta por Ribeiro (2017) que mostra um grande descompasso entre macrosistema, SUS, e os microsistemas de saúde, representado aqui, pela Atenção Básica de Oriximiná.

## Referências

Acevedo, R. & Castro, E. (1998). **Negros de Trombetas: Guardiões de Matas e Rios**. Belém: Cejup/UFPA-NAEA.

Albuquerque, U. P. D., Lucena, R. F. D. P. & Alencar, N. L. (2010). Métodos e Técnicas para Coleta de Dados Etnobiológicos. In: Albuquerque, U. P. D.; Lucena, R. F. D. P., et al. (Ed.). **Métodos e Técnicas na Pesquisa Etnobiológica e Etnoecológica**. Recife: NUPPEA.

Almeida, M. Z., Léda, P. H.O., Silva, M. Q. O. R., Pinto, A., L., Marisa, G., Maria Lenise M. L. & Peixoto, A. L. (2014). Species with medicinal and mystical-religious uses in

São Francisco do Conde, Bahia, Brazil: a contribution to the selection of species for introduction into the local Unified Health System. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, 24(2), 171-184. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjph.2014.04.006>

Andrade, L. M. M. D. (2011). **Terras Quilombolas em Oriximiná: pressões e ameaças**. São Paulo: Comissão Pró-Índio de São Paulo.

Bariani, O. (2012). **Medicina Popular do Centro-Oeste**. Brasília: Thesaurus.

Barreto, B. B. & Vieira, R. D. C. P. A. (2015). Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Inserção da Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, 18 (2), 191-198.

Bennett, B. C. & Prance, G. T. (2000). **Introduced plants in the indigenous pharmacopoeia**

Bennett, B. C. (1992). Plants and People of the Amazonian Rainforests: The role of ethnobotany in sustainable development. **BioScience**, 42 (8), 599-607.

Branch, L. C. & Silva, M. F. D. (1983). Folk medicine of Alter do Chão, Pará, Brasil. **Acta Amazonica**, 13 (5-6), 737-797.

Brasil. (1926). **Pharmacopoeia Brasileira. Decreto nº 17.509 de 4 de novembro de 1926**. PÚBLICA, D. N. D. S. Rio de Janeiro: Brasil.

Brasil. (2006a). **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006b). **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006c). **Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). **Portaria Interministerial Nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008 - Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 10, de 9 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências.** ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011a). **Coleção Para Entender a Gestão do SUS.** Brasília: CONASS.

Brasil. (2011b). **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira.** Brasília: Anvisa: 126 p.

Brasil. (2013). **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015). **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar Brasília:** Ministério da Saúde.

Brasil. (2017a). **Flora do Brasil 2020 em construção.** Rio de Janeiro, p. Recuperado em 30 de Outubro, 2017, de <http://floradobrasil.jbrj.gov.br>.

Brasil. (2017b). **Portaria n° 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).** Brasília: Diário Oficial da União. Seção 1.

Brasil. (2018). **Formulário de Fitoterápicos Farmacopeia Brasileira - Primeiro Suplemento.** Brasília: Anvisa.

Breitbach, U.B., Niehues, M., Lopes, N.P., Faria, J.E. & Brandão, M.G., (2013). Amazonian Brazilian medicinal plants described by CFP von Martius in the 19th century. **Journal of ethnopharmacology**, 47,(1), 180-189.

Bruning, M. C. R.; Mosegui, G. B. G. & Vianna, C. M. D. M. (2012). A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17 (10), 2675-2685.

Carneiro, D. B., Menezes, M. P. M. D. & Barboza, M. S. L. (2010). Plantas nativas úteis na Vila dos Pescadores da Reserva Extrativista Marinha Caeté-Taperaçu, Pará, Brasil. **Acta Botanica Brasílica. Bras.**, 24 (4), 1027-1033.

Coelho-Ferreira, M. (2009). Medicinal Knowledge and Plant Utilization in an Amazonian Coastal Community of Marudá, Pará State (Brazil). **Journal of Ethnopharmacology**, 126, 159-175.

Cointe, P. L. (1947). **Árvores e plantas úteis: Amazônia Brasileira**. Brasil: Companhia Editora Nacional.

Costa, S. L. D. & Carvalho, E. N. D. (2012). Agentes Comunitários de Saúde: Agenciadores de Encontros entre Territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (11), 2931-2940.

Faria, A. B. R., Ventura, J. C., Silva, D. E., Pires, R. O. M., (2010). O processo de Trabalho em Saúde da Família no Contexto do Interior da Amazônia. **Cogitare Enfermagem**, 15 (2), 231-237.

Ferreira, L. L. C. (2015). **Avaliação dos Arranjos Produtivos Locais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2015. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Figueiredo, N. (1979). **Rezadores, Pajés & Puçangas**. Belém: Boitempo.

Fonseca, E. T. D. (1922). **Indicador de Madeiras e Plantas Úteis do Brasil**. Rio de Janeiro: Oficinas Graphicas Villas-Boas.

Garnelo, L., Lucas, A. C. dos 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 em Debate**, 38(spe), 158-172.

Geertz, C. (2001). **O Saber Local. Novos Ensaios em Antropologia Interpretativa**. Rio de Janeiro: Vozes.

Geertz, C. (1989). **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2018). O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça, M. H. M.; Matta, G., **et al.** (Ed.). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GTA. (2005). **Farmácia Mãe Natureza**. Brasília: Grupo de Trabalho Amazônico - GTA.

Henrique, M. C. (2015). Between Myth and History: the Priest Who was Born Indian and the History of Oriximiná. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, 10 (1), 47-64.

Langdon, E. J. & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, Saúde e Doença: uma Introdução ao Conceito de Cultura Aplicado às Ciências da Saúde. **Revista Latino-Americana**

**de Enfermagem**, 18 (3), 173-181.

Lima, P. G. C., Coelho-Ferreira, M. & Oliveira, R. (2011). Plantas medicinais em feiras e mercados públicos do Distrito Florestal Sustentável da BR-163, estado do Pará, Brasil. **Acta Botanica Brasilica**, 25(2), 422-434.

Lima, P. G. C.; Coelho-Ferreira, M.; Santos, R. D. S. (2014). A Floresta na Feira: Plantas Medicinais do Município de Itaituba, Pará, Brasil. **Fragmentos de Cultura**, 24 (2), 285-301.

Martins, W. M. D. O., Martins, L. M. O., Paiva, F. S., Martins W. J. O. & Lima S. F., Jr. (2012). Agrobiodiversidade nos Quintais e Roçados Ribeirinhos na Comunidade Boca do Mõa - Acre. **Biotemas**, 25(3), 111-120.

Martius, Karl Friedrich Philipp von (1854). **Systema de Materia Medica Vegetal Brasileira Contendo o Catalogo e Classificação de Todas as Plantas Brasileiras Conhecidas**. (Oliveira, H. V. Trad.). Rio de Janeiro.

Morosini, M. V. & Fonseca, A. F. (2018). Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça, M. H. M.; Matta, G., et al. (Ed.). **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Nakamura, E. (2011). O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma Reflexão Antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**, 20 (1), 95-103.

of Northern South America. *Economic Botany*, 54 (1), 90-102.

Oliveira, D. N. D. (2015). **Etnobotânica de Quintais de Três Bairros Urbanos de Manaus, Amazonas 2015**. Dissertação de Mestrado, Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia Manaus, AM, Brasil.

Oliveira, D. R. (2009). **Bioprospecção de Espécies Vegetais do Conhecimento Tradicional Associado ao Patrimônio Genético em Comunidades Quilombolas de Oriximiná-PA 2009**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Oliveira, D. R., Leitão, G. G., Coelho, T. S., Silva, P. E. A., Lourenço, M. C. S., Arqmo & Leitão, S. G. (2011b). Ethnopharmacological versus random plant selection methods for the evaluation of the antimycobacterial activity. **Revista Brasileira de Farmacognosia/Brazilian Journal of Pharmacognosy**, 21 (5), 793-806.

Oliveira, D. R.; Leitão, G. G.; Arqmo; Silva, M. C. R.; Leitão, S. G. (2011). A Enotaxo-

nomia das Comunidades Quilombolas de Oriximiná-PA, Brasil. **Simpósio Italo-latinoamericano de Etnomedicina - SILAE**. XX. Fortaleza - CE: SILAE.

Oliveira, P. D. J. M. D. (2014). **Reconhecimento das Plantas Medicinais de Uso Tradicional no Brasil: a Relevância e o Pioneirismo da Casa Granado 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Palheta, I. C. (2015). **Quintais Urbanos e Plantas Medicinais: um Estudo Etnobotânico no Bairro São Sebastião, Abaetetuba-PA 2015**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Pedrollo, C. T. (2013). **Baixo Jauaperi: da farmacopeia ao sistema de saúde - um estudo etnobotânico em comunidades ribeirinhas 2013**. Dissertação de Mestrado. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia Manaus, AM, Brasil.

Perry, H. B.; Zulliger, R.; Rogers, M. M. (2014). Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. **Annu. Rev. Public. Health**, 35, 399-421.

Pinto, J. D. A. (1873). **Diccionario de Botanica Brasileira ou Compendio dos Vegetaes do Brasil, tanto Indigenas quanto Acclimados**. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança.

Ribeiro, L. H. L. (2017). Análise dos Programas de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Sistema Único De Saúde (SUS) sob a Perspectiva Territorial. **Ciência Saúde Coletiva**. Recuperado em 3 de Junho, 2018, de <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/analise-dos-programas-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sistema-unico-de-saude-sus-sob-a-perspectiva-territorial/16382?id=16382>

Ricardo, L. M. (2017). **Evidência de Tradicionalidade de Uso de Plantas Medicinais: Proposta de Metodologia para o Desenvolvimento de Fitoterápicos para Tratamento de Feridas no Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG Brasil.

Rocha, J. S. (2018). **Diversidade, Usos e Circulação de Plantas Medicinais no Bairro Nossa Senhora da Vitória em Ilhéus - Bahia**. Dissertação de Mestrado Profissional. Escola Superior de Conservação Ambiental e Sustentabilidade, Ilhéus, BA, Brasil.

Rodrigues, M. L. (2014). Misturando Receitas: a Circulação de Saberes sobre Plantas Medicinais entre as "Agentes do Conhecimento Tradicional" da Rede Fitovida (RJ) e as Trabalhadoras Rurais nos "Arredores de Casa" (PB). 29a **Reunião Brasileira**

**de Antropologia.** Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Roman, A. L. C. & Santos, J. U. M. D. (2006). A Importância das Plantas Medicinais para a Comunidade Pesqueira de Algodual. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Naturais**, 1 (1), 69-80.

Rosa, L. D. S., Silveira, E. L., Santos, M. M., Modesto, R. S., Perote, J. R. S. & Vieira, T. A., (2007). Os Quintais Agroflorestais em Áreas de Agricultores Familiares no Município de Bragança-PA: Composição Florística, Uso de Espécies e Divisão de Trabalho Familiar. **Revista Cadernos de Agroecologia**, 2(2).

Rozemberg, B. (2007). O Saber Local e os Dilemas Relacionados à Validação e Aplicabilidade do Conhecimento Científico em Áreas Rurais. **Caderno de Saúde Pública**, 23 (Sup 1), S97-S105.

Santos, S. S., Léda, P. H. O. & Oliveira, D. R. D. (2018). Plantas Medicinais e Fitoterapia em Oriximiná - Pará, Brasil: Percepção e Intenção de Uso pelos Profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Vittalé - **Revista de Ciências da Saúde**, 30 (1), 11-25.

Scudeller, V. V., Veiga, J. D. & Araújo-Jorge, L. D. (2009). Etnoconhecimento de Plantas de Uso Medicinal nas Comunidades São João do Tupé e Central (Reserva De Desenvolvimento Sustentável do Tupé). In: Santos-Silva, E. N. E Scudeller, V. V. (Ed.). **Biotupé: meio físico, diversidade biológica e sociocultural do Baixo Rio Negro, Amazônia Central. Manaus:** UEA (v.2, pp.185-199). Manaus: UEA Edições.

Shanley, P. & Luz, L. (2003). The Impacts of Forest Degradation on Medicinal Plant Use and Implications for Health Care in Eastern Amazonia. **BioScience**, 53(6), 573-584.

Shanley, P.; Rosa, N. A. (2005). Conhecimento em Erosão: Um Inventário Etnobotânico na Fronteira de Exploração da Amazônia Oriental. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi - série Ciências Naturais**, 1(1), 147-171.

Silva, E. R., Oliveira, D. R., Melo, M. F. F., Bizzo, H. R. & Leitão, S. G. (2016). Report on the Malungo expedition to the Erepecuru river, Oriximiná, Brazil. Part I: is there a difference between black and white breu? **Revista Brasileira de Farmacognosia**, 26, 647-656.

Siviero, A., Delunardo, T. A., Haverroth, M., Oliveira, L. C. & Mendonça, A. M. S., (2012). Plantas Medicinais em Quintais Urbanos de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira Plantas Mediciniais**, 14(4), 598-610.

Vásquez, S. P. F., Mendonça, M. D. & Noda, S. D. N. (2014). Etnobotânica de plantas medicinais em comunidades ribeirinhas do Município de Manacapuru, Amazonas,

Brasil. **Acta Amazonica**, 44(4), 457-472.

Vaz-Filho, F. A. (2016). **Pajés, Benzedores, Puxadores e Parteiras - Os Imprescindíveis Sacerdotes do Povo na Amazônia**. Santarém: Universidade Federal do Oeste do Pará.

Wawzyniak, J. V. (2009). Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando em diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos - Revista de Antropologia**.

Wayland, C. (2004). The Failure of Pharmaceuticals and the Power of Plants: Medicinal Discourse as A Critique of Modernity in the Amazon. **Social Science & Medicine**, 58, 2409-2419.

# **Desenhando a teia: o papel do psicólogo da Atenção Básica na assistência a crianças e adolescentes no Município de Manaus/AM**

04

*Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti  
Alessandro Sampaio Ribeiro  
Munique Therense Costa de Moraes Pontes  
Socorro de Fátima Moraes Nina*

A mitologia e a arte frequentemente trazem a aranha como um símbolo de criatividade e paciência. Com eficiência e maestria, são capazes de construir teias que mostram resistência na formação dos fios e plasticidade quanto à organização e à funcionalidade dos mesmos. Não há um modelo padrão de teia a ser seguido, tampouco existe uma relação entre a classificação das aranhas e o tipo de teia que constroem.

Indo de encontro a uma visão fragmentada dos sistemas de atenção à saúde instituída pela hierarquização em níveis de complexidade, o Ministério da Saúde adotou a concepção de Redes de Atenção à Saúde, na qual, assim como em uma teia, todos os pontos encontram-se articulados - contemplando uma horizontalidade - e tendo por eixo central a Atenção Básica à Saúde (Mendes, 2011). Para este estudo, não há de se discutir os meios para a construção da teia, mas os benefícios que sua formação proporciona e as atribuições daqueles que a constroem.

No cenário amazonense, as ações do psicólogo nesse campo de atuação não se encontram bem claras. A psicologia ainda se encontra presa às amarras do acompanhamento clínico, uma vez que pouco se discute nas instituições de ensino superior do estado do Amazonas o que pode ser feito além de quatro paredes. A transição de uma política de saúde hierarquizada para uma assistência em rede sugere que o psicólogo repense o seu saber e o seu fazer frente à saúde coletiva. Quando se trata dos serviços oferecidos às crianças/adolescentes em sofrimento, repensar o saber/fazer frente à saúde coletiva implica em questionar-se: como promover saúde, considerando as características peculiares desta população, sem ater-se às práticas clínicas tradicionais? Qual o papel do psicólogo neste lugar?

Construído a partir da experiência da primeira turma de psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Amazonas (2015-2017), o presente estudo teve por objetivo discutir o papel do psicólogo inserido na atenção básica, bem como as suas possibilidades de atuação junto a crianças e adolescentes assistidos pela Rede de Atenção à Saúde do Amazonas. Percebendo as limitações impostas pelo tempo de pesquisa, definiu-se as crianças e/ou adolescentes amparados pela rede institucional UBS-CAPSi como público alvo das ações desse profissional. Para melhor compreender as atribuições do profissional em questão neste novo espaço e favorecer o debate acerca da construção das linhas de cuidado em saúde mental, fez-se uso da abordagem qualitativa, tendo por foco o estudo de campo.

## **A Psicologia enquanto Ciência da Saúde**

Tomando por base as demais profissões de saúde no Brasil, a psicologia pode ser vista como uma contribuição relativamente recente. Mesmo fazendo parte desse cenário desde a década de 30, foi somente em 1962 que foi oficializada enquanto profissão. A inserção dos psicólogos na esfera pública de saúde se deu quase que concomitante a sua regulamentação. Foi a partir da década de 1970 que tais profissionais passaram a ser absorvidos pelas instituições de saúde, em especial os centros psiquiátricos (Dimenstein, 1998).

Levanta-se a curiosidade acerca da atribuição do adjetivo recente a uma profissão que completa 54 anos de existência. Abre-se aqui um espaço para explicação. O modelo hospitalocêntrico, adotado pelas instituições psiquiátricas e caracterizado pela priorização da medicalização e por longas internações, passou a receber duras críticas quanto a sua eficácia e considerações éticas. Assim, deu-se início aos movimentos de reforma psiquiátrica, onde deveria se pensar novas possibilidades de atuação multiprofissional extra-hospitalares (Sundfeld, 2010).

Com a consolidação do SUS, as reformas no modelo de atenção à saúde foram tomando mais espaço e tornou-se possível a inserção de psicólogos nos serviços de saúde abarcados pela atenção básica, atribuindo-os a responsabilidade por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde (Sundfeld, 2010). Contudo, as instituições de ensino superior do Amazonas pouco se adequaram a esse movimento e tampouco abriram espaço para o debate a respeito das políticas públicas e a formação de pensamento crítico para atuar num contexto que tem sido a principal escolha dos recém-graduados.

A lógica da privatização e da clínica assistencial ainda deixa turva a visão do psicólogo e dificulta a conexão das ações em saúde mental com as ações de saúde em geral, bem como o desenvolvimento multiprofissional e intersetorial

das ações de promoção de saúde. Desta forma, torna-se necessário ampliar o campo de discussões sobre uma atuação profissional pautada na complexidade do sujeito e nas especificidades do nosso sistema de saúde pública.

## **A Psicologia na Atenção Básica**

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado”, garantindo, assim, um sistema universal e gratuito para todos aqueles que necessitem de acompanhamento. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu por base de três princípios: (1) universalidade, assegurando a saúde a todos, sem qualquer distinção; (2) integralidade, para que todo indivíduo seja visto e acompanhado com um todo; (3) equidade, adequando a assistência de acordo com a necessidade do indivíduo. Há, ainda, quatro diretrizes estratégicas para a sua organização, sendo eles: (a) descentralização, favorecendo a direção única em cada esfera do poder e permitindo, assim, um contato mais direto do usuário com o responsável; (b) regionalização, na qual o poder público deve oferecer condições de acesso à saúde que se adequem a cada região; (c) hierarquização, orientando as ações e os serviços de saúde de acordo com o nível de complexidade; e (d) participação social, assegurando a participação da comunidade na gestão do sistema.

O SUS não atua de forma isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, uma vez que está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abarcam, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Contudo, se estabelece como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos (Brasil, 2011).

Ao longo dos seus trinta anos de existência, o SUS alcançou significativos avanços. Foi possível perceber uma mudança de ideais a partir do contexto histórico brasileiro, favorecendo a criação da Atenção Básica enquanto proposta de descentralização e rompimento com o modelo médico-assistencial preconizados pela Atenção Primária e vigente nas décadas anteriores à Conferência Internacional de Alma Ata (1978), sendo esta última o ponto de partida para as reflexões em prol da reforma dos sistemas de saúde (Gil, 2006).

Assim, a Atenção Básica se caracterizou como:

Conjunto de ações que visam a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, ao nível individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma ação integral que impacte na

situação da saúde e na autonomia das pessoas e nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades (Brasil, 2012, p. 19).

Um dos maiores resultados dessa nova política se materializa na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa atender as necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (Brasil, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família despontou enquanto uma ferramenta imprescindível para reorientação do modelo assistencial, sendo caracterizada pelo primeiro contato da população com o serviço de saúde. Foi pensada para atingir a coletividade através de ações que envolvam, em um primeiro nível, as famílias e, por consequência, a comunidade adscrita (Brasil, 2008). Contudo, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado preconizados pelo SUS mostraram-se prejudicados devido à baixa resolubilidade do serviço, uma vez que o mesmo permaneceu enlaçando os demais serviços à lógica da referência e contrarreferência.

Visando expandir e consolidar as ações da ESF o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 154/2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado segundo a lógica do apoio matricial<sup>21</sup>, o NASF oferece um suporte técnico especializado às equipes de referência, com o objetivo de aumentar a resolubilidade dos casos atendidos, favorecendo a corresponsabilização e a integralidade do cuidado na atenção básica. Aqui a interdisciplinaridade ganha destaque, posto que seu alvitre principal é oferecer suporte à ESF através de ações conjuntas e integradas que tem por base o diálogo, a criatividade e a flexibilidade nas formas de pensar e agir nos serviços de saúde. Assim, deve desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica, tendo como “públicos-alvo” direto as equipes de Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. (Brasil, 2008; Brasil, 2014; Leite; Andrade; Bosi, 2013).

A mesma portaria traz consigo alguns eixos temáticos relativos a cada especificidade de formação profissional, sendo eles representados por ações de atividade física/práticas corporais, ações das práticas integrativas e complementares, ações de reabilitação, ações de alimentação e nutrição, ações de serviço social, ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, ações de assistência farmacêutica e ações de saúde mental. (Brasil, 2008; Moreira; Castro, 2009).

<sup>21</sup> Segundo Campos e Domitti (2007, pg. 399), o apoio matricial em saúde “objetiva assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde”. Constitui-se enquanto um método de ação complementar ao que se preconiza em sistemas hierarquizados (mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação).

Afim de estreitar os laços entre a saúde mental e atenção básica, bem como descaracterizar suas ações enquanto uma prática de exclusividade clínica, o NASF conta com a participação do psicólogo no seu corpo profissional. Sua presença vem para contribuir com as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos no território adscrito (Leite, Andrade & Bosi, 2013; Moreira & Castro, 2009).

O Ministério da Saúde prevê que o psicólogo inserido no NASF tenha as seguintes atribuições: desenvolver atividades clínicas relacionadas a sua responsabilidade profissional, dando prioridade às ações coletivas; oferecer suporte a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; ponderar junto a ESF os casos que careçam de uma intervenção interdisciplinar; evitar a excessiva medicalização referente às situações comuns do dia-a-dia; desmistificar as ideias pré-concebidas a respeito da loucura; envolver a comunidade na elaboração de espaços que beneficiem a reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias, estabelecendo a corresponsabilidade em saúde (Brasil, 2009).

Moreira e Castro (2009) pontuam que para que haja a plena efetivação das ações em saúde mental, torna-se necessário a construção de uma rede de cuidados. A Linha de cuidado “[...] é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, [...] que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção” (Brasil, 2010, p. 49). Desta forma, a rede deve ser pensada no sentido de atender às necessidades de saúde de cada indivíduo e deve incluir a Atenção Básica, sob a ótica da Saúde da Família, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como as residências terapêuticas, os ambulatórios, hospitais gerais, os centros de convivência, dentre outros espaços sociais.

A fim de melhor articular as ações em saúde mental dentro da rede de atenção à saúde, a Política Nacional de Saúde Mental optou pela consolidação de um modelo aberto e de base comunitária. Assim, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por 7 componentes: (I) Atenção Básica em Saúde; (II) Atenção Psicossocial Especializada; (III) Atenção de Urgência e Emergência; (IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (V) Atenção Hospitalar; (VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e (VII) Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2011).

O trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede de atenção à saúde, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais, favorecer a superação da fragmentação do conhecimento e produ-

zir expressivos efeitos na saúde da comunidade. “No campo da Saúde Mental, a articulação em rede é fundamental para descentralizar o hospital psiquiátrico como principal instituição responsável pela totalidade do cuidado” (Zambenedetti & Silva Apud Leite, Andrade & Bosi, 2013, p. 1179).

A ênfase nos serviços com base comunitária traz uma grande responsabilidade para as ações desenvolvidas pela atenção básica. O fazer dos profissionais de saúde mental inseridos no NASF deve ser caracterizado por plasticidade, uma vez que os mesmos devem se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não fazer com que estes últimos se adequem aos seus serviços. Essa perspectiva territorial também favorece a transformação do ambiente e das relações que o permeiam, abrindo espaço para a interdisciplinaridade no cuidado. Tira-se o foco das ações médico-assistenciais e a equipe multiprofissional passa a ser responsável pelo cuidado, favorecendo a longitudinalidade preconizada pelo SUS e articulação com os outros pontos de atenção da rede, de forma a obter maior resolutividade das ações de saúde.

O desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial em saúde mental ainda encontra muitos desafios. A reforma da assistência implica na reforma do pensamento de todos os atores envolvidos no processo. O modelo da clínica tradicional ainda muito repercutido pelas universidades dificulta a absorção dos conceitos preconizados pelas políticas públicas de saúde e impede a formulação de novas metodologias de ação (Sundfeld, 2010). Assim, cresce a necessidade de contextualizar e problematizar as ações desse profissional, favorecendo a constante reflexão e construção dos saberes e fazeres em saúde coletiva, em especial no Amazonas, uma vez que o tema se manifesta enquanto um campo ainda em construção.

## **A Situação de Saúde no Amazonas**

Situado ao norte do país, o Amazonas se destaca por ser o estado brasileiro de maior extensão territorial e estar completamente inserido na Amazônia, maior floresta tropical do mundo. É, ainda, reconhecido nacionalmente por sua diversidade ambiental e sociocultural. Segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o estado possuía um total de 3.483.985 habitantes distribuídos entre os 62 (sessenta e dois) municípios que compõem o território, distinguindo-se, entre estes, comunidades urbanas, indígenas, quilombolas e ribeirinhas.

Dentre o quantitativo citado, 1.802.014 habitantes (51,72% da população) residem em Manaus, capital do estado. Manaus é considerado o principal centro urbano, financeiro e industrial da Região Norte do Brasil. Tal crescimento econô-

mico é atribuído ao modelo de desenvolvimento regional que abriu espaço para a implantação de empresas nacionais e internacionais no Polo Industrial de Manaus (Brasil, 2016). A política adotada favoreceu a injeção de recursos nos setores de infraestrutura do estado, em especial na saúde. Devido a longa extensão territorial e a dificuldade de acesso a algumas regiões, muitos serviços de saúde centralizaram-se na capital. Desta forma, algumas informações são essenciais para a melhor compreensão da forma como se constitui a sua Rede de Atenção à Saúde.

No âmbito da Atenção Básica, ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família não abrange todo o território de Manaus. Apenas 31,5% da população está coberta pelas ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>22</sup>. Consta na mesma fonte que, dos 25 (vinte e cinco) NASF's credenciados pela capital, 3 (três) foram implantados no ano de 2014. Acrescenta-se, ainda, que todos foram implantados enquanto tipo 1 e estão localizados na zona leste do município, conhecida como a região mais marginalizada da cidade. Atribuiu-se o termo marginalizada não somente pelo alto índice de violência, mas principalmente por estar à margem de todos os determinantes e condicionantes de saúde.

Dentre os três NASF's citados, apenas 1 (um) conta com a participação de um psicólogo na sua equipe de atuação. A equipe em questão é responsável por dar assistência a aproximadamente 10 mil famílias, que é a soma do quantitativo de famílias acompanhadas pelas ESF's que está vinculado.

Adentrando o campo da Saúde Mental, é válido ressaltar que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CPER), instituição de referência para todas as questões de saúde mental no Amazonas desde a sua criação, encerrou as atividades no ano de 2014. O fechamento das suas portas foi considerado um marco para o início da Reforma Psiquiátrica no Estado. O CPER passou a funcionar para urgência e emergência psiquiátrica. O ambulatório que ali continha foi desmembrado para as Policlínicas do Estado e os internos da instituição foram realocados nas Residências Terapêuticas. O CPER e as Residências Terapêuticas estão situados em Manaus.

O CAPS II, primeiro do estado, foi inaugurado no município de Parintins no ano de 2005. No ano seguinte foi inaugurado um CAPS III em Manaus. De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o Amazonas conta, em 2017, com 21 (vinte e um) CAPS espalhados pelo seu território<sup>23</sup>. Dentre este quantitativo, 1 (um) é destinado ao acompanhamento de crianças de adolescentes. O Centro de

<sup>22</sup> Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Histórico de Cobertura da Saúde da Família do município de Manaus no período de janeiro a dezembro de 2016. Último acesso em 01/02/2017. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

<sup>23</sup> Fonte: SAGE. Ministério da Saúde. Último acesso em 01/02/2017. Disponível em [http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista\\_caps.php?output=html&](http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&).

Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) localiza-se na zona leste de Manaus.

O CAPSi é responsável pelo acompanhamento de crianças e adolescentes, com idade entre 02 e 17 anos, com transtorno mental severo e dependente de álcool e outras drogas. Para melhor organizar o serviço ofertado, o CAPSi dividiu-se em duas equipes: a equipe atuante na manhã lida com as demandas de transtorno mental severo e a equipe da tarde desenvolve um trabalho voltado para o público dependente de álcool e outras drogas.

Frente a esse panorama, é possível observar que, apesar do crescimento econômico da região, a implementação de políticas de saúde que estejam alinhadas com o novo modelo proposto de atuação em rede se encontra muito aquém do necessário para dar suporte à população infanto-juvenil não só na capital como em todo o estado do Amazonas.

## **Metodologia**

Muitas são as aranhas aptas para construir uma teia. Contudo, o objetivo deste estudo foi discutir o papel do psicólogo inserido na atenção básica, bem como as suas possibilidades de atuação junto a crianças e adolescentes assistidos pela Rede de Atenção à Saúde do Amazonas.

Tendo em vista a delicadeza do tema abordado, optou-se por uma abordagem qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem tem como enfoque principal a análise e interpretação de aspectos mais profundos do ser humano (Lakatos & Marconi, 2010). O autor ainda afirma que o estudo qualitativo proporciona a visualização de um quadro rico em dados descritivos, permitindo assim a contextualização da realidade, abrangendo os aspectos a serem pesquisados e cumprindo os objetivos propostos.

Portanto, este estudo foi desenvolvido com foco no estudo de campo sob a ótica do método etnográfico. Por método etnográfico compreende-se “uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência” (Fabietti & Remotti Apud Caprara & Landim, 2008, p. 4). Nesta atividade, o saber teórico é construído de forma conjunta à coleta dos dados, tornando-se não somente um método de pesquisa, mas uma técnica regida com uma sensibilidade reflexiva, levando em consideração a experiência em campo junto às pessoas com as quais o pesquisador interage (Idem, 2008).

Há de se destacar que este método oriundo da antropologia tem ganhado bastante espaço nas pesquisas em Saúde Coletiva, uma vez que permite o

enriquecimento das discussões de um campo caracterizado pela epidemiologia tradicionalmente vinculada aos processos quantitativos.

A inserção do psicólogo na atenção básica se dá através das ações propostas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Como já mencionado, no Amazonas, o campo de atuação desses núcleos ainda é pequeno e, nesta amostra, apenas uma equipe conta com a participação do psicólogo enquanto suporte para as ações de saúde mental. Desta forma, a pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) que funciona enquanto sede para três equipes de saúde da família que tem o apoio do profissional de psicologia através do NASF. Optou-se, ainda, por investigar a sua articulação com o CAPSi-Leste, posto que esta é a única instituição que atende as demandas de saúde mental do público infanto-juvenil, não só na capital como em todo o estado do Amazonas.

O universo explorado foi o público infanto-juvenil que tem amparo na rede interinstitucional UBS - CAPSi-Leste. No início da coleta de dados, uma das equipes situadas na UBS explorada foi descredenciada pela Secretaria de Saúde por insuficiência no quadro de profissionais. Tendo em vista o curto espaço de tempo e o anseio pela qualidade e fidelidade do estudo, selecionou-se, junto a cada equipe de Saúde da Família (ESF) credenciada, uma família que tem no seio uma criança ou adolescente que faça acompanhamento junto ao CAPSi-Leste, totalizando duas famílias participantes e não três, conforme previsto na elaboração da pesquisa. A fim de melhor compreender de que forma se constitui o papel da psicologia e garantir a melhor qualidade de assistência para essa parcela da população, os psicólogos, bem como a equipe multiprofissional inserida nos dois campos, também fizeram parte da amostra.

O método etnográfico abriu espaço para a elaboração de um estudo com base no trabalho de campo, onde foi possível lançar mão do caráter passivo e agir simultaneamente enquanto instrumento na coleta de dados e na sua interpretação. Desta forma, utilizou-se das seguintes técnicas qualitativas para construção do corpus da pesquisa: diário de campo<sup>24</sup>, entrevista<sup>25</sup> e grupo focal<sup>26</sup>.

O diário de campo foi construído dia após dia, durante dois meses, relacionando os eventos observados na prática do psicólogo e da equipe do NASF.

<sup>24</sup> Segundo Oliveira et al. (2012) o diário de campo consiste na elaboração de um escrito, dia após dia, de forma a reunir materiais necessários para análise das práticas, os discursos e as posições dos entrevistados.

<sup>25</sup> Lakatos e Marconi (2010) afirmam que a entrevista é um instrumento de diálogo entre duas ou mais pessoas onde se pode obter um panorama de temas complexos.

<sup>26</sup> O grupo focal diz respeito a uma entrevista em grupo, onde a interação entre os participantes configura-se como parte integrante do método, permitindo que os mesmos explorem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno, favorecendo a sua problematização e a busca de respostas pertinentes à questão investigada. A sua aplicação facilita, ainda, a discussão de assuntos que normalmente são pouco explorados, visto que tendem a gerar um posicionamento mais críticos (Backes et al., 2011).

A entrevista foi dirigida às famílias que possui uma criança/adolescente que tem o cuidado em saúde gerenciado pelas equipes de saúde da família integradas à UBS em questão, assim como aos profissionais de psicologia que atuam no NASF e no CAPSi. O objetivo comum das entrevistas foi mapear as demandas infanto-juvenis que têm amparo na rede interinstitucional UBS-CAPSi e investigar de forma se estabelecem as linhas de cuidado em saúde mental na região. Foi elaborado um roteiro de entrevista específico para os profissionais e outro para as famílias, de modo que a fidelidade para com as informações coletadas fosse melhor contemplada. Para melhor compreender como o psicólogo pode contribuir para a interdisciplinaridade em saúde, foram realizados dois grupos focais com as equipes multiprofissionais responsáveis pela linha de cuidado UBS-CAPSi, sendo um grupo para cada instituição. A articulação desses instrumentos favoreceu uma reflexão continuada acerca das múltiplas dimensões da prática em saúde e a abertura de um espaço para o questionamento sistemático acerca da atuação do psicólogo na atenção básica.

## ***A aranha: o papel do psicólogo da Atenção Básica no município de Manaus/AM***

Devemos, antes de iniciar os relatos sobre as atividades observadas em campo, retomar as atribuições do psicólogo inserido no NASF estabelecidas pelo Ministério da Saúde. São elas: desenvolver atividades clínicas relacionadas a sua responsabilidade profissional, dando prioridade à ações coletivas; oferecer suporte a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; ponderar junto a ESF os casos que careçam de uma intervenção interdisciplinar; evitar a excessiva medicalização referente às situações comuns do dia-a-dia; desmistificar as ideias pré-concebidas a respeito da loucura; envolver a comunidade na elaboração de espaços que beneficiem a reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias, estabelecendo a corresponsabilidade em saúde (Brasil, 2009).

Durante a imersão em campo, pode-se enumerar as seguintes tarefas específicas do psicólogo: acompanhamento ambulatorial de usuário e elaboração de documentos decorrentes de avaliação, gerenciamento e contribuição nas atividades de grupo, acolhimento e atividades de educação em saúde na sala de espera. Houve também uma situação específica onde a Secretaria de Saúde solicitou que os profissionais do NASF realizassem atividades com o tema "Violência e exploração sexual de crianças e adolescentes" e o psicólogo foi quem elaborou e realizou uma palestra nas três escolas localizadas no território adscrito.

Para o psicólogo, a sua função na atenção básica:

[...] não é necessariamente atendimento ambulatorial, muito pelo contrário. Se evita fazer o atendimento ambulatorial, mas todos os programas estão ligados à saúde da família. Então, a gente realiza todos os serviços demandados pelas ESF, pelas equipes de saúde da família. Toda vez que uma ESF aciona a gente por conta de um problema relacionado à psicologia, a gente vai lá e realiza a atividade, realiza o trabalho que eles solicitaram (Cravo - psicólogo do NASF).

No entanto, segundo observado nos registros do diário de campo, o acompanhamento ambulatorial individualizado se sobressaiu frente a todas as demais demandas do psicólogo. Muitas das Solicitações de Apoio já haviam o direcionamento para tal e, mesmo sem ter um espaço adequado para a realização do atendimento, os profissionais (aqui inclui-se psicólogo e residentes da área) se adequavam aos espaços que estivessem disponíveis na instituição, tais como sala de nebulização, sala de curativo, sala de esterilização, sala do preventivo e consultório médico. O público registrado nos atendimentos foram mulheres adultas e adolescentes e crianças em idade escolar. A devolutiva dos atendimentos individuais para a equipe de referência era realizada majoritariamente através do prontuário. Não foram registradas intervenções terapêuticas do psicólogo em visitas domiciliares. Apesar de o Caderno de Atenção Básica n.39 (CAB 39), que dispõe sobre as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF, prever atendimentos individualizados, o psicólogo deve focar no apoio matricial e na promoção de saúde em detrimento da assistência ambulatorial, pois um dos desafios do psicólogo é romper com a lógica de referência e contrarreferência.

O CAB 39 permite, também, que o profissional inserido no NASF procure conhecer o território no qual está inserido, bem como suas principais demandas de saúde. A fala do profissional nos remete a uma assistência direcionada à ESF e não à comunidade. É preciso ampliar a clínica ofertada para além da estrutura física da instituição.

O CAB 34, que aborda a temática da saúde mental, define o acolhimento com um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário, uma vez que oferece um espaço de escuta aos usuários e às famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias. O acolhimento também foi uma atividade de destaque do psicólogo, uma vez que seu instrumento de trabalho é a escuta sensível. Muitos usuários eram direcionados à sala do NASF para esclarecer dúvidas, buscar orientação especializada e solicitar acompanhamento. Através do acolhimento era possível colher a real demanda do indivíduo e direcioná-lo para as melhores estratégias de cuidado compartilhado.

Quanto às atividades de grupo, o psicólogo estava recorrentemente prestando a sua contribuição. Os grupos de gestante, de idosos e o tratamento coletivo tinham um formato interdisciplinar, onde cada profissional inseria os seus conhecimentos e ampliava a temática proposta. O Grupo de Crianças era facilitado pela terapeuta ocupacional e contava com o auxílio dos residentes de psicologia. As atividades lúdicas proporcionavam a investigação e orientação quanto as demandas apontadas. Já o Grupo Operativo, por ser de base psicológica, era gerido inteiramente pela equipe de psicologia (psicólogo da instituição e residentes) e tinha por objetivo favorecer a reflexão sobre mudança de hábitos prejudiciais à saúde. Os grupos operativos voltados para a saúde funcionam como estratégia eficiente, na qual se abre espaço para a escuta das necessidades, para a informação e a reflexão. Em seus escritos, Osório (2003) aponta que medidas objetivas demonstram melhora no autocuidado, estilo de vida, abandono de vícios, comportamentos de risco, etc. No entanto, não foi possível visualizar a efetividade das ações do grupo, visto que os participantes que concluíam todos os encontros não voltavam à unidade básica para o monitoramento proposto. Ademais, observou-se que esta seria uma boa oportunidade para inserir a visita domiciliar, que é o grande diferencial da atenção básica, como uma atividade corriqueira do psicólogo e como instrumento de avaliação do grupo.

As atividades de educação em saúde na sala de espera foram muito ricas. Com assuntos variados, tais como violência, diabetes, tuberculose, saúde do idoso, etc., essas ações foram essenciais para mostrar que a saúde mental é uma ciência transversal e que pode sim estar articulada com as demais áreas do saber. A interdisciplinaridade se mostrou uma prática constante no dia a dia do psicólogo. A atuação interdisciplinar não só melhora a assistência à saúde do usuário, como também permite que os profissionais de saúde estreitem laços e se empoderem quanto a profissão do outro. Foram registrados vários momentos nos quais um profissional não poderia estar presente em alguma atividade educativa e os demais estavam aptos para orientar conforme o que foi apreendido, rompendo com a visão segregada do indivíduo e favorecendo o cuidado integral.

Contrapondo o que foi descrito pelo Ministério da Saúde e o que foi observado em campo, percebe-se que as atividades coletivas e de base territorial ainda estão aquém da proposta estabelecida. Há uma ênfase na assistência individualizada e centrada na figura da instituição que deixa distante o alcance da corresponsabilidade em saúde e participação social. A interdisciplinaridade, porém, se destaca como um fator positivo, uma vez que favoreceu a visão integral do usuário e a transversalidade das ações em saúde mental.

As informações acerca da situação da saúde mental no Amazonas, em especial da reduzida oferta de serviços disponibilizados a crianças e adolescentes

da região, trouxeram uma grande ansiedade aos pesquisadores quanto às atividades realizadas pelo psicólogo na atenção básica e na sua articulação com a rede. Apesar das várias atividades mencionadas, durante a imersão em campo, foi possível perceber uma insuficiência de ações que favorecessem o público infante-juvenil. O vínculo com essa população e seus familiares só tem sido realizado de forma pontual, através das solicitações de apoio que já o direcionam para o acompanhamento individual ou inserção em grupo. Logo, é possível concluir que esta se trata da construção de atividades direcionado para o público adulto.

## **A colônia: atuação em equipe multiprofissional**

Não existe na língua portuguesa uma palavra que defina o coletivo de aranhas, pois muitas espécies ainda desempenham seu papel de forma desarticulada. Contudo, existem aquelas que constroem teias, vivem em colônias e demonstram comprometimento social. Dentro da Atenção Básica, firma-se enquanto colônia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O CAB 39, preconiza que o NASF “faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho” (Brasil, 2014, p.14).

A equipe NASF observada está sediada em uma UBS na zona leste de Manaus. Esta unidade foi ampliada recentemente e por isso conta com a presença de três equipes de Saúde da Família. Além de um espaço específico para cada ESF, a unidade também dispõe de uma sala específica para profissionais do NASF e uma outra destinada para atividades de educação em saúde. Além do psicólogo, a equipe multiprofissional é formada por duas assistentes sociais, um profissional de educação física, um fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional e entrou na modalidade de NASF 1.

O primeiro ponto de observação foi a tipologia designada. Segundo o CAB 39, o NASF 1 deve estar vinculado a um quantitativo de 5 a 9 eSF's. E, conforme citado no parágrafo anterior, na UBS em questão constam 3 equipes. Tomou-se ciência, ainda, que o NASF devia acompanhar uma quarta equipe, localizada nas proximidades da UBS, totalizando um vínculo com 4 eSF's. Durante a imersão no campo, uma das equipes sediadas na UBS foi descredenciada pela Secretaria de Saúde por estar atuando há mais de um ano sem a presença de um enfermeiro. Assim, observou-se uma discrepância entre o quantitativo previsto no CAB 39 e o existente na unidade.

O segundo ponto: as salas do NASF. A equipe dispõe de uma sala para realizar o acolhimento dos usuários, as reuniões e planejamentos de atividade, e

até mesmo atendimento individualizado. Essas ações puderam ser relacionadas diariamente. Possuem, ainda, uma ampla sala que facilita a realização de atividades de grupo. As práticas em grupo constituem uma importante ferramenta para a educação em saúde, sendo o *empoderamento*, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários seu principal objetivo. A UBS possui cinco grupos consolidados: Grupo de Gestantes, Grupo de Idosos, Grupo de Crianças, Grupo Operativo e Tratamento Coletivo. Todos acontecem no interior da unidade e o único que ocorre em parceria com a ESF é o Grupo de Gestantes. Logo, foi possível notar que a comodidade de uma estrutura física facilita o desenvolvimento das atividades.

Essa discussão abre espaço para o ponto seguinte: o território de atuação. Segundo os dados registrados no diário de campo, houve reduzido movimento fora da instituição. O NASF se apresentou nas demais instituições território quando solicitado pela ESF ou pela Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de atividades específicas de educação em saúde. Ainda não havia sido feito um estudo epidemiológico para pontuar as demandas de saúde da população adscrita. Quanto às ações de assistência à saúde, nos 60 dias de observação de campo foram registradas duas visitas domiciliares. Não houve registro de mobilização para a realização de ações conjuntas com as instituições próximas.

Considerando que a ESF e o NASF foram criados com o objetivo de levar saúde para a comunidade (e não trazer a comunidade para a saúde) e que o Núcleo possui uma agenda flexível e dinâmica, capaz de se adequar a estas solicitações, parece-nos que a agenda registrada ocorreu somente dentro da unidade básica. Neste cenário, reflete-se sobre a construção de uma agenda que abra mais espaço para a elaboração de ações para a comunidade, com a comunidade e na comunidade, onde as atividades visem aumentar a autonomia do usuário e formar multiplicadores, impedindo que ocorra a institucionalização das ações de saúde.

A principal função dos profissionais de referência seria elaborar e aplicar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), alterando a tradicional noção de referência e contrarreferência vigente nos sistemas de saúde e permitindo a condução contínua do caso. Assim, suas atividades propõem três planos fundamentais: (a) *consulta compartilhada*, favorecendo a intervenção conjunta entre especialista matricial e equipe de referência; (b) *consulta individual*, onde há o atendimento especializado, mantendo o feedback para equipe de referência; (c) e reuniões de matriciamento, permitindo o diálogo, a troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007).

O PTS é "um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, [...] que considera as singularidades do sujeito e a com-

plexidade de cada situação” (Brasil, 2014, p. 69). A construção desse instrumento preconiza a identificação das necessidades do sujeito – geralmente feita pelo profissional da eSF, a discussão do diagnóstico e a definição do plano de cuidado de forma compartilhada – função assumida pelo NASF. Ao longo da inserção no campo, foi possível visualizar muitos PTS sendo construídos pelo Núcleo. Segundo os registros do diário de campo, a grande maioria aconteceu informalmente, num diálogo descontraído dentro da sala da equipe. Cada um assumiu sua responsabilidade e, por muitas vezes, sem ser necessário registrar formalmente em papel.

Para as consultas individuais ou compartilhadas, o NASF criou um protocolo interno, chamando “Solicitação de Apoio”, que oferece certa agilidade no acolhimento das demandas enviadas pelas equipes de referência. Nesse protocolo o médico/enfermeiro escreve sucintamente a queixa principal do usuário e finaliza indicando os encaminhamentos. No dia-a-dia, o NASF realizou recorrentes consultas compartilhadas entre seus próprios componentes, porém foram quatro as que aconteceram em parceria com a ESF. O usuário conseguiu ser acompanhado em tempo hábil, mas as reuniões de apoio matricial não foram realizadas e, por consequência, a conduta adotada acabava sendo elaborada apenas pelo NASF, sem o diálogo com a equipe de referência. Observou-se, ainda, a quantidade insuficiente de devolutivas dos casos tidos como “resolvidos” ou mesmo daqueles que interromperam o tratamento. A troca de informações se resume ao que é registrado no prontuário. Apesar da distância entre as salas das ESF’s e a sala do NASF ser de apenas um corredor, os mesmos são tratados como instâncias independentes. A Atenção Básica preconiza um processo de corresponsabilidade e, da forma como vem sendo conduzido, pode sugerir uma ideia de transferência de responsabilidade entre equipes.

Foi possível perceber uma grande preocupação em alcançar as metas estabelecidas pela prefeitura, mensuradas pelo quantitativo de procedimentos realizados. A ênfase na quantidade de consultas ambulatoriais pode ter redirecionado a atenção da equipe para os atendimentos individuais, de forma que se observou significativa discrepância entre o número de consultas e o número de reuniões para discutir conjuntamente os casos de pacientes consultados. Essa discrepância vem a sugerir uma atuação desarticulada entre ESF e NASF. As especialidades de saúde já vêm por si só de uma formação voltada pra clínica individual e essa forma de trabalho quantitativa imposta pela gestão dificulta que se trabalhe a mudança na visão da assistência da saúde para o cuidado integral.

As ESF’s geralmente dispõem de pouco tempo e recurso para dar conta das demandas da população. Assim, a fala do usuário se torna uma ferramenta de grande relevância para o profissional. Quando se trata do público infante-juvenil, a realidade fica um pouco diferente, pois a fala é reduzida e o profissional precisa de mais recursos para alcançá-los, tais como instrumentos diferenciados e materiais lúdicos.

Uma vez que o foco do trabalho são as consultas, a soma dos fatores inerentes a instituição (espaço, condições, produtividade, institucionalização da saúde), podem contribuir para a análise do movimento em benefício do público adulto.

## **O olhar sobre a teia: percepções sobre a Rede Manauara**

O psicólogo da atenção básica é considerado um dos principais articuladores da Rede de Atenção à Saúde, em especial da RAPS, uma vez que as ações de base territorial preconizadas pelo NASF favorecem o conhecimento das diversas esferas da vida do indivíduo em sofrimento psíquico (Brasil, 2013). A RAPS tem por centro de referência os CAPS. Visualizou-se o quanto ainda é reduzido o conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo CAPS, bem como o vínculo e a articulação entre NASF e CAPS.

Então eu conheço o princípio [do trabalho desenvolvido pelo CAPS]. Eu não sabia quantas unidades tinham aqui no Amazonas antes de entrar na SEMSA. Passei a conhecer depois que vim pra SEMSA, então tenho a relação de todas as unidades, do que eles fazem. E boa parte das pessoas que trabalham nesses lugares são amigos meus. Então eu tenho um bom contato. O que eu não tenho é a vinculação institucional (Cravo - psicólogo do NASF).

Da fala acima podemos extrair a presença da “Rede Quente”. A rede quente é vista como uma rede não homogeneizante, mas sintonizada com a vida e comprometidas com a produção de subjetividades (Passos, 2004). Ela se constitui frente ao comprometimento do profissional e não da instituição na qual está inserido. O CAB 34 destaca também que o direcionamento do usuário na rede não deve ser reduzido a um procedimento burocrático de encaminhamento, comum nos modelos tradicionais de assistência. A orientação atual é a de um encaminhamento implicado, no qual o profissional que encaminha se corresponsabiliza e participa ativamente de todo o processo de chegada do caso a seu novo destino.

O psicólogo do NASF percebe a RAPS de forma precária, uma vez que não há fluxos e nem meios institucionais que favorecem o diálogo entre os profissionais e o cuidado compartilhado.

[A rede está] Precária. Conversando com outros colegas de outras unidades, sobretudo o CAPS, o trabalho que o NASF realiza aqui no bairro, ele é altamente compatível com o trabalho que os CAPS realizam. Mas como eu disse, não existe a rede. O que acontece é que muitas vezes você encaminha a pessoa pra esses lugares, ele é atendido lá, mas existe um prontuário que é particular daquele

lugar. Eu não tenho acesso aquele prontuário direto. E nem tampouco eles têm acesso ao prontuário daqui. [...] Hoje, a gente tem boas estruturas pra cuidados em saúde mental, mas essas estruturas não conseguem dar conta das necessidades da população. Até porque elas não têm o apoio das unidades de base. Se por acaso cada CAPS tiver acesso ao trabalho feito pelas unidades de base, as unidades básicas, eles podem realizar o procedimento imediato ali no CAPS e passar pras unidades de base os procedimentos continuados (Cravo - psicólogo do NASF).

A dificuldade encontrada para se estabelecer comunicação intersetorial se reflete numa atenção à saúde fragmentada. Ainda não foi possível construir uma linha de cuidado que envolva ESF-NASF-CAPSi. O cuidado compartilhado antes estabelecido com o CAPS foi referente a uma usuária adulta. O profissional também pontua o que ainda precisa ser feito para que essas crianças e suas famílias consigam chegar até a equipe de apoio. Segundo CAB 39, o NASF foi criado para oferecer suporte especializado à ESF através de ações clínico-assistências e técnico-pedagógicas. Se há a ciência acerca da dificuldade dos demais profissionais para lidar com as demandas de saúde mental, pode-se pensar na educação permanente como uma força para mudança do quadro atual.

Tive a oportunidade de acompanhar um caso junto com o CAPS, mas do infantil, não. Embora eu saiba que existem casos aqui na comunidade que demandam o atendimento infantil. Só que aí vem outra necessidade que é a preparação dos ACS's, dos enfermeiros e até dos médicos pra fazerem o diagnóstico e a classificação de risco de cada um dos casos. Porque na medida que eles fazem o diagnóstico e a classificação de risco, eles pegam e encaminham pra gente e a gente faz todo o procedimento e o encaminhamento. Mas hoje, basicamente os casos que a gente acompanha são de pessoas adultas. Basicamente pessoas adultas (Cravo - psicólogo do NASF).

O *empoderamento* dos profissionais sobre o que pode ser feito na esfera da saúde mental vai favorecer a criação de uma nova postura e o fortalecimento do apoio matricial que, conforme observado, continua sendo uma proposta confusa, desarticulada ou mesmo desconhecida.

Eu nem pensava nisso... sobre apoio matricial. Depois que eu entrei aqui que eu passei a pensar nisso por exigência da atividade. Então o apoio matricial... você pode olhar a partir de várias conotações: ou a matriz sendo a principal, ou a matriz sendo a base, ou a matriz como sendo a mãe. Então essas significações... você tem a noção

de que a atividade realizada, a atividade de saúde realizada com o usuário, tem como referência primeira a unidade básica de saúde. Então se eu tenho um usuário que precisa fazer hemodiálise, ele vai fazer a hemodiálise lá no nível secundário, mas a responsabilidade é minha também. E eu tenho que cuidar disso que ele tá fazendo lá. Então o apoio matricial vem dentro dessa conotação de que você tá acompanhando o processo de promoção de saúde diretamente de cada um dos usuários, independente de que nível de atenção de saúde ele esteja utilizando no determinado momento da vida de dele. Mas é como eu estava te falando, isso não acontece. Acontece de forma bem menos eficaz do que deveria, porque eu teria que ter acesso de todos os dados de tudo o que tá acontecendo com todos os usuários da nossa área. A gente tem o conhecimento parcial do que acontece com os usuários aqui da unidade. Algumas pessoas a gente sabe o que tá acontecendo, porque tem contato com outras pessoas, outros funcionários, dos outros níveis de atenção. Mas não é nada institucionalizado. As coisas acontecem bem na base da amizade (Cravo - psicólogo do NASF).

Assim, as reuniões de matriciamento são prejudicadas porque o NASF ainda se depara com o modelo médico hegemônico, uma vez que se vê pouca procura dos serviços oferecidos. Sobressai-se, ainda, o procedimento técnico frente a produção de cuidado e a quantidade da população atendida sobre a qualidade do serviço ofertado. A superação desse modelo prevê uma equipe profissional mais envolvida na produção de saúde, favorecendo, ainda, a comunicação e a criação de vínculo com o público adscrito e estimulando a corresponsabilidade nos aspectos de saúde.

Tem um dia separado pra reunião que é a sexta-feira. [...] Tem o horário da sexta-feira que era pra acontecer a reunião das equipes, que é um horário reservado, e mais uma reunião com a gente que é também na sexta-feira. Mas mesmo isso eles [a ESF] não tão conseguindo fazer, porque eles têm que lançar todos os atendimentos no e-sus. [...] Então, assim, os profissionais das ESF's são muito sobrecarregados, porque eles têm que dá conta do atendimento e eles tem que dá conta da produção com poucos computadores pra fazer os lançamentos. Então, hoje, a gente consegue sim se relacionar muito bem com os profissionais, mas naquele que eu tava falando com você, é de amizade. As pessoas param com a gente, conversam com a gente sobre o caso, a gente monta rapidinho um PTS. Mas uma reunião sistematizada, uma reunião institucionalizada pra isso não tem não (Cravo - psicólogo do NASF).

Para complementar a proposta da articulação com a RAPS, entrevistou-se também a psicóloga do CAPSi, que enriqueceu a discussão com a sua visão sobre o trabalho desenvolvido. Ao longo do diálogo, percebeu-se que as ações do CAPSi estão estritamente correlacionadas com o trabalho desenvolvido pelo NASF, uma vez que tem por objetivo a reabilitação social de indivíduos classificados com transtorno mental severo. Contudo, a realização de ações territoriais tem sido prejudicada pela grande quantidade de pessoas que são atendidas pela instituição, uma vez que é a única referência para o acompanhamento em saúde mental de crianças e adolescentes no estado do Amazonas. Deve-se lembrar aqui a divisão que ocorre na oferta dos serviços, onde a equipe da manhã é a responsável pelo auxílio aos portadores de transtornos mentais severos.

O nosso trabalho aqui se baseia num contexto psicossocial mesmo. Não é uma psicologia clínica clássica que nós estávamos acostumados. A minha formação passou muito por essa prática, mas chegando aqui no CAPS a gente tem que olhar o ser humano na sua integralidade... o biopsicossocial, o espiritual e também a pessoa integrada no seu território, na sua comunidade. [...] De manhã, as meninas e a psicóloga da manhã estão mais voltadas para os atendimentos individuais e da avaliação dos casos de transtorno mental. Mas pro próximo ano a gente vai ver se implementa grupos terapêuticos pra que os pacientes tenham essa reabilitação psicossocial mesmo. [...] Eu acho que o CAPS não consegue atender devidamente, não por falta de vontade dos profissionais, mas por uma limitação. A primeira limitação é a territorial. O Ministério da Saúde preconiza que um CAPS deve atender um território de até 200mil pessoas. E, em Manaus, o único CAPS infantil que existe é esse. A segunda limitação é que nós não conseguimos fazer o matriciamento. O papel do CAPS é matriciar a saúde mental no território. Porque o ideal é que o usuário venha pro CAPS, o CAPS conheça as suas necessidades, as suas demandas, atenda por um período... porque o CAPS é um local de passagem, e depois ele volte pro território, com seu distrito de saúde, na educação, pra que ele tenha perspectiva de trabalho. Muitas vezes a gente não consegue fazer todo esse trânsito com o usuário devido a limitação de tempo. Então a gente recebe muita demanda e acaba ficando aqui dentro do CAPS e não consegue sair (Rosa - psicóloga do CAPSi).

Assim, a linha de cuidado ESF-NASF-CAPSi se mostra com entraves referentes ao modelo biomédico nas extremidades, o que dificulta a sua consolidação. A centralidade nas ações da clínica individual e medicamentosa limitam a construção de novas alternativas para o cuidado. Ainda é esquecido que o indivíduo

deve ser visto na sua integralidade e que toda ação para gerar saúde não precisa ser especificamente uma ação de saúde.

Atualmente, o CAPS tem sido o centro, na terminologia de centro mesmo, onde a pessoa vai procurar uma especialidade. E a gente sabe que essa não é a proposta de CAPS. O CAPS ele tá trabalhando muito numa perspectiva ambulatorial e CAPS não é ambulatório. E estabelecendo uma parceria com o NASF a gente consegue ampliar essa linha de cuidado e favorecer o paciente (Rosa – psicóloga do CAPSi).

Desta forma, a Rede de Atenção Psicossocial se encontra ainda em processo de construção. Para que seja realmente concretizada, os dois profissionais acordam na ideia de que falta melhor gestão política e maior mobilidade profissional para se articular com os profissionais de demais instituições. Frente a esse movimento semelhante, surgem os questionamentos: Qual seria o órgão responsável por ouvir essa angústia e mediar as dificuldades encontradas? Se ainda não há nenhum protocolo pactuado, poderia o psicólogo considerar como uma de suas atribuições a estruturação do vínculo intersetorial?

E essa melhora [do serviço] tem que acontecer dentro do grupo do NASF sim, mas sobretudo na gestão do sistema. É de cima pra baixo. Você corrige na gestão aí você corrige paulatinamente nas outras instâncias. A gente está na base, a gente tá na ponta. Então a gente só consegue corrigir nosso problema quando a gestão estiver corrigida (Cravo – psicólogo do NASF).

Agora eu penso também que precisa de mais vontade política pra ampliação do CAPS e mais união da Rede enquanto todo. E a união da Rede precisa acontecer são só por determinação política, mas por vontade profissional. Então penso que como profissional que trabalha na saúde, seja no CAPS, no NASF ou nas UBS's, ele precisa sair daquele modelo de consultório ou hospitalar... aquele que eu to aqui, o paciente me procura, eu faço o atendimento e ele vai embora. Não, precisa haver uma troca também entre profissionais pra que isso ocorra (Rosa – psicóloga do CAPSi).

## **As linhas e seus pontos de conflito**

Neste tópico devemos dar destaque a discussão acerca do preparo do profissional de psicologia para adentar no campo da saúde pública. Tanto os psicólogos da UBS quanto do CAPSi não tinham conhecimento do trabalho desenvolvido pela instituição para qual foram direcionados, bem como sobre a atuação

sob a ótica do apoio matricial. É comum nas narrativas o fato de que o aprendizado só ocorreu após a entrada no serviço e que a clareza quanto as ações a serem delineadas foi fruto de um trabalho coletivo.

Quando eu entrei, na época que eu entrei, eu não sabia que eu viria pra um NASF. Na realidade eu não sabia... eu nunca tive contato com esse tipo de terminologia, com esse tipo de serviço. Eu aprendi aqui. Eu aprendi com o pessoal do NASF. [...] Na época que eu entrei, já tava com problema de orçamento. Eles tinham programado um treinamento pro pessoal do NASF, mas foi cancelado. Aí eu aprendi com os meninos que já estavam aqui no NASF, aprendi lendo e muita coisa tô aprendendo agora nesse mestrado que eu tô fazendo (Cravo - psicólogo do NASF).

Antes de entrar no CAPS, a minha prática foi 9 anos em clínica psicológica. Então eu fazia atendimento de psicoterapia infantil, por meio de ludoterapia, avaliação psicológica. Depois eu trabalhei em escola como psicóloga escolar, enfocando o processo de ensino-aprendizagem e orientação e pais e professores e também na área do ensino superior. Então essa área psicossocial eu tô aprendendo agora aqui no CAPS. [...] Quanto ao apoio matricial... é algo que eu tenho que estudar melhor, de verdade. Esse tipo de formação eu não tenho especificamente. Mas, assim, pelo que eu entendo é o profissional de saúde, seja saúde mental ou outra saúde que não sei nem como dizer, mas dele ver quais são os serviços que tem no território e atuar junto com as equipes. Então, por exemplo, na UBS que não tem psicólogo não seria somente eu ir lá e falar que eles podem me encaminhar os pacientes que eu atendo no CAPS. Não, mas seria fazer junto com a UBS um trabalho de conhecer a demanda, de que os profissionais de saúde daquela unidade saibam o que é saúde mental, quando eu encaminho pra um psicólogo e porquê. Então o conhecimento de que o seu fazer também contribui. Então, até onde eu entendo, o matriciamento é quando eu potencializo o outro profissional e a rede como um todo pra um atendimento mais ampliado e humanizado. Quando eu compartilho também o conhecimento, quando eu não fico como a única profissional que sabe (Rosa - psicóloga do CAPSi).

Sabe-se que, no Amazonas, houve pouca adequação na grade curricular das instituições de ensino superior quanto à inserção de conteúdos sobre saúde pública. Sabe-se, também, da responsabilidade que o poder público tem de promover ações de educação permanente e educação continuada entre os seus

servidores. Afinal, a quem cabe esse devido preparo? Estamos acostumados a vivenciar um movimento de transmissão de responsabilidades, mas a saúde pública atua na ótica da responsabilidade compartilhada. Assim, acredita-se que é necessário instigar o diálogo entre o poder público e a educação para que se articulem e desenvolvam juntos estratégias de ensino-aprendizado, tais como estágios, projetos de atuação conjunta, programas de residência ou mesmo pós-graduação com temática específica.

Os NASF's devem atuar conjuntamente a outras equipes especializadas de saúde mental, corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com as eSF. Esse arranjo institucional visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental – como os CAPS – organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o NASF atuar como mediador dessa integração (Brasil, 2013). Viu-se no tópico anterior que ainda não foi possível construir uma linha de cuidado que envolva ESF-NASF-CAPSi devido as dificuldades de se estabelecer um diálogo intersetorial, o que vem refletindo em uma atenção à saúde fragmentada. O diálogo com os demais serviços de saúde, bem como com os serviços disponibilizados por outras secretarias do município, ainda não é algo concreto, apesar da grande ênfase na sua importância.

Para Sundfeld (2010), o modelo da clínica tradicional ainda muito repercutido pelas universidades dificulta a absorção dos conceitos preconizados pelas políticas públicas de saúde e impede a formulação de novas metodologias de ação. No dia a dia, foi possível observar que a centralização dos serviços na unidade de saúde e a passividade quanto às ações que não tangem a esfera da saúde, mas incidem sobre ela ainda são situações muito presentes. E esta realidade tem dificultado a criação de estratégias de corresponsabilização e a mudança de visão do assistencialismo para a promoção de saúde. Assim, emana a necessidade de se trabalhar o *empoderamento* do profissional quanto ao papel de outros profissionais, bem como as potencialidades de ação de outras instâncias públicas, de forma que o indivíduo seja contemplado em toda a sua complexidade.

A ênfase em ações assistências de saúde nos coloca de frente a mais um ponto de conflito: o mapeamento das demandas do território. Para ter acesso a essas famílias, estabeleceu-se com contato com as enfermeiras de cada ESF. Foi solicitado que cada uma apontasse uma família que tivesse em seu seio uma criança ou adolescente que fizesse acompanhamento em saúde mental. As profissionais afirmaram que não tinham nenhum registro e que precisaram entrar em contato com as agentes de saúde e perguntar se havia essa demanda na área de abrangência. Observou-se, então, que as demandas de saúde mental no público infanto-juvenil ainda não são mapeadas pela ESF.

Após o diálogo com os agentes de saúde, a ESF-A apontou 2 famílias e a ESF-B uma família. Contudo, todas lidavam com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista. Coincidência ou não, abre-se espaço para a reflexão acerca do que os profissionais da ESF entendem por demanda de saúde mental, uma vez que o desconhecimento sobre o assunto pode gerar uma falha no processo de diagnóstico territorial e dificultar o acesso ao público infanto-juvenil.

## **(Re)Desenhando a teia: possibilidades de atuação o psicólogo junto à Rede de Atenção à Saúde em Manaus/AM**

Conforme visto ao longo deste estudo, há uma insuficiência de ações que favorecessem o público infanto-juvenil. A assistência à saúde dessa população só tem sido feita através do acompanhamento individual ou inserção em grupo. A fim de potencializar essas ações já ofertadas e romper com os muros da instituição, o psicólogo pode fazer uso da visita domiciliar, peça-chave da atenção básica, para melhor investigar a queixa-principal e conhecer as relações que os indivíduos estabelecem com o meio e seus familiares.

Durante a observação no campo, foi possível perceber que ainda se trabalha visando a doença e o ser adoecido. No entanto, a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família carregam no seu nome aquele que deve ser beneficiado com suas ações: a família. Os familiares não constituem apenas fontes de informação e, tal qual o indivíduo adoecido, também sofrem. Desta forma, torna-se importante criar um momento de escuta e, também, orientação para todos aqueles que se responsabilizam no processo de cuidado da criança ou adolescente portador de sofrimento psíquico, de modo que seja possível empoderá-los e torná-los protagonistas do cuidado. Segundo o Ministério da Saúde,

Os profissionais de Saúde, em muitas situações, esperam que a família aceite e cuide da pessoa em sofrimento psíquico intenso sem se dar conta de que não estão lhe oferecendo suporte nem orientações (Koga, 1997); ou percebem o familiar como um simples informante das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento, que deve seguir passivamente suas prescrições de tratamento. Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas (Colvero apud Brasil, 2013, p. 64).

Para o cuidado integral em saúde mental ser concreto, a abordagem familiar é fundamental. Ela deve estar comprometida com fortalecimento da cida-

dania, protagonismo e corresponsabilidade, assim como com o rompimento da lógica do isolamento e da exclusão (Brasil, 2014). Para que esses antigos tabus sejam quebrados, é preciso que o lugar social da loucura seja desmistificado.

Então... o que eu posso falar pra você mesmo é dessas convivências. Já tem um preconceito dentro do ônibus. Ele não gosta de andar dentro do ônibus. Ele costuma ficar pulando de cadeira em cadeira, principalmente quando o ônibus tá vazio ele que tá de cadeira em cadeira. E quando o ônibus tá muito lotado ele grita. Tem pessoas que chamaram meu filho até de nojento... dizem "tira esse menino daqui que tá me incomodando"... aí eu como uma mãe digo que não vou tirar meu filho porque eu tive ele e não vou fazer os gostos das pessoas não. Às vezes eu falo "olha, o meu filho é autista". Eu não tenho que falar isso, mas as vezes eu sou obrigada a falar, porque aqui dói dentro de mim. Entendeu? Ai quando eu falo que é autista as pessoas já tomam um susto assim... acham que aquilo ali é uma doença, que não é uma criança. É como se não fosse um ser humano! Então... tem pessoas nesse mundo que até hoje... que acreditam... que acontece preconceito. (Tulipa - mãe da família eSF-B).

Consta na área de abrangência da UBS três escolas de ensino fundamental e uma creche, um CRAS, uma igreja com um amplo salão paroquial e uma praça comunitária. Pode-se pensar nesses ambientes como espaços de potencial parceria para o empoderamento da comunidade acerca de temas pertinentes à saúde mental infanto-juvenil, de produção de cuidado compartilhado e de quebra de antigos estigmas sociais.

Desmistificar a loucura e os seus atores sociais na ponta já ia ajudar a gente demais aqui no CAPS. [...] Assim como capacitar outros profissionais pra atuar junto também. A atenção básica é uma grande potência pra isso. (Lírio - profissional de saúde participante do grupo focal).

Utilizar os espaços do território também permite que os profissionais de saúde sejam vistos e reconhecidos pela população como parceiros na saúde. Apesar de estarem sendo acompanhadas pelas ESF's há pelo menos dois anos, nenhuma das famílias tinha conhecimento sobre o NASF e da presença de um psicólogo na unidade de saúde.

Não, eu não sabia que tinha um psicólogo. Agora que eu to sabendo. (Margarida - mãe da família ESF-A)

Não, não falaram que tinha isso [o NASF] não. Só as vezes que eu

passava eu olhava a sala e achava que era apoio do Leite do Meu Filho, Bolsa Família, só isso. Não achava que ... também a ACS nunca me falou. (Tulipa - mãe da família eSF-B).

As famílias com pessoas em sofrimento psíquico intenso e usuárias de álcool e outras drogas necessitam de atenção especial e um primeiro passo nesse sentido é instrumentalizar os ACS, os médicos e os enfermeiros na identificação dessas situações. Conforme visto no tópico anterior, o desconhecimento sobre os temas que tangem a saúde mental pode gerar uma falha no processo de diagnóstico territorial e dificultar o acesso ao público infanto-juvenil. Uma das atribuições do NASF é oferecer apoio técnico-pedagógico para a ESF (BRASIL, 2008). Assim, é possível que sejam propostas ações de apoio educativo com e para as equipes que favoreçam a ampliação do conhecimento em saúde mental infanto-juvenil, o reconhecimento do papel do outro e a corresponsabilidade em saúde.

Durante o grupo focal realizado com a equipe multiprofissional da NASF e do CAPS, foi unânime a todos os profissionais o pouco conhecimento acerca da transversalidade da saúde mental e a dificuldade de lidar, em um primeiro momento, com demandas referentes ao tema. O psicólogo também pode atuar de forma a empoderar os profissionais que compõem a equipe multiprofissional para uma escuta sensível e comprometida com a realidade psicossociocultural na qual o indivíduo está inserido.

O profissional de psicologia pode, ainda, ser o mediador das ações entre ESF-NASF-CAPS, organizando o fluxo e o processo de trabalho (BRASIL, 2013). A ESF, já capacitada para o olhar sensível frente as demandas de saúde mental, realiza o diagnóstico da situação de saúde da população e transmite a informação para o NASF. Os profissionais pertencentes ao núcleo devem prestar atenção diferenciada às famílias em situação de vulnerabilidade e orientá-las quanto a construção da rede de cuidados em saúde. Através do encaminhamento implicado, o psicólogo pode acompanhar o usuário e seus familiares no percurso até o CAPSi.

## Considerações Finais

O desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial em saúde mental ainda encontra muitos desafios. A reforma da atenção à saúde implica na reforma do pensamento de todos os atores envolvidos no processo. O modelo da clínica tradicional ainda muito repercutido pelas universidades do Amazonas dificulta a absorção dos conceitos preconizados pelas políticas públicas de saúde e impede a formulação de novas metodologias de ação. Assim, cresce a necessidade de contextualizar e problematizar as ações do psicólogo, favorecendo a constante reflexão e construção dos saberes e fazeres em saúde coletiva.

Ao longo de toda a pesquisa, foi possível perceber que a articulação para o trabalho em rede ainda está em processo de construção. O trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede de atenção à saúde, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais, favorecer a superação da fragmentação do conhecimento e produzir expressivos efeitos na saúde da comunidade. Particularmente com crianças e adolescentes, é comum que diferentes instituições e setores públicos estejam envolvidos na sua história, a começar pela família. Logo, a intersetorialidade se constitui como o princípio mais importante do trabalho em saúde mental.

Neste estudo, fruto da experiência da primeira turma de psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Amazonas, apresentamos cinco argumentos: 1) a atuação do psicólogo na Atenção Básica do Amazonas está direcionado ao público adulto, assumindo um viés adultocêntrico; 2) a reduzida articulação entre a ESF-NASF pode estar facilitando a consolidação desse viés, em detrimento a uma abordagem direcionada para a família; 3) a articulação entre NASF-CAPSi pode ser pensada como uma atribuição dos psicólogos que compõem as equipes técnicas, haja vista o desejo expresso de fortalecimento da rede de contato interinstitucional; 4) a ausência do mapeamento das demandas infanto-juvenis pode estar contribuindo para a invisibilidade delas; 5) existe uma necessidade de ampliar a compreensão do que constitui a saúde mental infanto-juvenil.

Desta forma, há uma urgência de se construir espaços para que seja beneficiado o diálogo e troca de saberes entre todos os profissionais inseridos na rede de atenção à saúde. Para tal, a formação de vínculo das instituições de ensino superior com o poder público entra como peça fundamental na consolidação desse processo, uma vez que são instâncias aptas para criar vetores que favoreçam a articulação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação, muitas vezes fragmentados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. É necessário, ainda, que se busquem alternativas para promover a mudança da prática assistencial em saúde que sejam capazes de favorecer a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a elaboração de uma nova realidade de saúde para a população, em especial a infanto-juvenil, comprometida com os seus aspectos biopsicossocioculturais.

## Referências

Backes, D. S.; Colomé, J. S.; Erdmann, R. H.; LUNARDI, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, 35(4), 438-442.

Brasil. (2013). **Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS.

Brasil. (1988). **Constituição Federal**.

Brasil. (2009). **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: [https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&id\\_noticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia](https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&id_noticia=1766&t=censo-2010-populacao-brasil-190-732-694-pessoas&view=noticia)

Brasil. (2010). **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2016). **Manaus: um passeio pela capital econômica e cultural do Amazonas**. Brasília: Ministério do Turismo. Publicado em 19 de Junho de 2016. Disponível em: <http://www.turismo.gov.br/%C3%BAltimas-not%C3%ADcias/6381-manaus-o-centro-econ%C3%B4mico-e-cultural-da-floresta-2.html>

(2012). **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). **Portaria n° 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). **Portaria n° 3.088 MS/GM, de 23 de dezembro de 2011**. Ministério da Saúde.

Campos, G. W. S.; Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, 23(2), 399-407.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403.

Caprara, A.; Landim, L.P. (2008). Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface - Comunic., Saúde**, Educ., 12 (25), 363-76.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, 3(1), 53-81 53.

Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (6), 1171-1181.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2010). **Metodologia Científica** - 5°. Ed. - 4°. Reimp. - São Paulo: Atlas.

Leite, D. C., Andrade, A. B. & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 23 (4), 1167-1187.

Mendes, E. V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Moreira, D. J. & Castro, M. G. de. (2009). O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **Transformações em Psicologia**, 2(2), 51-64.

Oliveira, Filipe Guterres Venancio Costa de, Carvalho, Maria Alice Pessanha de, Garcia, Margareth Rose Gomes, & Oliveira, Simone Santos. (2013). A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 17(44), 201-210.

Epub February 06, 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000001>

Osório, L. C. (2003). **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed.

Passos, E. (2004). O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. **III Encontro dos Serviços de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro: O cuidado em sua dimensão ético, clínica e política**.

Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 20 (4), 1079-1097.

# Vivenciando a realidade do Sistema Único de Saúde no município de Urucurituba, Amazonas

05

Pedro de Moraes Quadros  
Fabiane Veloso Soares

## Introdução

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil deu-se através da Constituição Federal de 1988. Este foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei 8.080/90 que adequa as ações do serviço de saúde em todo o território nacional e a Lei 8.142/90 que aborda o controle social na gestão do SUS através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e das transferências de recursos financeiros (Brasil, 1990; Brasil, 2007).

Essas leis emergiram com a finalidade de ordenar o sistema de saúde brasileiro a partir do reconhecimento dos direitos das pessoas a uma saúde com mais dignidade. Consagrou-se em 3 linhas mestras: a universalidade, que afirma o amparo de saúde nos três níveis do serviço de saúde; a integralidade, que propicia a sequência dos serviços de saúde prestado de forma individual ou coletivo, e a equidade, que assegura ao cidadão uma assistência direcionada, respeitando suas necessidades e dificuldades (Brasil, 1990; Mattos, 2009).

Entre as responsabilidades do SUS, está a participação no ordenamento da formação de profissionais de saúde. A Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, do Ministério da Saúde (MS) que trata da Educação Permanente em Saúde como dispositivo para formação de trabalhadores para o serviço, o MS tem a incumbência constitucional de organizar a constituição dos recursos humanos para a área da saúde, após a identificação das necessidades de cada localidade, impulsionando seus gestores e afirmando acordos com instituições educacionais, docentes e estudantes, além de atores das ações e serviços do SUS (Brasil, 2004).

O Ministério da Saúde lançou a portaria nº 1996 em 2007 com o intuito de esclarecer as novas diretrizes e estratégias para implantação das políticas de educação permanente, e deixa claro que os Colegiados de Gestão Regional são responsáveis pela elaboração do plano de ação regional em cada polo de educação permanente (Brasil, 2007).

Na área da saúde há um constante aperfeiçoamento nos conhecimentos científicos e nos aparatos tecnológicos, por isso a importância da educação permanente em saúde (Ceccim, 2005a). A escassez de profissionais e consequentemente a sua má repartição, onde sua concentração é maior nos grandes centros urbanos, torna mais urgente a necessidade de o profissional aprimorar seus conhecimentos no dia-a-dia (Ceccim, 2005b).

Após a criação da assessoria de relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde pelo Ministério da Saúde no ano de 2002, com objetivo de aproximar os estudantes do desenvolvimento de projetos que estabelecessem uma política de educação para futuros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída a Vivência e Estágio no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul (VER-SUS/RS) e contou com a participação de 16 profissões da Saúde, no qual participaram cerca de 200 estudantes (Ferla & Matos, 2013).

Em 2004 o programa piloto do VER-SUS/Brasil foi organizado em 10 municípios e contou com a participação de 100 estudantes que integravam o Movimento Estudantil, os mesmos foram indicados para participar da vivência e posteriormente serem os facilitadores de outros viventes, e essa ideologia persiste até hoje, a partir dessa experiência, o movimento estudantil tornou-se mais forte, propiciando assim, uma maior participação dos estudantes nos espaços do SUS (Ferla & Matos, 2013).

Ainda segundo este mesmo autor, partir do ano de 2011, o Ministério da Saúde e seus parceiros iniciaram o planejamento de um novo VER-SUS/Brasil, o mesmo destaca que no período de janeiro a fevereiro de 2012, ocorreu a primeira edição da nova roupagem com a participação de mais 4.300 participantes de nove estados e 70 municípios. Ao longo dos anos, o VER-SUS apresenta-se como um processo educativo inspirador de ações diversas e experiências similares isoladas nas graduações, em diferentes universidades brasileiras (Ferla & Matos, 2013).

Este estudo teve como objetivo apresentar a experiência no projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) no município de Urucurituba, Amazonas, visando relatar as observações obtidas a partir da vivência que são fundamentais para a formação dos profissionais do SUS.

## **Abordagem metodológica**

Este é um estudo com caráter de relato de experiência e abordagem crítico-reflexiva. Aconteceu no município de Urucurituba, no período de 13 a 20 de agosto de 2016. Nesta edição participaram 94 acadêmicos viventes, 13 acadêmicos facilitadores, quatro professores apoiadores e dois acadêmicos que

fazem parte da coordenação regional do projeto. Essa edição ocorreu em 13 municípios do interior do Estado do Amazonas.

A vivência ocorreu em diferentes cenários como: Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Laboratório de Análise de Águas do Município (LAA), Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), Unidade Básica de Saúde (UBS) Domingas Rolim Mourão e UBS Gerson Kettle (que ficam na área urbana), UBS Raul Alves e Unidade Hospitalar de Itapeaçu que ficam no Distrito de Itapeaçu (área ribeirinha), Hospital Dr. Silvério Tundis, Centro de Convivência do Idoso (CCI) e ainda num grupo de apoio a dependentes químicos da Igreja Católica do município.

Para coleta de dados nesta etapa foi utilizado o Diário de Campo como instrumento, uma vez que permite o registro das informações, observações e reflexões surgidas dia após dia no decorrer da vivência (Falkembach, 1987).

Para análise dos dados utilizamos a modalidade análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado e, segundo Minayo (2012) ocorre nas seguintes fases:

- Pré-análise: organização do que vai ser analisado, também chamado de leitura flutuante;
- Exploração do material: codificação de todo o material, com recorte do texto, classificação e agregação dos dados, organizando-os em categorias;
- Tratamento dos resultados: nesta fase trabalham-se os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas.

## **Expressão da realidade da saúde no município de Urucurituba**

### **Atenção Primária à Saúde:**

Segundo os trabalhadores e gestores, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que visitamos na sede do município e no Distrito de Itapeaçu executam todos os programas de saúde da família do Ministério da Saúde e contam com uma equipe multidisciplinar de profissionais, sobretudo de profissionais da enfermagem que atendem nas UBS, Estes também fazem ação educativa em saúde nas escolas (sobre gravidez na adolescência e IST's, principalmente) e ainda fazem visitas domiciliares na área de abrangência das UBS. A atenção

básica diferencia-se por um conjugado de atuações de saúde, no domínio singular e grupal, que envolve a promoção e a assistência da saúde, a vigilância de injúrias, a análise, a terapêutica, a reabilitação, a diminuição de agravos e a conservação da saúde (Brasil, 2012).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em especial os da UBS Raul Alves (área rural), deslocam-se de motor rabetá (tipo de embarcação usual) até as casas mais distantes da comunidade, enfrentando o forte sol Amazônico para levarem informações aos comunitários, agendar consultas, entre outros serviços de saúde. Ao observar que os ACS depois de apontar o estado das famílias frequentadas, sobretudo daquelas que se deparam desvendadas a circunstâncias de perigo, comunica esse conhecimento ao grupo que agrega a saúde da família (Costa et al., 2013).

Conforme o observado em relatórios apresentados pelos gestores das UBS's, as campanhas de vacinação do calendário infantil são sempre um sucesso, pois todas as metas são alcançadas. A UBS Domingas Rolim Mourão é a responsável pelo armazenamento dos imunobiológicos e pela organização das campanhas do município. É eficaz adotar e reafirmar a vacinação como ato intrinsecamente ligado à atenção básica em saúde, como um cuidado de precaução de acesso e de assistência da saúde, ofertado, de maneira geral, na porta de entrada do SUS, idealizar a vacinação nesse ponto de vista é indispensável a todos os entrelaçados: equipes, gestores e profissionais, um ato de Saúde Pública que se solidifica a partir de uma unidade básica de saúde que agrega um sistema municipal que arranja o sistema nacional de saúde (Brasil, 2013).

O município conta ainda com uma equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Educador Físico, Farmacêutico e Assistente social. Alguns profissionais do NASF são de extrema necessidade, pois atuam num dos grandes desafios no município que é o alto índice de jovens usuários de álcool e drogas, população essa que apresenta muita resistência, porém mesmo assim, semanalmente em uma igreja católica do centro da cidade realizam-se palestras voltadas a esse público.

O NASF é uma tática inovadora que apresenta por finalidade auxiliar, expandir, aprimorar a vigilância e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Precisa ser formado por grupos mesclados por profissionais de distintos campos da ciência, para operarem na base e em companhia com os profissionais dos grupos de Saúde da Família, com ênfase nas técnicas em saúde nas regiões sob encargo da equipe de SF (Brasil, 2010).

Foi possível observar a atuação da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), que conta com 14 agentes que fazem visitas diárias nos oito bairros do

município, visitando as casas e fazendo educação em saúde quanto ao acúmulo de água em locais propensos ao desenvolvimento de vetores de doenças. Os mesmos, desenvolveram uma armadilha artesanal feita com pneus e semanalmente fazem a coleta das larvas. Quando perguntamos a respeito dos índices da malária no município, o gerente da FVS nos informou que no ano de 2000, o município enfrentou uma epidemia da doença registrando 260 casos no lago do Arrozal, e que o último caso autóctone da doença, foi registrado no município no ano de 2003, e isso só é possível devido ao grande envolvimento dos agentes de endemias, que além das visitas diárias, também trabalham no dia de combate (Dia D) aos mosquitos transmissores das endemias tropicais, como a malária, dengue, Zika Vírus e Chikungunya.

Ainda acompanhamos as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF no Centro de Convivência do Idoso (CCI), onde são realizadas ginásticas laborais e exercícios para estimular a memória dos idosos, e durante a semana, eles fazem caminhadas diárias.

No campo da reabilitação, o NASF e os grupos de Saúde da Família agem de formato colaborativo e partilhado, em obras coletivas e ambulatórios como as de orientação à família e ao usufrutuário, a respeito do manejo, posicionamento e prestezas da existência cotidiana, atos de inserção escolar, laboral ou social das pessoas com deficiência, e atuações volvidas ao idoso com dificuldades de locomoção ou adoecido (Reis, Flisch, Vieira & Junior, 2012).

Por outro lado, as UBS's passam por bastantes dificuldades, pois há uma grande escassez de insumos básicos para a assistência, como luvas de procedimentos por exemplo. Na UBS Raul Alves, os funcionários relataram que devido à falta de medicamentos e insumos, eles fazem permutas com a Unidade Hospitalar de Itapeaçú, e a maioria dos medicamentos são doados pelos missionários dos EUA. Destaco ainda que essa UBS funciona de forma improvisada no antigo prédio de uma escola, pois desde 2015 a sede da UBS está em construção.

Quanto à assistência diária as pessoas com transtornos mentais, o município não conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pois o mesmo não tem porte populacional exigido pela Portaria N° 336, de 19 fevereiro de 2002 (Brasil, 2002). Apesar da crescente demanda referenciada pelas UBS's, sendo esses casos encaminhados através da SEMSA para o município de Itacotiara que configura o Polo Territorial de Saúde dessa região.

O CAPS admite uma função tática no arranjo da rede comunitária de cuidados, perpetrando o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, progredindo planos terapêuticos e comunitários, liberando medica-

mentos, conduzindo e acompanhando usufrutuários que habitam em moradas terapêuticas, assistindo e constituindo retaguarda para os afazeres dos ACS e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Brasil, 2004).

## **Atenção secundária e terciária à saúde**

No município não existem ambulatórios (policlínicas e laboratórios para análise clínica) e os pacientes que necessitam desse tipo de atendimento, precisam se deslocar para o Polo Territorial de Saúde da região que fica no município de Itacoatiara-AM ou para a capital do estado, Manaus, o que muitas vezes, configura o abandono por parte dos usuários, devido a distância e o baixo poder aquisitivo da população.

Apenas os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) não são suficientes para acolher às necessidades de cuidados em saúde da população, deste modo, os serviços de APS precisam ser amparados e completados por pontos de vigilância de distintas densidades tecnológicas para o cumprimento de atos especializados (ambulatorial e hospitalar), no ambiente e momento adequados, os espaços institucionais da rede onde se oferecem serviços corriqueiros a todos os pontos de atenção à saúde, são formados pelos sistemas de base diagnóstica e terapêutica (patologia clínica, imagens, entre outros) (Brasil, 2010).

O município dispõe de duas unidades hospitalares, a Unidade Hospitalar Dr. Silvério Tundis que fica na sede do município e outra no Distrito de Itapeaçú. Porém, nenhum dos dois hospitais dispõe de profissionais médicos. No hospital Dr. Silvério Tundis que fica na sede do município, a gerente de Enfermagem nos apresentou as instalações da unidade, onde duas enfermeiras apenas prestam assistência de enfermagem. A unidade funciona em um pavilhão antigo, pois o novo hospital está há dois anos em construção e por falta de verbas, a obra está parada.

Dentro do hospital o cuidado precisa da junção dos afazeres de múltiplos profissionais, ou seja, o cuidado ganho pelo paciente é fruto de um amplo número de encurtados cuidados parciais, que vão se completando, explícita ou tacitamente, a partir da influência mútua dentre os múltiplos cuidadores que atuam no hospital, de tal modo, uma complicada organização de ações, processos, caminhos, hábitos, conhecimentos, num método de complemento e debate, arranjam o cuidado em saúde (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

Já na unidade hospitalar de Itapeaçú, quem nos acompanhou na visita técnica foi a gestora da unidade, e relatou que também somente duas enfermeiras fazem os atendimentos de urgência e emergência da unidade, no qual apenas prestam os primeiros socorros e encaminham os pacientes para muni-

cípio de Itacoatiara-AM de ambulância. Essa unidade estava bem equipada, inclusive com Centro Cirúrgico, porém com a falta de profissionais médicos o atendimento fica comprometido. Sua utilização se dá somente nas realizações de mutirões de cirurgias.

## **Gestão da saúde no município**

Para que os serviços de saúde funcionem é preciso que haja uma supervisão efetiva dos gestores. É preciso que os mesmos tenham uma visão macro, em que possam planejar de forma adequada as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, uma vez que esse planejamento passa prioritariamente pela gestão dos recursos humanos.

Nos municípios do interior do estado, principalmente os mais longínquos dos grandes centros urbanos, tem sempre uma disputa política acirrada. Um exemplo clássico disso é a diferença entre o porte entre os hospitais da sede do município e do distrito de Itapeaçú, pois apesar da maior parte da população concentrar-se na sede do município. Segundo os profissionais que atuam nessas unidades de saúde, questões políticas da época da construção das unidades, favoreceram a construção de um hospital com uma estrutura melhor, mais ampla e mais cômoda no distrito, sendo a mesma inutilizada. Ou seja, antes da implantação, o planejamento e o direcionamento das ações precisam ser eficazes, pensando sempre na demanda e nas necessidades de cada região.

Além dos entraves geográficos, logísticos e climáticos enfrentados nos interiores do estado como: a distância e o difícil acesso, a falta de profissionais médicos, configura um dos principais problemas de saúde pública, expondo muitos pacientes a situações de riscos. Ainda que haja os municípios-polo, que configuram as regiões de saúde é de suma importância que os hospitais das cidades longínquas mantenham uma equipe multidisciplinar preparada e o mínimo de aparatos tecnológicos para garantir as primeiras intervenções.

O assunto periódico nas preleções dos gestores profere reverência aos amplos ambientes e entraves da geografia amazônica, observam as dificuldades de condução, amplas cheias, elevadas ribanceiras e diversas figuras que realçam o poderio da natureza, presença como astro num panorama agressivo, onde o administrador se coloca como figura dramática fraca diante a um oponente incontornável (Garnelo, Sousa & Silva, 2017).

A necessidade de trabalhar com o imprevisto, por conta da falta de insumos, gera diversos transtornos, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, comprometendo de certa forma a qualidade dessa assistência e faci-

litando a ocorrência de erros de condutas e até mesmo contaminações. Muitas vezes, improvisar significa colocar em riscos à saúde e a vida da população.

Santos & Souza (2013), destacam em seu estudo, que comprovam-se diferentes ingerências na prática dos afazeres sucedidas do exercício habitual de adaptar e inventar insumos hospitalares como: o alto período gasto para executar as invenções; a circulação do profissional, com numerosos conduções para concretizar as adequações e improvisações e sobrecarga de agilidades, averiguou-se ainda que são formados vários e diferentes ajustes e improvisações, que intervêm no método de trabalho da enfermagem, no sentido de acrescer o compasso de afazeres, o calibre de trabalho, intervindo na condição da assistência.

O que nos chamou à atenção foi a distância entre o polo de saúde e a sede do município de Urucurituba e do distrito de Itapeaçú. Isto representa um risco na prestação dos cuidados essenciais à saúde, podendo resultar em má qualidade de vida. O principal problema não está somente na garantia dos recursos humanos, mas nas condições dadas para que esses recursos sejam ativos, manter uma boa estrutura hospitalar, garantir a reposição dos medicamentos básicos, a garantia de exames complementares e o acompanhamento contínuo desses pacientes.

## ***A experiência pessoal profissional***

Participar do VERSUS foi uma oportunidade de conhecer a realidade do SUS no interior do estado. Verificar de perto a real deficiência da saúde de quem mora em locais mais distantes da capital, entender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nesses interiores e ainda compreender que o nosso sistema de saúde precisa ser defendido e levado a sério por todos os profissionais da saúde, pois no papel, a legislação é muito bem esclarecida e dá total garantia de acesso à saúde para a população porém, por diversos fatores, não é praticada em todo o território brasileiro.

Pude ver de perto que o simples fato de querer fazer saúde com eficiência pode mudar a realidade de uma população inteira. Este foi o caso de vários ACS que enfrentam sol e chuva para acompanhar as famílias daquele município e as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do NASF que prestam assistência contínua às pessoas daquela localidade. Porém, todo esforço é em vão quando se tem uma administração da saúde que permite a falta de medicamentos, de insumos, de profissionais médicos e de laboratórios para o diagnóstico de patologias.

Enquanto futuro profissional da área da saúde, observamos que somos importantes para o desenvolvimento de uma saúde com qualidade em diversas

áreas. E que depende de nós a mudança dessa situação, que além da assistência direta, precisamos migrar para o ambiente da gerência e administração dos setores dos serviços de saúde, como as secretarias municipais e estaduais.

A imersão no SUS através do VER-SUS nos agregou além de muitos conhecimentos, a chance de conviver com profissionais de diferentes áreas e de estar ao lado de vários estudantes de Enfermagem e Medicina. Com os quais solidificamos uma amizade e uma parceria durante e após essa experiência inestimável, só podemos ser gratos ao projeto e nos sentimos honrado em ter participado do mesmo.

Porém, pudemos entender, através desta experiência, que nós, assim como os demais acadêmicos da área da saúde, não estamos obtendo uma formação acadêmica voltada para atuação em nossa realidade territorial. Principalmente no que diz respeito aos municípios do interior do estado do Amazonas, pois a legislação, os programas, a redes de saúde não condizem com a realidade local. Embora haja diferentes esforços e estratégias para se trabalhar em uma assistência de saúde com qualidade e resolutividade, as implantações de fato dessas ações são feitas de forma insatisfatória. As decisões e medidas planejadas a nível nacional, em alguns pontos não conversam com a realidade de determinados territórios, como é o caso deste campo em que experimentamos o dia a dia de profissionais que atuam nas intervenções de saúde. Sentimos verdadeiramente as dificuldades do campo de atuação e ficamos impactados com tal realidade.

## Conclusão

Entendemos que a prestação da assistência à saúde no interior do estado, especificamente no município de Urucurituba, não é uma tarefa fácil. Esta apresenta diversas dificuldades, com por exemplo o acesso dos ribeirinhos que moram mais distantes das unidades de saúde, a estrutura que do sistema que se encontra fragmentada por fatores políticos, sociais e econômicos, ou ainda devido à dificuldade de profissionais capacitados para lidar com a realidade local.

Através desta vivência, entendemos que o modo de se fazer saúde precisa ser revisto, pois, a realidade dos interiores, vão de encontro com o que se planeja para a saúde como um todo. É necessário um olhar mais específico para os territórios Amazônicos, investindo na capacitação da mão de obra e na provisão de medicamentos e de insumos necessários para a prestação da saúde.

Ao participar do projeto tivemos a oportunidade de vivenciar o que aprendemos em nossas salas de aula com a prática executada no campo. Após isso podemos afirmar seguramente que este processo significou nosso olhar quan-

to a realidade do SUS e nos despertou o interesse em contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada no mesmo.

## Referências

Brasil. (2016). **LEI N° 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Recuperado em 06 de Dezembro, de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

Brasil. (2016). **LEI N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1990. Recuperado em 06 de Dezembro, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007. Recuperado em 18 de Dezembro, de [http://www.esp.ms.gov.br/wpcontent/uploads/sites/66/2015/05/portaria\\_1996.pdf](http://www.esp.ms.gov.br/wpcontent/uploads/sites/66/2015/05/portaria_1996.pdf)

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2004. Recuperado em 06 de Dezembro, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/ imagem/1832.pdf>

Brasil. (2017). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. [Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS]. Recuperado em 16 de Janeiro, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf)

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Recuperado em 13 de Novembro, de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/ geral/pnab.pdf>

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Recuperado em 15 de Novembro, de [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização (PNI) 40 anos, Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2013. Recuperado em 14 de Novembro, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf)

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004. Recuperado em 15 de Novembro, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Caderno de Atenção Básica, nº. 27). Recuperado em 14 de Novembro, de [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 333 de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2002. Recuperado em 08 de Janeiro, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educ.**; 9(16):161-77. Recuperado em 06 de Dezembro, 2016 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Ceccim, R. B.(2005) Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 10(4):975-986. Recuperado em 18 Dezembro, 2016, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>

Costa, Simone de Melo, Araújo, Flávia Ferreira, Martins, Laiara Versiani, Nobre, Livia Licia Rafael, Araújo, Fabrícia Magalhães, & Rodrigues, Carlos Alberto Quintão. (2013). Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7), 2147-2156. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>

Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Revista Contexto e Educação**. 2(7):19-24. Recuperado em 13 Dezembro, 2016, em <http://www.ufrgs.br/psicologia/graduacao/servicosocial/comgrad/comissao-de-estagios/DiariodecampoModelo.pdf>

Ferla, A. A., Ramos, A. S., Leal M. B., Carvalho M. S. (2013). VERSUS/Brasil: cadernos de textos. **In Coleção VER-SUS/Brasil**, 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida. Recuperado em 13 de Novembro, 2016, em <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil/caderno-de-textos-do-ver-sus-brasil-documento-eletronico>

Ferla, A. A.; Matos, I. B. (2013). Afinal, o que podem as vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde (VER-SUS) para a formação na saúde?\*. **Revista Caderno saúde coletiva especial**. indd. Recuperado em 13 de Novembro, 2017 em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83497/000906618.pdf?sequence=1>

Feuerwerker, L. C. M; Cecílio, L. C. O. (2007) O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 12(4):965-971. Recuperado em 15 de Novembro, 2017 em <http://vml029.epm.br/bitstream/handle/11600/3822/S141381232007000400018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garnelo, L.; Sousa, A. B. L.; Silva, C. O. (2017) Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 22(4):1225-1234. Recuperado em 15 Novembro, 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/630/63050551018.pdf>

Mattos, R. A. (2009) Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista. Comunicação Saúde Educação**. 13(1):771-80. Recuperado em 13 Setembro, 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446028.pdf>

Minayo, M. C. S. (2007). **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC.

Reis, D. C., Flisch, T. M. P., Vieira, M. H. F., Santos, W. S., Jr. (2012). Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. 21(4):663-674. Recuperado em 14 de Novembro, 2017, de <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a16.pdf>

Santos, D. M.; Souza, N. V. D. O. (2013). Interferências das adaptações e improvisações para o processo de trabalho hospitalar da Enfermagem. Anais do 17º SENPE - **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Natal, RN, Brasil. Recuperado em 16 Novembro, 2017, de [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/1582co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1582co.pdf)

# Problematizando o processo de trabalho em uma Equipe de Saúde da Família na Amazônia Legal

06

*Karley José Monteiro Rodrigues  
Katia Fernanda Alves Moreira  
Rafael Fonseca de Castro  
Cleson Oliveira de Moura  
Priscilla Perez da Silva Pereira  
Lerissa Nauana Ferreira  
Marcos Antônio Sales Rodrigues*

Este texto apresenta reflexões vivenciadas pelos autores ao longo da disciplina Planejamento e Avaliação na Saúde da Família, ofertada no primeiro semestre do curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), em 2017. Trata-se de um mestrado em Rede, na qual a Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) está inserida. Os conteúdos ‘Processo de Trabalho em Saúde e o diagnóstico local de saúde (DLS)’ serviram de base para eleger o problema prioritário e, assim, realizar o plano de intervenção (PI) que será o produto do mestrado. A temática em foco serviu como ferramenta para discutir sobre o trabalho da equipe, possibilitando o entendimento das deficiências presentes no atendimento dos usuários, contribuindo assim, para o melhor desenvolvimento das atividades de atenção à saúde da população adstrita à unidade de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada no Brasil se configura como uma das portas de entrada dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), o que favorece o conhecimento dos determinantes sociais e um olhar ampliado do processo saúde-doença na área adscrita (Marin et al., 2014; Flores, Trindade, Loreto, Unfer & Dall’agno, 2015). A ESF se pauta no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população a partir da organização da demanda aos outros pontos de atenção à saúde (Mendes, 2013). É preciso lançar mão de recursos que possibilitem atender, de forma humanizada, os indivíduos que residem em determinado território e organizar o trabalho “vivo em ato” na dimensão micropolítica. De acordo com Engela et al. (2018), entre estes recursos temos as tecnologias leves como orientadoras do uso das tecnologias leve-duras e duras para a identificação de novos sentidos de produção do cuidado. Para Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido.

A motivação para a escrita do presente manuscrito iniciou-se na disciplina Planejamento e Avaliação na Saúde da Família do PROFSAÚDE. Essa disciplina nos instrumentalizou a discutir com a equipe o que empiricamente se verificava no cotidiano do serviço. Deparamo-nos, frequentemente, com situações em que há ocorrência de práticas fragmentadas, generalizantes, que supervalorizam a doença, suprimindo os aspectos ambientais, psicológicos e socioculturais do processo de adoecimento das pessoas. A manutenção dessas práticas demonstra que existem fragilidades no processo de trabalho local, que dificultam a efetividade dos princípios da ESF junto à população, causa distanciamento entre equipe e famílias, resultando em um trabalho dicotomizado e curativista.

De acordo com Silva, Casotti e Chaves (2013), o processo de trabalho da ESF deve se caracterizar, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária.

No decorrer deste artigo, iremos relatar as oficinas realizadas com a equipe de saúde da família da unidade Osvaldo Piana, município de Porto Velho aonde tivemos o objetivo de identificar e problematizar os nós críticos em seu processo de trabalho, contribuindo para efetivar práticas multiprofissionais e planejamento de atividades em equipe, ancorada nos Círculos de Cultura.

O Município de Porto Velho, Capital do Estado de Rondônia, possui IDH 0,736 (alto) com população de 494.013 habitantes, 11 distritos, entre eles fluviais e terrestres e 88 bairros no distrito-sede (IBGE, 20107). A cidade possui 51% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família com 76 equipes (Brasil, 2019). Na região de Porto Velho, devido à grande extensão territorial, encontramos vazios assistenciais tanto em relação ao acesso à atenção especializada quanto à baixa densidade demográfica nos distritos.

A UBS Osvaldo Piana, CNES 2493942, possui 3 equipes de saúde da família, cobrindo 50% de seu território (12.000 habitantes). As principais demandas são por assistência à saúde de portadores de doenças crônicas, pré-natal, vacinas e curativos. O perfil populacional da demanda da unidade é semelhante a qualquer unidade básica de saúde da Amazônia, caracterizada pela população quilombola, indígena, privada de liberdade, LGBT, entre outras.

## **Percurso metodológico - os Círculos de Cultura**

Trata-se de um relato de experiência realizado como parte inicial para o Projeto de Intervenção do mestrado ProfSaúde. Para a consecução do objetivo deste

estudo, foram realizadas oficinas pedagógicas que permitiram aos participantes maior apropriação dos problemas vivenciados no espaço local, favorecendo a discussão coletiva. No mês de julho de 2017 foram realizadas três oficinas com a ESF da unidade básica de saúde Osvaldo Piana, localizada na zona central do município de Porto Velho, Rondônia. Essas oficinas serviram para eleger em conjunto com a equipe os principais problemas na atenção ao usuário.

Na intenção de refletir sobre o trabalho da equipe utilizamos como fontes de informações dados do prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde para a atenção básica (e-SUS AB) e as vivências dos trabalhadores da equipe por meio de Círculos de Cultura. Destarte, este método problematiza a realidade, sendo o *locus* privilegiado de comunicação-discussão embasado no diálogo, nas experiências dos atores, promovendo a horizontalidade na relação educador-educando, de forma a contribuir com as mudanças das práticas cotidianas e na melhoria do cuidado em saúde.

Esse método visa a caracterização de como um espaço dinâmico, de interação e acolhimento com foco no diálogo em que todos participam com possibilidade de ensinar e aprender (Freire, 2014; Saul, 2016). Foram realizados três Círculos com as seguintes atividades:

- **Primeiro:** Investigação Temática/Levantamento dos Temas em que os temas geradores se caracterizam por palavras, frases, expressões, associados ao saber existencial dos sujeitos.
- **Segundo:** Codificação e a Descodificação constituem etapas indissociáveis. A Codificação expressa imagens das situações existenciais e a Descodificação implica intensa prática dialógica com profunda investigação da origem das situações existenciais dos sujeitos. Na etapa da problematização cabe ao pesquisador deflagrar as discussões a partir de questões norteadoras construídas com base nos temas geradores apreendidos na primeira etapa de círculo de cultura.
- **Terceiro:** Desvelamento Crítico, ocorre a consolidação e socialização das ideias, proporcionando aos participantes compreenderem sua realidade com olhar crítico, para, assim, avançarem para uma ação transformadora (Heidemann, 2017).

Os Círculos de Cultura tiveram, em média, a duração de 120 minutos cada. Para realizar a dinâmica formamos uma roda, o que permitiu a melhor visualização entre os membros. Contamos com o auxílio de um aparelho de Datashow, para projeção de textos selecionados pelos facilitadores e trechos das falas dos participantes, que enredavam a discussão sobre o trabalho da equipe.

## As etapas do Círculo

O primeiro Círculo para problematizar o trabalho da equipe no atendimento aos usuários na UBS (Unidade Básica de Saúde) contou com a participação de 11 profissionais: quatro ACS (Agente Comunitário de Saúde), um médico, enfermeira da equipe, técnicos de enfermagem, odontólogo, a técnico de saúde bucal e diretor da unidade. Antes do início da oficina propriamente dita, conversamos sobre o contrato de convivência e estabelecemos o número de encontros, sendo o total de três momentos, um a cada dez dias,

Nesta etapa, a questão disparadora para a reflexão foi: *Como é organizado o trabalho da equipe?* A discussão da temática 'organização do trabalho da equipe' é de relevância para atuação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a maneira como os mesmos compreendem o processo de trabalho representa um maior ou menor teor de conscientização e seu potencial para ampliar a visão sobre os temas estudados.

Para enriquecer as discussões, apresentamos dados epidemiológicos do relatório do e-SUS AB. Neste sentido, a categoria geral saúde foi a discussão disparadora para utilização da dinâmica dos Círculos de Cultura.

Os profissionais expuseram que o trabalho da equipe é organizado com base em uma agenda mensal em que cada dia da semana é dedicado a uma atividade: pré-natal, exame citopatológico de colo de útero, puericultura, atendimento ao HiperDia (Hipertensão e Diabetes), planejamento familiar e, diariamente, são realizados procedimentos diversos como verificação de pressão arterial, curativos, retirada de pontos, dentre outros. Em relação à demanda espontânea, são destinadas quatro fichas por profissional enfermeiro ou médico por dia, a qual é constituída pelos usuários que não são contemplados no cronograma do dia e apresentavam queixas diversas de febre, dor, mal-estar, pressão alta, dentre outros. O atendimento na Unidade é limitado, pois há pequeno número de consultas reservadas para o que a equipe chama de intercorrências, e muitas vezes a população fica desassistida. Existe uma busca considerável pela consulta médica e por medicamentos. A população chega na UBS verbalizando o nome da medicação que quer receber e solicitando a prescrição do profissional de saúde.

A fragilidade na operacionalização do trabalho vivo e as normatizações excessivas dificultam as relações entre usuários e trabalhadores envolvidos nos processos de trabalho em saúde, cuja lógica das ações programáticas dificulta o acesso na medida em que prioriza grupos e secundariza necessidades de saúde do restante da população ou não organiza a unidade para receber outros grupos, como adolescentes e homens, impondo amarras aos trabalhadores,

que se veem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado (Barbosa, Elizeu & Penna, 2013; Burille & Gerhardt, 2014).

Percebe-se, ainda, o desencontro entre o enfermeiro e o médico, quando se fala da integração entre os membros distintos da equipe de saúde. Enfermeiros e médicos não discutem os casos entre si e nem com os demais membros da equipe, reforçando o modelo de divisão do trabalho e desigual valoração social dos trabalhadores.

Evidencia-se a fragmentação do cuidado, que segundo Alvarenga et al. (2013), é comum na multiprofissionalidade, em que os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional. Para que o trabalho resulte na otimização do cuidado em saúde com vistas à saúde integral do usuário, faz-se necessário adotar o trabalho interacional da equipe, considerando as especificidades dos núcleos profissionais (Peduzzi et al., 2013). A interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (Batista, 2012).

O processo de trabalho ainda está centrado no saber do médico, fazendo com que os outros profissionais sejam subestimados na organização da atenção à saúde. O modelo utilitarista de queixa-conduta (Siqueira-Batista, 2013) não permite o cuidado integral, contribui para a baixa resolutividade do SUS (Schreiber; Mota, 2015). Não são utilizadas de forma sistemática as demais intervenções oferecidas pela equipe, como grupos operativos, entre outros.

A organização dos serviços, nessa lógica, resulta em ineficácia e pouca efetividade do trabalho em saúde. Conforme sinaliza Souza et al. (2014), da forma como estabelecida não prioriza as demandas e necessidades da comunidade, e sim é determinada pelos serviços ofertados pelas unidades de saúde, sem de fato colocarem o usuário como centro das determinações no processo de trabalho.

A partir das fragilidades acima expostas sobre a organização do trabalho, os profissionais se agruparam e validaram os temas geradores após intenso diálogo com a participação de todos. Foram sistematizados os temas que emergiram desse primeiro Círculo: “trabalho em equipe/pouca integração da equipe; coordenação do cuidado; acolhimento à demanda”.

Durante os encontros, foram utilizadas estratégias de metodologias ativas, que consistem na evocação do sujeito participante como um ser autônomo capaz de autogovernar-se em seu processo de formação, tornando o profissional apto e

ativo a aprender a aprender (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e o aprender a ser), por meio de abordagens pedagógicas progressivas que rompem a concepção do ser passivo (aquele que só recebe a informação), para um ser ativo (que buscará estratégias para mudar uma realidade sendo co-autor nesse processo) (Freire, 2014).

No segundo Círculo, tivemos a intenção de lançar um olhar reflexivo e crítico sobre o trabalho em equipe. Utilizamos nesta atividade uma dinâmica de integração cuja atividade era uma competição entre duas equipes. Esses sujeitos tinham amarrados em seu pé um balão de aniversário e foram explicadas as regras do jogo: eles tinham que trabalhar em equipe para vencer; ganha a equipe que ao final da música permanecer com o maior número de balões inteiros. Ao conseguir acalmar a todos ou pelo menos a maior parte deles, convidamos os profissionais a uma reflexão sobre o significado da dinâmica. Então, pedimos que falassem um pouco como tinha sido a experiência e como era o trabalho em equipe.

Os integrantes da equipe referiram que não utilizam o planejamento para organizar o trabalho. As reuniões técnicas são apenas para elaborar a agenda de atendimento mensal do enfermeiro e do médico. Eles afirmaram que a falta de diálogo e comunicação é um nó crítico que chega a afetar o trabalho. Dizem saber o que é uma equipe, mas o que se observa e se manifesta é a dificuldade da clara visão do que seja formar uma equipe porque, muitas vezes, predominam ações individuais, portanto, fragmentadas.

Foi identificada uma tipologia de trabalho de 'equipe como agrupamento' - em que ocorre justaposição de ações entre agentes - caracterizada pela fragmentação do trabalho em saúde (Peduzzi, 1988).

O trabalho das equipes da ESF deve ter como base o vínculo, a responsabilização e o acolhimento, para responder satisfatoriamente às necessidades de saúde das coletividades. Na discussão com os trabalhadores sobre o trabalho em equipe foi verbalizado pelos profissionais que existem queixas frequentes dos usuários sobre o atendimento prestado, demonstrando que existem entraves no processo de trabalho local que dificultam a efetividade dos princípios da ESF.

É particularmente relevante evidenciar como se desenvolve o trabalho em equipe para a organização do serviço de saúde, com repercussões positivas tanto para o trabalhador como para a gestão. Na lógica do cuidado ampliado, o trabalho em equipe é de grande importância e deve ser pautado na Interprofissionalidade e na comunicação.

A comunicação é o principal instrumento para a promoção do trabalho em

equipe e o recurso mais utilizado para propiciá-la são as reuniões, que não representam somente espaços de troca para encontrar as melhores respostas às necessidades de saúde de usuários e profissionais, mas também espaços importantes para a integração das equipes, pois propiciam o diálogo, embora também evidenciem insatisfações e disputas (Peduzzi, Carvalho, Mandú, Sousa & Silva, 2011). Fortalecer o trabalho em equipe requer a participação efetiva dos profissionais, porque a partir do diálogo e da oportunidade de verbalizar as inquietações nos espaços coletivos que se pode fortalecer os processos de trabalho em saúde. Os encontros permitem otimizar o planejamento, avaliar a execução das ações e fortalecer o trabalho coletivo. É por meio do diálogo que a equipe elabora respostas coletivas para as necessidades de saúde das coletividades.

No último círculo, utilizamos o Datashow, onde apresentamos a seguinte questão: O Como ocorre a coordenação do cuidado nessa equipe? Para trabalhar com a temática utilizamos os dados do PMAQ-AB e do e-SUS AB. Os principais instrumentos avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na coordenação do cuidado abordaram aspectos como disponibilidade e transferência da informação, apoio matricial e cuidado no território e domicílio. Além de outras informações como número de agendamento de consultas especializadas, oferta de consultas, programação da agenda, busca ativa, registro de encaminhamentos dentro do sistema, protocolos, registro do território e a referência e contrarreferência (Souza *et al.*, 2017).

A equipe reconheceu que há fragilidades na coordenação do cuidado, uma vez que a equipe não se comunica adequadamente, realiza poucas visitas domiciliares, não recebe apoio matricial e não direciona sua agenda pela demanda que realmente possui. Essa forma de trabalhar demonstra uma fragilidade na programação de consultas conforme a necessidade dos usuários da área.

Quando se fala em oferta de consultas e programação da agenda, é preciso reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas. O olhar epidemiológico sobre a população revela riscos e permite eleger problemas prioritários e definir estratégias de ação. No entanto, prioridades não deveriam constituir agendas exclusivas ou excludentes. A demanda espontânea precisa não somente ser gerenciada, mas analisada por ser reveladora de necessidades não percebidas ou pouco valorizadas pelos serviços (Feuerwerker, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012) apresenta como um dos fundamentos e dos princípios a organização e a orientação dos serviços de saúde com base em uma lógica mais centrada nos usuários, características estas indispensáveis nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (Starfield, 2004). Portanto, o processo de trabalho em saúde da ESF deve se reorganizar,

alterando o modelo hegemônico médico centrado que tem a doença como foco, para uma abordagem que responda às reais necessidades dos usuários (Assis, Nascimento, Franco & Jorge, 2010).

A equipe também reconheceu que não conhece a população e suas necessidades, o que dificulta a assistência adequada às demandas dos usuários. Além disso, nesta equipe, não é sistematizada a busca ativa de usuários, tampouco existe protocolo de acolhimento com classificação de risco instituído, muito menos mecanismos sistematizados de referência e contrarreferência. O grupo considerou que os serviços prestados à comunidade são desorganizados e distantes do que preconiza o Ministério da Saúde em suas diretrizes e protocolos mais recentes. As atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, o trabalho com grupos, as visitas domiciliares e espaço para educação permanente com a equipe, ficam negligenciadas.

Ainda foi informado pelos ACS que em seu cotidiano de trabalho a ficha de cadastro individual e domiciliar são preenchidas e alimentadas no e-SUS. Entretanto, as informações não são debatidas e não subsidiam o planejamento das ações nem do trabalho da equipe, demonstrando, nesse caso, a dificuldade que a equipe tem em trabalhar com o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos dados.

Para que seja possível um atendimento equânime e integral, é necessário um conhecimento efetivo e aprofundado do território no qual os cuidados são prestados. A territorialização, preconizada pela vigilância em saúde, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho da ESF, tornando o território um princípio organizador das práticas de cuidado sob o pressuposto ético (Lemke & Silva, 2013).

Para efetiva coordenação do cuidado em saúde, é necessária a ampliação do acesso, a continuidade do cuidado, a qualidade da atenção, satisfação do usuário, a melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis, além de impactos positivos na saúde da população (Hansen, Groenewegen, Boerma & Kringos, 2015). Faz-se necessário o desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica como protocolos para garantia da atenção integral, tendo como o centro os serviços da APS.

É importante ressaltar que a ESF foi a inovação tecnológica não material de maior impacto político-social nos determinantes e condicionantes da saúde (Scherer, Pires & Soratto, 2014), cujo processo de trabalho dos profissionais que nela atuam deve possibilitar a efetivação e a consolidação dos princípios do SUS.

Os dados do estudo apresentam a dificuldade dos profissionais em ouvir demandas dos usuários e, por consequência, tratá-los como sujeitos, sendo o tra-

balho em saúde fragmentado. Muitas das dificuldades assumidas pelos entrevistados referem-se ao componente individual da postura do profissional. Na ESF, a produção de serviços de saúde não deveria se distanciar da noção do usuário como sujeito histórico, de conhecimentos próprios e tão importantes quanto os saberes dos profissionais de saúde.

Além disto, para ressignificar o trabalho em saúde, as práticas dos profissionais que atuam na APS devem estar centradas no usuário e não no procedimento. Ainda se verifica o processo de trabalho em saúde desta equipe focado na doença e no encaminhamento à especialidade. São necessárias mudanças de práticas dos profissionais para que possam responder e operacionalizar suas práticas com foco na prevenção, promoção, cura, reabilitação e reinserção social.

O planejamento das ações interdisciplinares deveria ser feito em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando apenas ao papel de cada profissional. No entanto, as informações encontradas apontam para um processo diferente deste, cabendo apenas ao ACS a real imersão na complexidade da comunidade, enquanto o trabalho dos demais profissionais se mostra desarticulado e focado apenas na cura.

Os temas geradores foram discutidos durante toda a atividade coletiva, levando a equipe a refletir sobre possibilidades de mudanças. Um dos mecanismos geradores de mudanças apontados pela equipe foi o “Acolhimento à demanda”, pois os participantes compreenderam que esse dispositivo, é capaz de transformar o processo de trabalho. Segundo Coutinho, Barbieri e Santos (2015), o acolhimento promove o trabalho em equipe e propicia a coordenação do cuidado ao indivíduo. O método Círculo de Cultura mostrou-se adequado para abordagem ao grupo multiprofissional de cuidadores à saúde. Diferentemente de outros métodos, o Círculo de Cultura faz com que a análise dos dados seja processada em cada etapa do estudo pelos próprios sujeitos, no processo de ir e vir, característico da dinamicidade do método, mediado pelos pesquisadores e orientado pelo referencial teórico-metodológico (Dalmolin *et al.*, 2016).

A avaliação por parte dos sujeitos quanto às atividades desenvolvidas foi positiva, havendo uma disponibilidade de continuação na perspectiva de contribuir para a ampliação de alternativas de produção do cuidado, propiciando reflexões que possibilitem a discussão sobre uma construção de atenção resolutiva no intuito de produzir o cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, remodelando o processo de trabalho na unidade estudada. De acordo com Freire (2014), o sujeito busca soluções para a realidade que está inserido tornando-o capaz de transformá-la e de transformar a si mesmo em um processo ininterrupto de transformações e buscas.

## Considerações finais

Apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais uma equipe da UBS Oswaldo Piana em Porto Velho sobre o processo de trabalho, não foi encontrada falta de crença na Saúde da Família como instrumento de melhoria da saúde da população. As práticas cotidianas ainda se fundamentam na assistência curativa e imediata das necessidades da livre demanda que procura a UBS, apesar das potencialidades para novas modalidades de intervenção comunitárias, dada a posição privilegiada da equipe na identificação das necessidades de saúde da população adscrita.

Nesses encontros, o Círculo de Cultura mostrou todo o seu potencial enquanto método de ensino e aprendizado nos fez compreender que seu caráter cíclico não está apenas na disposição dos sujeitos em sala, mas na incrível capacidade de afluírem novos temas geradores e novas oportunidades de ensino, que vão comprometendo ainda mais educandos e educadores, neste ciclo de aprendizagem.

Utilizar o método de Círculos de Cultura com os profissionais de saúde foi desafiador e possibilitou a aproximação entre os membros da equipe e o conhecimento dos nós críticos na realidade vivida por eles. De forma cuidadosa e coletiva, as fragilidades como falta de planejamento das atividades, comunicação inadequada entre os membros da equipe, insipiência no conhecimento do território e das reais necessidades de saúde da população adscrita, dentre outros foram problematizadas e as potencialidades foram sendo reveladas e refletidas com o propósito de construir ações mais efetivas.

Em relação às inovações de processo, talvez dar voz e vez e valorizar o saber, tanto dos profissionais das unidades de saúde como dos usuários, seja a principal possibilidade dos Círculos de Cultura, sendo o primeiro passo para uma efetiva educação permanente em saúde. Neste sentido, os Círculos de Cultura parecem ser um espaço que possibilita aprender, estar com o outro e ver o outro como possuidor de um saber. Este seria o desafio de assumir nosso papel enquanto educadores e, ao mesmo tempo, de educandos dentro do espaço democrático do SUS. Ser educador implica em construir vínculo e, por outro lado, ser educando consiste em estar disposto a aprender com o outro que, muitas vezes, pensa que nada sabe.

O método permitiu maior compreensão da incipiência ou ausência de instrumentos comunicacionais entre os trabalhadores e entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, além de uma gestão do cuidado inadequada.

A avaliação por parte dos sujeitos quanto às atividades desenvolvidas foi positiva havendo uma disponibilidade de continuação dos trabalhos na perspectiva de contribuir para a ampliação de alternativas de produção do cuidado. Esse movimento propiciou reflexões que possibilitaram a discussão sobre uma construção de atenção resolutive no intuito de produzir o cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, remodelando o processo de trabalho na unidade estudada.

## Referências

Alvarenga, J.P.O, Meira, A. B., Fontes, W. D., Xavier, M. M. F. B., Trajano, Flávia M. P., Chaves Neto, G., Silva, F. W. B., Almeida, F. V. H., (2013). Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, (10), 5944-51.

Assis, M.M.A., Nascimento, M.A.A., Franco, T.B. & Jorge, M.S.A (Org). (2010). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EdUfba.

Barbosa, S. P., Elizeu, T. S. & Penna, C. M. M. (2013). Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 (8), 2347-2357.

Batista, N.A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, 2, 25-8. 2012. Recuperado em 09 de Janeiro, 2019, de [http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília.

Burille, A. & Gerhardt, T. E. (2014). Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, 3 (2), 664-676.

Coutinho, L. R. P., Barbieri, A. R., Santos & M. L. de M. dos. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr-jun, 2015. Recuperado em 22 de Junho, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>

Dalmolin, I. S., Faria, L. M., Perão, O. F., Nunes, S. F. L., Meirelles, B. H. S. & Heidemann, I. T. S. B. (2016). Dialogando com Freire no círculo de cultura: uma estratégia de promoção da saúde. **Revista de enfermagem UFPE**, 10 (1), 185-90

Engela, M.H. T., Rodarte, A. C., Rotondaro Júnior, A., Seixas, C. T., Viegas, S. M. Da F. & Lanza, F. M. (2018). Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental**, 10 (1), 75-84.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). **Micropolítica E Saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Porto Alegre: Rede UNIDA.

Flores, L. M., Trindade, A.L., Loreto, D.R., Unfer, B. & Dall'agno, M.M. (2015). Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. **Interface - Comum Saúde Educ**, 19 (1), 923-930, 2015. Recuperado em 5 de Maio, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0923.pdf>

Freire, P. (2014). **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Hansen, J., Groenewegen, P.P., Boerma, W.G & Kringos, D.S. (2015). Living in A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. **Health affairs**, 34 (9), 1531-1537.

Heidemann, I. T. S. B. et al. (2017). Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 26 (4), e0680017. Recuperado em 29 de Maio, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf>

Lemke R.A. & Silva R.A.N. (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, 25 (especial 2), 9-20. Recuperado em 22 de Março, 2018, de <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/view/3685/2302>

Marin, M. J. S., Oliveira, M. A. C., Otani, M. A. P., Cardoso, C. P., Moravcik, M. Y. A. D., Conterno, L. O., Braccialli, L. A. D., Nunes, C. R. R., & Siqueira Júnior, A. C., (2014). A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3), 967-974. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.09862012>

Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, 27 (78), 27-34. Recuperado em 24 de Junho, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>

Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves. **Saúde Debate**, 27 (65), 316-23.

Peduzzi, M., Carvalho, B.G., Mandú, E.N.T., Sousa, G.C. & Silva, J.A.M.S. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista. Saúde Coletiva**, 21 (2), 629-46.

Peduzzi, M. (1988). **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e a interação. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Peduzzi, M.; Norman, I.J., Germani, A.C.C.G., Silva, J.A.M. & Souza, G.C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 47 (4), 977-83.

Saul, Ana Maria, & Saul, Alexandre. (2016). Contribuições de Paulo Freire para a formação de educadores: fundamentos e práticas de um paradigma contra-hegemônico. **Educar em Revista**, (61), 19-36. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.46865>

Scherer, M.D.A, Pires, D.E.P. & Soratto J. (2014). O trabalho na estratégia saúde da família. In: Sousa, Franco, Mendonça (org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, São Paulo.

Schraiber, L.B. & Mota, A. (2015). O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciências e Saúde Coletiva**, 20 (5), 1467-73.

Silva, L. A., Casotti, C. A., & Chaves, S. C. L.. (2013). A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), 221-232. Recuperado em 24 de Julho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>

Siqueira-Batista, R., Gomes, A.P., Albuquerque, V.S., Cavalcanti, F.O.L. & Cotta, R.M.M. (2013). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciências e Saúde Coletiva**, 18 (1), 159-70.

Souza, M. F., Santos, A. F., Reis, I. A., Santos, M. A. C., Jorgell, A. O., Machado, A. T. G. M., Andrade, E. G. & Cherchiglia, M. L., (2017). Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Revista Saúde Pública**, 5 (87), 1-11. Recuperado em 29 de Junho, 2018, de [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007024.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007024.pdf)

Souza, M.C., Araújo, T.M., Andrade, F.A., França, A. J. & Souza, J.N. (2014). Ne-

cessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, 38(2), 139-148, 2014. Recuperado em 01 de Julho, 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/necessidades\\_saude\\_producao\\_cuidado\\_unidade.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/necessidades_saude_producao_cuidado_unidade.pdf)

Starfield, B. (2004). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

# Registros do corpo (des)territorializado: em busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado em Roraima

07

Júlia da Silva Carvalho  
Paulo Sérgio da Silva

De saída, é oportuno contextualizar que este capítulo trata das experiências vivenciadas por um corpo que passou de um território para outro. Substancialmente, o que se atesta dia após dia com esta mudança, é um conjunto de experimentações de padrões comportamentais, identidades territoriais, influências multirregionais, formas de organização social, econômica, política, cultural, educacional e de produção de cuidado junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A opção em registrar a produção de cuidado no estado de Roraima, invariavelmente coloca o corpo que registra em campos de práticas e saberes desafiadores, como: buscar fundamentos para organização de uma escrita que seja capaz de contribuir para as modelagens tecnológicas e assistenciais no extremo norte do Brasil.

Acredita-se que tais desafios também servem para pensar sobre nós mesmos como profissionais de saúde habituados a enfrentar os dilemas humanos e do cotidiano do cuidar de forma interprofissional e interdisciplinar. Enfrentamentos de situações multivariadas que envolvem modos operantes de produção de cuidado, cujas singularidades dos profissionais ou das pessoas cuidadas, não são apenas de ordem subjetiva, mas concretas, estabelecidas como marca regional de um povo.

Baseado nisso, o corpo (des)territorializado se abre para a produção de registros numa tentativa de se aproximar da realidade de viver das pessoas do extremo norte no Brasil, bem como, elencar situações de cuidado vivenciadas a partir da integração do ensino com o mundo do trabalho em saúde no município de Boa Vista - Roraima.

É preciso considerar que estamos tratando de registros, cuja busca de fundamentações envolve diretamente uma aposta no pensamento contemporâneo. Isso porque o corpo que escreve ao abandonar o território de origem, desenraizou, moveu fluxos, dia após dia, se esforça para territorializar na região norte, mantendo-se aberto as novas formas de conceber a vida e as práticas de cuidado em saúde.

Fundamentalmente, refletir sobre o corpo de forma (des)territorializada conduz o pensamento para discursos filosóficos que tocam os processos de subjetivação, ou seja, registrar as práticas de cuidado de saúde em Boa Vista é produzir. No caso, produzir reflexões, o que não se faz sem uma aventura na ideia deleuze-guattariana de produção de subjetividade (Deleuze; Guattari, 2010).

Uma espécie de produção gráfica que assumidamente pode romper com a ideia de neutralidade. Isso porque em todo momento o corpo que reflete é incidido pela força do pensamento que se curva para registrar situações de cuidar vivenciadas concretamente nos lugares de Roraima. Com esse pensamento, perguntas introdutórias podem ser mobilizadas, visto que o termo de ordem corpo (des)territorializado emerge como uma ideia chave nestes registros.

Afinal, quem seria esse corpo? O que seria este corpo? É o corpo do indivíduo? É um corpo profissional da saúde? É um corpo coletivo? Apresentar as respostas destes questionamentos perpassa por uma política de escrita capaz de considerar o corpo que produz os registros, captador de subjetividades no campo da saúde pública. Corpo que sente. Corpo que vive nos cruzamentos dos afetos e das forças presentes no mundo (Brito; Chaves, 2017).

Considera-se que o conhecimento produzido pelo corpo (des)territorializado, neste caso, é um problema e ao mesmo tempo uma atitude. Problema, porque ao habitar os lugares de Roraima, passa ser impactado pelos hábitos e costumes da região norte, que atuam como elementos de manutenção, atração e em menor intensidade repulsão, dependendo da experiência de cuidado vivida.

Sim, uma atitude, pois o corpo produtor de registros ao se abrir para se encontrar com os modos de conceber saúde no Norte, em um primeiro momento é impactado por um estranhamento do viver e do saber-fazer saúde. Estranhar os cenários do cuidado e os profissionais que cuidam, para capturar os desenhos micropolíticos e os saberes instituídos para assim dar sentido ao cuidado que cotidianamente opera nesta região.

A imagem do corpo (des)territorializado é desafiadora e num primeiro momento até pode ser considerada abstrata. Isso porque ela convida o leitor a visualizar os registros a partir das experiências profissionais no campo da saúde pública, já firmada como marca no corpo registrador. Desse modo, cabe sublinhar rapidamente numa perspectiva de tempo, espaço e pessoa a presença identitária do corpo que escreve.

Os registros sobre o tempo envolvem diretamente ajustamentos graduais do corpo que habita há oito meses o território de Boa Vista - Roraima. Um tempo de

múltiplos encontros que realinha uma espécie de bússola interna capaz de apontar para o reconhecimento de situações vividas no interior do trabalho em saúde.

A medida do tempo parece ser algo abstrato, mas é concreto. Acontece cotidianamente e organiza a vida das pessoas que vivem nos territórios. O tempo da oportunidade, de partir ou de chegar, de atravessar um percurso, de encontrar pessoas e coisas, de identificar uma árvore marcante ou um animal selvagem; essa parece ser a noção predominante de tempo (Ferla *et al.*, 2016).

Ainda há que se considerar, no plano das experimentações da vida que o tempo no extremo norte do Brasil pode ser analisado para além da variação de um fuso horário. Ele passa ser analisado a partir de sensações térmico corporais, disposição das sombras das árvores no chão, pelas variações de cor no céu, pelos períodos de cheia e seca do Rio Branco, pelos banhos nos igarapés, além de inúmeros marcadores que (re)significam a noção cronológica, em detrimento dos ponteiros ou números de um relógio.

Já que se registra sobre os lugares de Roraima, é oportuno destacar que espaços outros, compreendidos como da vida, tais como: rio, rua, praça, escola, universidade, entre outros, podem entrar em contato com o que se pretende registrar como prática de cuidar no extremo norte.

Aqui, pensar a produção de cuidado perpassa pelo caminhar de territórios existenciais, ou seja, os lugares onde as pessoas com necessidades de saúde se encontram, rompendo parcialmente com as delimitações geometrizadas dos cenários de cuidar, representados ilustrativamente pelos consultórios das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs).

Quando na vida diária falamos de espaço sem uma reflexão mais cuidadosa é pensado costumeiramente na dimensão matemática representada por metros e centímetros. Do contrário, raramente nos damos conta de que este é apenas um aspecto determinado do espaço e que o espaço concreto, experimentado diretamente com a vida, de modo algum coincide com os planos matemáticos (Bollnow, 2000).

Antes mesmo de aceitar o convite para adentrar nas peculiaridades destes espaços de vivências no extremo norte do Brasil, registra-se aqui a identidade do corpo (des)territorializado, sobretudo a dimensão temporal e espacial em que está localizado os seus registros. Fala-se de um corpo que migrou de Teresópolis, município localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, para se engajar em novas representações de vida e de saúde no estado de Roraima.

Corpo (des)territorializado, enfermeiro por formação, jovem doutor que se

aventurou pelo Brasil para pleitear vagas em instituições superiores de ensino. Vários estados percorridos: Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Roraima. Nesta busca incansável por linhas de fuga, eis que surge a aprovação, classificação e convocação imediata para compor o quadro de docentes permanentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem de uma universidade estadual, cujo campus sede localiza-se na cidade de Boa Vista.

Corpo convidado a sair do curso, abandonar vínculos empregatícios, despedir presencialmente dos seus grupos de pesquisa, deixar família e amigos para (re)nascer em um novo contexto. Seis horas de viagem de avião com uma escala em Brasília e ali está o lugar (*des*)territorializante, localizado ao norte da linha do Equador.

Agora, o corpo passa a ser observado como uma representação gráfica, em que todos seus aspectos subjetivos são metricamente expressos por linhas, pontos, desenhos, recorte das experiências existenciais. Espécie de arte viva, que da visibilidade a um mapa capaz de retratar os (micro)territórios por ele percorridos no extremo norte do país, os seus acontecimentos mais significativos, lugares onde atuou, práticas de saúde que visualizou, necessidades de cuidado ouvidas, encontros pedagógicos. Enfim, inaugura-se um cartógrafo.

O corpo do cartógrafo é afetado, jogado, abandonando os formatos prontos, retilíneos, fazendo de si um corpo intenso, desfigurado, pois o território pelo qual ele é lançado, que promove seu campo de experimentação, não é mais regido pelo eu, não há uma forma consciente, há somente subjetividades (Brito & Chaves, 2017).

Na condição de corpo (*des*)territorializado, ser cartógrafo, certamente envolve uma atitude de descobertas. Sim, em cada espaço vivenciado, cenas de ensino aprendizagem e situações multivariadas de cuidar, o corpo se reconhece com inúmeros valores que são absolutamente móveis.

Além disso, o cartógrafo percebe que não há outro caminho para o processo de habitação de um território senão aquele que se encontra encarnado nas vivências. Para isso, é preciso um processo permanente de aprendizado, entendido mais como experiência de engajamento do que como etapas prescritíveis de um registro (Alvarez & Passos, 2009).

Com base nessas acepções, far-se-á uma mútua ressonância entre o corpo (*des*)territorializado que registra práticas de cuidar em saúde pública com as variedades da atenção do cartógrafo que se movimenta nos espaços de Boa Vista. Apesar de ser a Universidade ou a UBSF o lugar de partida para produção de reflexões, há, neles, partes específicas que se entrelaçam, apontando os saberes e práticas que se articulam com a atenção primária em saúde.

A produção das reflexões, nesse caso, surge a partir de quatro variedades do funcionamento atencional que fazem parte do trabalho do cartógrafo. São eles: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (Kastrup, 2007). Dado que o interesse desta obra leva a uma profunda reflexão sobre os saberes e as práticas para o fortalecimento do SUS, levando em consideração as experiências advindas da atenção básica na região Amazônica, optou-se por organizar este capítulo em quatro pilares reflexivos de acordo com as referidas variedades presentes no trabalho do cartógrafo.

## **Primeiro pilar reflexivo: rastreado o território de Roraima**

A pista assumida para produção de registros que versa sobre a organização do cuidado na atenção básica no estado de Roraima, diz respeito ao funcionamento da atenção do cartógrafo, um corpo literalmente fora do seu *habitat*, que iniciou o rastreio do território imediatamente quando o avião aterrissou sem intercorrências no aeroporto internacional de Boa Vista.

A primeira variedade desta pista diz respeito ao rastreio. Esta variável consiste em um gesto de varredura do campo. Pode-se dizer que a atenção do corpo que rastreia visa uma espécie de meta ou alvo móvel. Na realidade, entra-se em um território sem conhecer o alvo a ser perseguido; ele surgirá de modo mais ou menos imprevisível, sem que saibamos bem de onde. Para o cartógrafo o importante é a localização de signos de processualidade. A atenção do cartógrafo é, em princípio, aberta e sem foco (Kastrup, 2009). Rastrear perpassa pelo encontro com a lembrança de um corpo físico do passado e do agora para criar linhas de afeto, vínculos e relações intersubjetivas com novas pessoas. Nesta expansibilidade do corpo os sentidos humanos são amplificados para ver o que habitualmente não é observado e escutar o que comumente não é ouvido.

Decididamente, não se produz reflexões sem o corpo! O conhecimento, nesse caso, surge do estranhamento do percebido com o próprio corpo, com as ideias prévias e com os conhecimentos anteriores (Ferla *et al.*, 2016). A recepção no aeroporto por dois nortistas, de imediato suscitou tal estranhamento, que encaminhou os registros produzidos para considerações de fuga. Fugir do que habitualmente é pensado como saber estruturado para reconhecer o modo de viver no norte. Sem ainda conhecer o alvo, representado pelas expressões de cuidado na atenção básica, o que surgiu de forma imprevisível neste primeiro momento foi à localização geográfica, a memória genética de um povo e a história que diz respeito a um estado novo, fortemente impactado pela imigração desenfreada dos países circunvizinhos, que está a desenhar uma nova geografia e novos territórios para cuidar.

Rastrear cotidianamente Boa Vista, permitiu identificar que este território foi desenhado para ser um centro moderno aos moldes europeus. O projeto da capital apresenta espaços amplos, bem iluminados, inúmeros locais de lazer cercados de jardins, que convida a população de forma segura a realizar atividades físicas.

Construída e implantada por diversos miscigenados, oitenta por cento das pessoas que estiveram desde a sua criação, migraram da região sul, sudeste, norte e nordeste do Brasil, dando aos seus nativos mais textura de raça, cor e hábitos. Isto sem considerar as memórias genéticas, marcas históricas, as próprias nações indígenas quase donas de todo o território roraimense e o que delas ainda não está dito como costume vivido, ou se dito, ainda não reconhecido. Signos processuais facilmente identificáveis na textura de um rosto. Traços faciais que apontam para fortes indícios de uma organização das práticas e saberes de cuidado, que mesmo na área urbana, seja capaz de dar conta das necessidades da população indígena.

Os rostos que se movimentam pela cidade são verdadeiros anunciadores do que será encontrado no cotidiano de aprender, ensinar, cuidar e registrar. Deleuze e Guattari (1996), afirmam: “a língua sempre está presa a rostos que anunciam os enunciados dela, que os lastream em relação aos significantes em curso e aos sujeitos concernidos. É pelos rostos que as escolhas se guiam e que os elementos se organizam: a gramática comum nunca é separável de uma educação dos rostos”.

Para ilustrar, segue uma cena de rastreio vivida com um destes rostos. A cena: Após duas voltas de caminhada na praça, eis que de maneira inusitada, acontece o encontro com um nativo. Transcorrido aproximadamente uma hora de caminhada com muita conversa, surge a pergunta: *Você já bebeu a água do Rio Branco?* Sim, respondi. *Agora você não vai mais embora.* Curioso, indaguei: por quê? E com seus olhos puxados, fios grossos dos cabelos pretos e as maçãs do rosto acentuadas, em um tom cordial, responde: *Quem bebe a água do nosso rio Branco cria raiz na minha amada Roraima. Seja bem vindo companheiro.* A partir dali já se tinha em mente que o desafio de explicar a organização do cuidado, sobretudo com o olhar para atenção básica era muito mais complexo, e poderia invariavelmente ser atravessado por cartografias das comunidades ribeirinhas.

O terceiro e último registro acompanha os fios de acolhida em terra de Macunáima<sup>27</sup>. Eis que acontece o momento de posse na universidade. Mais uma vez a fala do reitor corroborava com aquilo que o nativo havia dito. *Sejam todos muito bem vindos a Roraima, tenham a certeza que quando vocês comerem o famoso peixe Tambaqui assado, seus corpos desta terra pertencerão.*

<sup>27</sup> Representação de um guerreiro para os índios da tribo Macuxi.

Frases de ordem que marcam hábitos locais, conduzindo o corpo (des)territorializado no momento da sua lotação escolher o estágio de Enfermagem em Saúde Coletiva. Uma tentativa de tocar os processos de formação da universidade e como ela se articula com a rede de atenção à saúde no município de Boa Vista. Posto isso, inaugura-se a variável toque, que contém os discursos relacionados à saúde em Roraima. Tudo isso, pode ser evidenciado no segundo pilar reflexivo, listado a seguir:

## **Segundo pilar reflexivo: Tocando os discursos de saúde em Roraima**

Nesta seção, o corpo (des)territorializado, se mistura a uma multiplicidade de pessoas para tocar os discursos de saúde presentes no território de Roraima. Literalmente, uma exposição às forças do mundo, com todas as suas atrações e repulsões, simpatias e antipatias, alterações, alianças, penetrações e expansões presentes nos espaços, sobretudo universitários (Deleuze; Guattari; 1995). É preciso saber quais são os discursos de saúde pública neste território. Afinal, em breve o corpo estará lá, *in loco*, apreendendo uma realidade viva de cuidar juntamente com estudantes universitários. Tocar discursos pode levar tempo para acontecer e ter diferentes graus de intensidade. Sua importância no desenvolvimento da construção dos registros revela que existem múltiplas entradas, e não segue apenas o caminho unidirecional para chegar a um fim determinado (Kastrup, 2009).

A primeira entrada discursiva tocada está na vida. Semáforos, praças, parques, portas de supermercados, entrada de banco, rodoviária, viadutos, em baixo de árvores, igrejas, entre inúmeros outros lugares. Em todos esses espaços do viver, fala-se sobre o aumento de imigrantes, sobretudo venezuelanos. Reflexo de uma profunda crise humanitária que diariamente obriga idosos, adultos e crianças venezuelanas, haitianas e guianenses a buscarem refúgio no Brasil.

O que se observa nestes locais é uma tentativa desesperada principalmente do primeiro grupo populacional para ser cadastrado em abrigos públicos, como forma de sair das ruas e obter garantia da manutenção de suas necessidades humanas básicas. Certamente, estes discursos tocados já inaugura a realidade de saúde a ser vivenciada junto aos estágios de Saúde Pública.

A segunda entrada discursiva tocada foi com professores de múltiplos cursos da universidade. Nos espaços dos corredores, entendido como (in)formais, os diálogos traduzidos em registros, apontam para importância do respeito no interior das práticas de cuidar a cultura indígena. Isso porque predominantemente a população de Roraima é Macuxi<sup>28</sup>. Não obstante, o que se observa especifi-

<sup>28</sup> Designação étnica. Sistema de identidade indígena prevalente em Roraima.

camente no currículo do curso de Enfermagem, é um forte apelo para contextualização nas diversas disciplinas para atenção a população indígena.

A última entrada discursiva foi extremamente potente. Ocorreu a partir de um encontro inesperado estabelecido entre o corpo (des)territorializado e uma nativa estudante do curso de enfermagem. Neste momento, o corpo do cartógrafo tocou uma narrativa estudantil de caráter interdisciplinar, com um forte apelo para área da saúde coletiva.

O gesto de tocar este relato traz consigo a identificação de experiências singulares da estudante do curso de enfermagem junto às comunidades ribeirinhas numa expedição rumo baixo rio Branco, Caracarái - Roraima. É preciso dar vez e voz a estas experimentações. Nesse prisma, abre-se passagem para que o corpo territorializado da estudante deixe aqui suas grafias.

### ***Antes de pousar: o toque no registro das experiências de uma estudante de enfermagem nas comunidades ribeirinhas do baixo rio Branco***

A viagem ao baixo rio Branco foi uma proposta proveniente de um projeto de pesquisa elaborado pela Universidade Estadual de Roraima, com a finalidade de investigar junto às comunidades ribeirinhas as condições de vida das populações que vivem as margens do rio Branco e do rio Xeriuini. Foi possível realizar uma sistematização de dados mediante aplicação de questionários censitários junto às famílias que habitam as comunidades ribeirinhas. Esta experimentação aponta que o principal meio de subsistência destas comunidades envolve a caça e pesca, cultivo de roças várzeas ou térrea, bem como o extrativismo madeireiro. As comunidades em que realizamos as visitas foram: Terra Preta, Lago Grande, Canauíni e Cachoeirinha.

No que se refere à saúde pública nessas comunidades, foi constatado a carência de prestação de serviços a esta população, com significativo déficit de recursos humanos nas unidades de saúde. Essas comunidades dispõem de uma assistência à saúde periódica em intervalo semestral, disponibilizado pelo Município de Barcelos - AM. Com auxílio de um barco de grande porte a equipe multiprofissional composta por médicos generalistas, enfermeiros, dentistas, entre outros profissionais, proporcionam uma assistência à saúde dos ribeirinhos.

As doenças prevalentes que acometem os indivíduos destas comunidades, sobretudo os infantes, são: diarreia e gripe. Este perfil epidemiológico é justificado pela carência de serviços sanitários e pelo acúmulo de lixo próximo a margem do rio, o que contribui para a contaminação da água que é propriamente utilizada no consumo destas comunidades.

Um fator marcante quando olhamos para os ribeirinhos é o uso de plantas medicinais como alternativa para curar as doenças que acometem a população. É comum o uso de ervas para fazer banhos e chás, principalmente para o alívio de sintomas como febre e dores no corpo. Muitos ribeirinhos admitem que a alternativa para amenizar as enfermidades está na floresta. Além disso, foi observado em todas as comunidades o acompanhamento da mulher antes, durante e após a gestação, protagonizado por parteiras. Na comunidade Lago Grande, em uma roda de conversa, oportunamente foi estabelecido diálogo com uma experiente parteira. Seus relatos apontam para a assistência do parto normal em casa, com auxílio de materiais caseiros.

A parteira expôs seus conhecimentos e suas experiências ao longo de sua vida, atribuindo a sua função como um dom Divino, pois a mesma alega ter iniciado estas atividades aos dezessete anos e não recebeu instruções dos seus antepassados. No tocante ao trabalho de parto, são utilizadas sementes de cacau e algodão para indução do parto. Segundo ela auxilia na contração uterina e estimula o trabalho de parto.

Com base nas suas descrições não há ocorrência de complicações durante a gestação, parto e puerpério. Quando as gestantes apresentam riscos, a parteira não realiza o acompanhamento das mulheres que são cuidadas por enfermeiros ou médicos especializados. As complicações materno-fetais são transferidas para a comunidade Santa Maria do Boiaçu, pois apresenta uma estrutura com mais recursos para prestar uma assistência de saúde à população. Caso o problema não seja solucionado na referida comunidade é necessário transportar a paciente por via aérea até o hospital materno-infantil, localizado na capital do estado.

Devido à grande precariedade da assistência básica nas comunidades ribeirinhas, foi possível notar que os moradores enfrentam um grande desafio para ter acesso à saúde. Muitos deles atribuem essa situação a localização geográfica, a dificuldade de locomoção fluvial e ausência de profissionais de saúde nesta região para prestar cuidados.

A excursão pelo baixo rio Branco evidenciou a vulnerabilidade da população ribeirinha quando se fala de acesso a saúde. Nesta viagem foi possível compreender a realidade de vida das famílias ribeirinhas, a maneira como a população significa o processo de saúde-doença e principalmente a medicina alternativa como recurso para manutenção da saúde.

Enfim, é preciso olhar com atenção para estas comunidades e cuidar cotidianamente dos indivíduos que ali habitam de forma contínua, transcendendo os períodos eleitorais, como muitos alegaram. Lembrar que a organização da rede

básica de saúde do SUS é normatizada e seus princípios e diretrizes devem ser reverberados também para os ribeirinhos.

Terceiro pilar reflexivo: Pousando nos cenários do cuidado de Boa Vista

Inaugurar este pilar reflexivo perpassa pelo envolvimento das tensões existentes entre formas e forças contidas no interior dos serviços de saúde. Forma, porque a UBSF pode ser considerada, pela sua representação geometrizada, como o lugar onde os programas do Ministério da Saúde ganham vida, tratamentos são instituídos e ações de cuidar implementadas. Forças, por entender que ali estão os saberes das diversas áreas da saúde advindos dos profissionais que cuidam da população sadia ou doente.

Baseado nisso, é preciso considerar o corpo (des)territorializado que registra de outro lugar. Para Rolnik (2003), o lugar de apreensão da realidade viva do mundo como matéria-força, que se apresenta na subjetividade como sensação. Uma fala que, é portadora da exigência e da liberdade de problematizar a configuração atual do mundo como forma. Um tipo de conhecimento que se aprende numa verdadeira exposição ao outro como campo de forças que afetam o corpo.

O pouso do corpo desterritorializado no cenário da UBSF inaugura uma multiplicidade de exposições ao referido campo de forças. A primeira, diz respeito a cinco estudantes do curso de enfermagem que ainda não tinha tido nenhum contato. A segunda exposição está relacionada aos profissionais que compõem as equipes de saúde da unidade, e a terceira exposição, esteve relacionado aos próprios clientes com suas necessidades de cuidado. Para retratar o lugar: a UBSF fisicamente é ampla, fica localizada em um bairro estratégico da cidade de Boa Vista e por isso é facilmente procurada pela população em geral, inclusive indivíduos pertencentes a outras microáreas. Seu horário de funcionamento é matutino, vespertino e noturno. No período diurno a unidade desenvolve suas ações com três equipes de saúde da família e no período da noite trabalha com demanda espontânea contando com o auxílio de uma equipe.

As principais ações de cuidar pousadas na unidade foram: emissão do cartão do SUS, consultas médica e de enfermagem, atendimento odontológico, assistência farmacêutica, realização de visita domiciliar, vacinas, teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, preventivos, pré-natal, curativo, nebulização, triagem (medidas antropométricas - bolsa família), puericultura, planejamento familiar, dentre outros. Na ocasião destes registros, o município de Boa Vista vivia um surto de sarampo e já se tinha confirmado a morte de duas crianças venezuelanas por essa doença. Este panorama de saúde mobilizou boa parte das unidades básicas de saúde do município a realizarem a partir de suas equipes de agentes comunitários, técnicos de enfermagem e enfermeiros, o que foi denominado de: “vacinação contra o sarampo de casa em casa”.

Esta atividade que durou aproximadamente um mês reformulou toda dinâmica assistencial da UBSF e nos obrigou a (re)pensar em estratégias de ensino-aprendizagem que permitissem aos estudantes universitários contemplar o controle social, especialmente no contexto do SUS. Dentre inúmeras possibilidades de registros emergem duas atividades significativas realizadas cotidianamente extramuros da unidade: visitas domiciliares e atenção às profissionais do sexo. No âmbito do ensino: professor e estudantes foram integrados a unidade e as práticas de caráter interprofissional. No entanto, era preciso mobilizar no estudante a importância da atuação ampliada, aquela que se estende para qualquer espaço de produção (in)direta da vida (Tanji, *et al.*; 2010).

Eis que surge o primeiro ponto de resistência. Quando proposto aos estudantes o estreitamento com o território a partir de realização de visitas domiciliares, era perceptível o processo de negação em seus rostos. Inquieto, procurava as respostas para não aceitarem esta atividade, já que no Rio de Janeiro (lembranças territoriais), as escadarias, ladeiras e a incessante instabilidade quanto à segurança era um fator limitador. Mais tarde, a descoberta: andar no sol de meio dia em Boa Vista não é uma tarefa nada fácil.

Bom, para cada visita uma descoberta. Afinal, cada ser é único. No entanto, em todas as casas visitadas, de alvenaria ou de madeira, um ponto em comum foi identificado. No interior da casa ou nas árvores presentes no quintal, armadores de rede ou a própria rede das multivariadas cores, são artefatos comuns no cotidiano do viver das pessoas.

Examinar, tocar, manipular o corpo envelopado em uma rede, sem sombras de dúvida indica que os caminhos para produção de cuidado no extremo norte do país, perpassam por outros fluxos de vida. *Redear*: Neologismo produzido para representar uma prática comum do existir em Roraima, que se estende inclusive para o interior dos hospitais, onde as crianças recém-nascidas encontram conforto no embalar da rede. Alguns domicílios pousados a dificuldade de compreensão do que está sendo dito permeou a cena de cuidar. Literalmente os dialetos indígenas são únicos e se consolidam muitas vezes como uma barreira para se produzir saúde. Sim, um grande desafio, sobretudo por além da pluralidade étnico-linguística de origem indígena, habitualmente se convive com a interferência da língua espanhola (venezuelanos) e inglesa (guyanenses).

Em um dos retornos para UBSF, nossa percepção visual e auditiva realizou uma parada e o campo se fechou, numa espécie de zoom. Um novo território se formou e o campo de observação se reconfigurou. A atenção mudou de escala (Kastrup, 2007). Os sentidos do cartógrafo estavam aguçados em uma rua por trás da UBSF, onde trabalhavam diuturnamente profissionais do sexo, em sua

maioria venezuelanas. Conhecida como a rua das “ochentas”, ali bem perto, se visualizava uma quadra de pessoas vulneráveis, de diversas idades, que precisavam de assistência à saúde. No grupo de estudantes uma nativa peruana que falava fluentemente o espanhol teve papel crucial na abordagem de cada mulher. Foi preciso conhecer a realidade deste grupo social e os fatores que colocaram as mulheres em situação de vulnerabilidade.

A título de ilustração: em uma manhã foram acessadas mais de cinquenta mulheres. A maioria delas afirmou exercer esta atividade profissional por questões de subsistência. Uma forma de permanecer no Brasil e ajudar seus familiares na Venezuela. O gesto de pousar nesta rua com os estudantes foi extremamente significativo do ponto de vista pedagógico.

As experiências com cada mulher obrigaram os estudantes a realizar uma escuta sensível para as necessidades de saúde daquelas mulheres, a incorporação das mulheres da rede SUS a partir da UBSF, os fatores intervenientes na operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e atenção ao imigrante refugiado em situação de vulnerabilidade.

O principal esforço foi deslocar o olhar dos estudantes da doença representada pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis e seus métodos de prevenção para o reconhecimento de pessoas com necessidades de cuidado em diversas dimensões da vida. Julga-se que foi uma atividade bastante promissora, visto que o número de atendimentos regulares a este grupo populacional paulatinamente aumentou na UBSF após estas ações interventivas nos espaços da vida.

Enfim, generalizar ainda não é possível. Nesse sentido, considera-se como limitação deste ensaio reflexivo o fato das formulações discursivas terem sido produzidas a partir de experiências vividas por um corpo (des)territorializado recém-chegado em Boa Vista. A incorporação do corpo territorializado neste manuscrito na mesma medida em que limita a produção de reflexões, por trazer experiências tímidas no campo da saúde pública, expande o manuscrito, por revelar traços de um povo, com processos singulares de conceber as práticas de saúde. A luz do texto, há que se considerar em cada situação registrada uma apropriação da cartografia o que nos permitiu realizar os seguintes reconhecimentos direcionados para atenção básica.

### **Quarto pilar reflexivo: reconhecimentos possíveis para iniciar novos rastreamentos**

Diga-se que é chegada a hora de reconhecer todos os registros advindos das experiências de um corpo (des)territorializado na cidade de Boa Vista e nos

diversos cenários e situações básicas de cuidar que lá foram vivenciadas. Para-se aqui nesta desafiadora jornada científica. Essa pausa deixa como registro o reconhecimento de que a busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado pode ser alimentada pelos fios teóricos que dão luz aos estudos que se dobram no plano da subjetividade.

Territorializar é o que faz total sentido para modelagem das cenas de cuidado direcionadas a população indígena, ribeirinhos, imigrantes e profissionais do sexo. Grupos populacionais que foram registrados a partir do olhar orientado pela cartografia que agrega em si produtos dos sistemas filosóficos de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Nesta perspectiva, reconhecer as inovações na atenção básica a partir dos saberes e práticas para o fortalecimento do SUS no extremo norte do país, por natureza é desafiador e deve ser permanente. A relação com este território obriga perceber e ter a sensação de como as pessoas concebem os processos de viver e de saúde-doença.

Uma missão extremamente delicada que obriga os profissionais de saúde a olharem para vários (micro)espaços numa perspectiva ecológica, para os hábitos alimentares, costumes cotidianos, formas de viver coletivamente, rituais e crenças religiosas. Tudo isso, atua como elementos atenuadores e intensificadores de saúde que produz o contorno da imagem, nunca exata, do cuidado em saúde que está sendo dito. Esse reconhecimento atento a partir do pouso no cenário da UBSF possibilitou o aprofundamento dos fenômenos que envolvem a produção de cuidados na atenção básica. Essas análises remetem obrigatoriamente a novos rastreios e ao desenvolvimento de pesquisas interventivas que entrelacem os territórios institucionais de formação superior em articulação com os serviços de saúde.

Para não concluir e intensificar: Espera-se que estes registros cartografados sejam pontos de sustentação para expansão da "rede unida" e suscite o desejo de novos ensaios científicos que entrelacem corpo e território, como forma de ampliar as discussões sobre a produção de cuidado no estado de Roraima.

## Referências

Alvarez, J.; Passos, E. (2009). Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa - intervenção e produção de subjetividade Porto Alegre: Sulina.

Bollnow, O. F. (2000). **O homem e o espaço**. Tradução: Aloísio Leoni Schmid. 9ª ed. Curitiba: UFPR.

Brito, M. R.; Chaves, S. N. (2017). Cartografia: uma política de escrita. **Revista**

**Polis e Psique.** v. 7, n. 1, p. 167-180.

Deleuze, G.; Guattari, F. (1995). **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia** - volume II. Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: editora 34.

\_\_\_\_\_, G.; Guattari, F. (1996). **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia** - volume III. Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. Rio de Janeiro: editora 34.

\_\_\_\_\_, G.; Guattari, F. (2010). **O Anti - Édipo.** Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: editora 34.

Ferla, A. A.; et al. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Revista Saúde em Redes.** v. 3, n. 2, p. 241-261.

Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Revista Psicologia & Sociedade.** v. 19, n. 1, p. 15-22.

\_\_\_\_\_, V. (2009). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa - intervenção e produção de subjetividade** Porto Alegre: Sulina.

Rolnik, S. (2003). O ocaso da vítima: para além da cafetinagem da criação e de sua separação da resistência. **Revista ARS (São Paulo).** v. 1, n. 2, p. 79-87.

Tanji, S.; et al. (2010). Integração Ensino-Trabalho-Cidadania na formação de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v. 31, n. 3, p. 483-90.

# A contribuição do ensino de gestão na graduação para o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde

08

Sávio Felipe Dias Santos  
Nataly Yuri Costa  
Lívia Félix de Oliveira

Compreender como administrar um serviço incluso dentro de uma rede de assistência é um dever difícil aos profissionais de saúde, pois abrange inúmeros aspectos, a gestão em rede busca sintetizar esses aspectos, pactuando os conhecimentos de gestão e gerenciamento com ações pautadas nos inúmeros serviços e programas existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de coordenar, desenvolver e integrar todas esses níveis de atenção e relacionar as tecnologias às competências e habilidades dos profissionais de saúde, transformando o serviço em uma organização pautada no planejamento, supervisão, controle e avaliação (Trindade & De Pires, 2013).

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro gestor tem a oportunidade de visualizar as problemáticas da comunidade, reverberando em uma prestação de serviço adequado e eficiente para cada grupo. Nesse cenário, o enfermeiro enquanto líder deve organizar os serviços gerenciais corroborado com a atuação multiprofissional, por exemplo, a notificação compulsória dos casos locais, sendo a epidemiologia uma ferramenta no processo de reconhecimento dos problemas de saúde existentes no território de abrangência da unidade de saúde a ser administrada, somada a realização da discussão sobre os agravos identificados e/ou notificados, visando a melhora da assistência (Bazzo-Romagnolli, Gimenez-Carvalho & Polo De Almeida Nunes, 2014).

Além disso, em um ambiente o qual, corriqueiramente, sofre com a falta de recursos, assim como, imprevistos como urgências, epidemias e surtos é fundamental que o gestor saiba gerenciar as atividades administrativas nas diversas circunstâncias em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), realizando um planejamento em conjunto para que todos trabalhem de forma harmoniosa, com a carga de trabalho distribuída de forma adequada, uma vez que o enfermeiro gestor pode ficar sobrecarregado por ter que gerir o trabalho gerencial agregado ao assistencial (Trindade; De Pires, 2013). Somado a isso, ressalta-se a relevância do gestor dominar as tecnologias que pautam o sistema de informa-

ção da Atenção Primária à Saúde, manipulando e analisando bancos de dados que refletem a saúde da comunidade, a fim do aperfeiçoamento dos serviços de gerenciamento (Melo & Machado, 2013).

Dentre as funções realizadas pelo enfermeiro, a gestão e o gerenciamento se faz presente nos processos de trabalho e nos vários serviços de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação), isso significa possuir a responsabilidade de coordenar um sistema ou programa de saúde, seja em nível municipal, estadual ou nacional, com habilidades de gerenciar recursos - físicos materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação, de liderar, de se comunicar para que haja o intercâmbio de informações entre os profissionais, e articular o planejamento e organização do serviço para que seja dinâmico e eficiente (Carvalho, Peduzzi & Ayres, 2014). Agregado a isso, é de suma importância uma visão estratégica e criativa acerca do funcionamento do serviço, a capacidade de tomar decisões e a educação continuada enquanto prática, a fim de prestar uma assistência de enfermagem com qualidade (Camelo & Angerami, 2013).

Nesse cenário, para que as unidades de saúde sejam administradas por enfermeiros preparados faz-se necessário uma base da graduação solidificada na disciplina curricular de gestão. Assim, as diretrizes curriculares preconizam a formação de profissionais pautados em um conhecimento crítico e reflexivo, os quais questionam e modificam a realidade, para que o mercado de trabalho receba um enfermeiro hábil em atuar nos diversos níveis de atenção e no que diz respeito ao processo saúde-doença, o qual desempenhe um atendimento integral e interdisciplinar, estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Vieira *et al.*, 2016).

Entretanto, o despreparo das equipes de atendimento em virtude de uma gestão defasada é uma evidência de um aprendizado desconexo com a realidade, como a falta de conhecimento técnico-científico sobre o sistema de saúde, como leis, normas e diretrizes, o contato tardio do aluno com a prática profissional e a realização de um trabalho individualizado em detrimento do multiprofissional, os quais comprometem o oferecimento de serviços eficazes quando os graduandos de enfermagem concluem o curso (Melo & Machado, 2013).

Com isso, é essencial que o processo ensino-aprendizagem no componente curricular de gestão seja consolidado no binômio teoria-prática, desenvolvendo a destreza e percepção acerca das atribuições dos enfermeiros na gestão do processo de cuidar, da gerência dos recursos humanos, da capacidade de tomada de decisão, sobretudo, na Atenção Primária à Saúde, uma vez que tem a responsabilidade de atender um considerável quantitativo populacional local, sendo o primeiro nível de atendimento que o paciente tem acesso e, por esse motivo, deve ser gerenciado por profissionais habilitados a lidar com as diversas

situações, sem prejudicar a assistência e obtendo os resultados positivos (Caveião, Zagonel, Coelho, Peres & Montezeli, 2015).

O conhecimento de gestão se faz imprescindível na formação de um profissional de enfermagem quando internalizado e praticado, mantendo um equilíbrio entre o discurso e ação gerencial, proporcionando habilidades administrativas, que integram ações coletivas na instituição. O enfermeiro gestor quando detentor do saber gestão torna-se um personagem no meio de trabalho, aquele que lidera, que integra serviços assistenciais, seja público ou privado, que educa e evidencia a importância da continuidade da mesma, que se comunica todos os profissionais e instiga a reflexão nos mesmos acerca das problemas de saúde, que planeja, organiza e analisa o sistema gerencial e, por fim, avalia os resultados, ou seja, processos concretos de práticas de saúde diferenciados no interior dos serviços de saúde, sendo resultado de um ensino da administração em enfermagem lapidado (Caveião, Hey & Montezeli, 2013).

Esses conceitos advindos da graduação auxiliam o enfermeiro no que diz respeito a competências e habilidades necessárias para exercer ações administrativas nos serviços da Atenção Primária à Saúde, pois este apresenta o conhecimento acerca de inúmeras ferramentas gestoras que podem auxiliar no andamento do próprio serviço, como também no fluxo dos clientes durante as consultas, além de ter a segurança de reconhecer como funciona as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e saber gerir suas ações dentro dessa rede e conduzir os usuários (Caveião, Hey & Montezeli, 2013).

Além disso, o ensino de gestão na graduação de enfermagem compete a esse profissional o reconhecimento de ferramentas como os parâmetros de qualidade, taxas de cobertura dos serviços, das ações do programa e das transições dos territórios sejam elas demográficas ou epidemiológicas, somado a isso o profissional que teve em sua graduação o componente curricular de gestão e gerenciamento ou administração em saúde compreende determinados instrumentos que vão lhe dar base para tomada de decisões, como o planejamento, o controle, a regulação e a própria avaliação (Vieira et al., 2016).

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar quais os pontos mais relevantes do componente curricular de gestão na graduação no exercício profissional do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

## **Percurso metodológico**

Trata-se de um estudo embasado em uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que segundo Teixeira et al. (2013) busca, através do estado da arte, respon-

der uma determinada questão ou dúvida norteadora e para isso, utiliza-se etapas metodológicas que auxiliam no estudo, principalmente no que diz respeito a fundamentação e explicação do paradigma de determinada temática.

Com o intuito de dinamizar o estudo e torna-lo mais desenvolvido, seguiu-se cinco etapas ou fases sob a ótica do procedimento metodológico: a criação da questão norteadora, o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, a busca da amostragem na literatura para a coleta de dados, a avaliação da amostra e a categorização do conteúdo conforme a Análise de Conteúdo estabelecida pela autora Laurence Bardin que dará subsídio ao resultados e discussões (Teixeira et al., 2013).

Para nortear o estudo foi estabelecida a seguinte pergunta: quais os benefícios do componente curricular de gestão, presentes na graduação, para o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde?

O estudo utilizou três bases de dados, a SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), com os seguintes descritores "enfermagem", "graduação", "gestão", "Atenção Primária à Saúde" e com os operadores booleanos "or" e "and", durante o período de 2010 e 2018.

No que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão, respectivamente, o estudo foi direcionado a pesquisas centradas em periódicos com estudos originais e com materiais completos, que tivessem uma associação ou vínculo a temáticas e aos descritores, sendo que foram finalizadas as buscas ao final de todas as permutações possíveis com os descritores. Quanto aos critérios de exclusão foram retirados do estudo, pesquisas em formato de dissertação, tese e outros estudos no formato de Revisão Integrativa da Literatura e também que estivessem no idioma inglês e espanhol.

Para a análise, posteriormente ao conjunto de dados obtidos na coleta de dados e sob a ótica dos critérios de inclusão e exclusão, foram construídas categorias a partir da Análise dos dados de Bardin, que segue etapas árduas no processo de leitura e compactação das pesquisas selecionadas, a saber: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (Urquiza & Marques, 2016).

Sendo assim, o estudo pode ser dividido em três grandes categorias: o ensino de gestão na graduação, a gestão na Atenção Primária à Saúde e a contribuições do componente curricular de gestão na formação do enfermeiro gestor da Atenção Primária à Saúde.

## Resultados e discussão

Ao final da coleta de dados, o estudo obteve 20 artigos e destes foram selecionados apenas 8 que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão. Com isso a distribuição dos artigos selecionados seguiu a seguinte ordem: ano de publicação, local onde o estudo foi indexado, região onde foi realizada a pesquisa e a metodologia abordada pelos pesquisadores.

Quanto o ano de publicação foram selecionados três estudos do ano de 2013 (37,5%) e cinco do ano de 2014 (62,5%), quanto aos bancos de dados, seis estudos estão indexados na SciELO (75%), um na MEDLINE (12,5%) e um no LILACS (12,5%), no que diz respeito ao local da pesquisa seis foram focalizadas na região sul (75%), um na região nordeste (12,5%) e um na região sudeste que trabalhou também as demais regiões (12,5%).

Sobre o processo metodológica dos estudos 3 apresentam características qualitativas (37,5%) e 3 quantitativas (37,5%), enquanto os demais estão divididos em um relato de experiência (12,5%) e um estudo de reflexão (12,5%).

## Ensino de gestão na graduação

A graduação busca enaltecer os princípios da habilidade e competência do graduando, sendo assim, a administração ou gestão em enfermagem é um componente curricular que tem como objetivo transpor a ideia de organização e sistematização do processo de trabalho do profissional enfermeiro. Esse arcabouço de técnicas já está intrínseco no cotidiano do graduando que exerce a assistência durante todo o curso e do profissional que deve compreender sobre a noção de gestão dentro do seu ambiente de trabalho.

O arcabouço teórico que cerca o componente curricular de gestão deve possibilitar o graduando reconhecer o seu serviço dentro de um processo administrativo, que requer atitudes gerenciais para que o conteúdo operacional alcance êxito com a população, sendo assim, a autonomia, o julgamento correto a visão ampliada são algumas das competências e habilidades necessárias para obter uma relação integrada com a equipe e uma harmonização na assistência, trabalhando a tríade gestão, profissional e comunidade Kalinowski et al. (2013).

Outro fator destacado por Kalinowski et al. (2013) são as novas ferramentas de ensino que podem contribuir para compreensão do acadêmico durante a graduação, tais ferramentas como a metodologia ativa, a prática baseada em evidência, estudos de casos e até mesmo as rodas de conversa que discutam temas baseados na crítica e reflexão do acadêmico com um olhar na gestão e na admi-

nistração do serviço são de extrema relevância na busca de capacitar o profissional para que o mesmo obtenha resultados positivos na sua área administrativa.

A graduação deve disseminar esse conhecimento ao aluno, uma vez que nesse ambiente se busca a criticidade e a visibilidade de técnicas e diretrizes que vão auxiliar o graduando na sua prática profissional. Esses princípios são abortados por Kalinowski et al. (2013) quando define o enfermeiro como o responsável administrativo do setor, seja ele hospitalar ou da Atenção Primária, o desenvolvimento desse papel deve ser instituído desde o processo da graduação, com o intuito de permear o profissional de enfermagem sobre o que rege o componente de administração, além de preparar o graduando para possíveis situações e complexidades existentes no processo de trabalho, para que o mesmo possa ter a consciência de agir e articular de forma sistêmica e objetiva diante da situação problema.

O vínculo entre a assistência e os critérios burocráticos do serviço devem ser estabelecidos de forma transversal, a fim de demonstrar aos discentes o fluxo que cerca todo o ambiente profissional, desde as instâncias setoriais como a direção, departamentos e gerências, até as instâncias operacionais que são os programas de saúde na atenção primária que visam auxiliar a população e as clínicas no ambiente hospitalar.

Esse fato corrobora a ideia de Caveião, Hey e Montezeli (2013) quando direcionam o olhar ao processo de trabalho do enfermeiro alicerçado ao conceito de gestão, construindo assim um elo entre a assistência e a parte administrativa do serviço, incluindo essas etapas como um componente necessário ao futuro profissional de enfermagem, pois este, dentro do seu ambiente profissional articula cotidianamente suas ações às práticas gerenciais, trabalhando dentro da sua dimensão profissional, seja na tomada de decisão, liderança ou gestão, mas também no trabalho com os demais profissionais.

Nesse sentido, a disciplina de gestão no serviço de saúde tem importante função na graduação, pois desperta no graduando a visibilidade de outras áreas que não sejam apenas assistências, mas que envolvem aspectos necessários para que o sistema flua de forma organizada, cria-se o vínculo do aluno com outros conceitos que permeiam o sistema que organiza os estabelecimentos de saúde e o empodera sobre ações que competem a enfermagem dentro desse espaço, fazendo-o compreender as competências e habilidade para exercer sua função de forma correta e com ética.

## **Gestão na Atenção Primária à Saúde**

A gestão está diretamente relacionada aos serviços de saúde, na Atenção Primária, podemos visualizar o funcionamento da gestão e do gerenciamento na cria-

ção de um programa ou de um novo setor, seja ele uma Unidade Básica de Saúde ou uma Estratégia Saúde da Família, devendo ser realizado de forma planejada e organizativa. Nessa perspectiva, observa-se casos em que a Atenção Primária à Saúde sofre com a falta de uma liderança gestora, o que culmina com a falta de verbas, deficiência nos programas e a fragilidade na acessibilidade do público aos serviços.

Essa caracterização se intensifica quando podemos perceber que o investimento na saúde pública está pautado apenas na estrutura e pouco no processo de trabalho e esse fato é visível quando nos deparamos com processos centrados no cuidado com a doença, no profissional médico, distanciando possíveis mudanças na assistência, desvinculando a equipe de saúde dos usuários, tornando um desafio o processo administrativo dentro da Atenção Primária à Saúde (Ohira, Cordoni Júnior & Nunes, 2014).

Atualmente, pode-se observar uma constante problemática dentro do sistema público de saúde que permeia todo fluxo de atendimento dos clientes, causando transtornos como filas imensas, parcelas da população sem atendimentos, o não seguimento dos protocolos e normas instituídas pelo Ministério da Saúde ou pela Organização Mundial da Saúde e todos esses fatos estão envolvidos com o gerenciamento e a gestão da saúde em todos os seus níveis, municipal, estadual e federal, ocasionando uma crise na Atenção Primária que vai além da assistência, ou seja, abrange componentes que estão interligados indiretamente como a administração da saúde e setores como qualidade e supervisão (Melo & Machado, 2013).

Esse fato reverbera na má aceitação dos usuários pelos serviços públicos, na ineficiência de programas e na falta de credibilidade para com os profissionais. Além disso, a falta de uma gestão assídua reflete diretamente no âmbito operacional, ou seja, não há assistência de qualidade, ou ações de prevenção e promoção à saúde sem o mínimo de planejamento e organização da equipe que compõe o serviço na Atenção Primária à Saúde.

Ohira, Cordoni Júnior e Nunes (2014) destacam que tais problemáticas são iniciadas no processo de gestão do estabelecimento de saúde que, em muitos casos, apresentam um emaranhado de conhecimento advindos dos profissionais de saúde, porém, não há liderança para reunir as ideias e produções para que se possibilite alcançar metas e enfrentar obstáculos existentes. A gestão na Atenção Primária deve focar seus objetivos e suas metas no usuário e em sua região adstrita, uma vez que ambos são seu escopo para planejar e introduzir ações pactuadas com a comunidade. O processo de trabalho em gestão está pautado no exercício profissional do enfermeiro conforme elenca o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pois este profissional tem alicerçado em sua graduação conceitos sobre administração, além de que este pode associar a gestão aos seus próprios instrumentos básicos de trabalho, como cria-

tividade, observação e trabalho em equipe (Ohira, Cordoni Júnior & Nunes, 2014).

Outro fator que envolve a gestão e a Atenção Primária à Saúde é o fato de que o administrador, que em geral é o enfermeiro, deve convergir suas ações como gestor com os conceitos estabelecidos nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, uma vez que tais conceitos estabelecem um norte ao profissional de saúde e gerente do estabelecimento.

O ambiente da Atenção Primária à Saúde necessita de constantes planejamentos e mudanças, uma vez que o ambiente e os usuários do território adstrito estão dentro de um processo de transição, entretanto, ainda é bastante disseminado nos serviços públicos um processo de trabalho pautado apenas na produção e pouco nos aspectos que englobam o ser humano, dificultando ações modificadoras do profissional de enfermagem e prejudicando o acesso da população aos serviços, uma vez que o trabalho está centrado apenas na doença e no contexto biomédico (Melo & Machado, 2013).

Dentre os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) mais expressivo, o qual o enfermeiro gestor deve estar a par é o da intersetorialidade, pois o gestor deve trabalhar saúde em consonância com as secretarias de saúde, municipal e estadual, com as demais instâncias que cercam a comunidade, como educação, serviço social, segurança, entre outras.

O gestor de um estabelecimento da Atenção Primária à Saúde precisa reconhecer seu ambiente como uma porta de entrada ao seu usuário dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), trabalhando com práticas integrativas e associadas a outros setores. O enfermeiro que administra o serviço e a equipe deve procurar estabelecer um vínculo entre o que há dentro da política que rege o Sistema Único de Saúde e o conhecimento técnico e científico dos profissionais, para que haja uma participação ativa da equipe e que todos se sintam protagonistas desse espaço, assim como qualificados para trabalhar de forma objetiva, sistematizada e priorizando o usuário (Melo & Machado, 2013; Carvalho et al., 2014). O profissional de enfermagem que busca trabalhar gestão na Atenção Primária deve, primeiramente, buscar reconhecer como pode viabilizar o seu serviço de forma a integrar a sua população e demonstrar que o serviço é a porta de entrada para um atendimento organizado e de qualidade.

## **Contribuições do componente curricular de gestão na formação do enfermeiro gestor da Atenção Primária à Saúde**

O profissional de enfermagem pautado no conhecimento sobre gestão inerente a sua graduação, forma-se com conceitos mais amplos e que podem ser

transpostos nas suas ações como administrador de um estabelecimento da Atenção Primária à Saúde. Tais conceitos são: percepção holística, objetividade nas ações, condução linear da sua gestão e transversalidade em suas implementações.

A percepção holística se fundamenta na compreensão da literatura que cerca a administração, ou seja, pactuar sua visão embasada nas teorias administrativas, a fim de conduzir seu serviço, esse fato está diretamente relacionado ao segundo tópico, objetividade nas ações, uma vez que o profissional de enfermagem não exerce sua função solitariamente. Sendo assim, ao ponto que relaciona sua percepção e sua ação a um teórico, este deverá trabalhá-lo com os demais profissionais para que todos possam se organizar de forma objetiva diante do serviço e do público (Carvalho et al., 2014).

Quanto ao fato de conduzir linearmente sua gestão (Seidl et al., 2014) destaca que o profissional de enfermagem deve trazer de sua formação os conceitos de planejamento, indicadores, supervisão, liderança, dentre outros, sendo o período da graduação o primeiro contato com tais conceitos no componente curricular, contribuindo não somente para aceitabilidade e compromisso da equipe diante de alguma meta ou objetivo, assim como abrangendo a ótica de novas mudanças diretamente dependentes da epidemiologia local.

Essas competências e habilidades devem ser introduzidas no ambiente acadêmico de forma gradual e dinâmica, através de mecanismo que abordem esse tema de forma integral aos futuros profissionais, fazendo com que compreendam de forma crítica e reflexiva que suas ações são relevantes durante as intercorrências no ambiente de trabalho.

Essas ações podem ser observadas através de ações pedagógicas do momento das aulas seja por uma didática diferenciada do docente ou pela escolha de uma metodologia nova e que exija dos discentes outros aspectos inerentes a suas vivências na graduação, essas metodologias, a exemplo metodologias ativas e a prática baseada em evidências, podem contribuir percepção dos acadêmicos sobre suas ações e em como elas irão influenciar no serviço de forma positiva ou negativa, facilitando assim, a compreensão de que a administração em saúde é um ambiente complexo e com escolhas difíceis e que irão influenciar na assistência assim como nos serviços (Carvalho, Peduzzi & Ayres, 2014).

A transversalidade em suas implementações são competências e habilidades que o enfermeiro aprende na graduação, tendo como base os fluxogramas e organogramas dos serviços de saúde, uma vez que a equipe multidisciplinar está cercada por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o enfermeiro deve compreendê-la para poder liderar o seu grupo, com o intuito de direcionar o usuário

dentro do serviço, compreender a clínica do seu público-alvo e também para que haja uma comunicação correta do cliente dentro da rede (Seidl et al., 2014; Dos Santos & Giovanella, 2014). Além disso, Dos Santos e Giovanella (2014) e Seidl et al. (2014) discorrem que a transversalidade ultrapassa os setores da saúde e adentram os setores burocrático e o profissional de enfermagem, trazendo da graduação essa bagagem de conhecimento, deve se apropriar desse ambiente também, uma vez que a saúde se aplica de forma transversal entre outras áreas, realizando um atendimento interdisciplinar.

Nesse sentido, o componente curricular de gestão na graduação é importante para o profissional de enfermagem, pois nesse ambiente há a possibilidade de discussão e crítica diante do que é gestão e de como se faz a gestão, e esse debate aprimora a percepção do profissional que exerce esse papel de gestor no ambiente da Atenção Primária à Saúde.

## **Considerações finais**

É perceptível, portanto, a importância do enfermeiro gestor não somente da administração do setor hospitalar, sobretudo, na Atenção Básica à Saúde, sendo imprescindível que este profissional domine competências como transmitir conhecimento, liderar uma equipe, organizar e gerenciar o sistema administrativo, comunicação ativa, entre outros, instigando e promovendo discussões acerca das demandas da população na região a qual a unidade de saúde abrange no oferecimento de serviços.

Assim, a graduação enquanto um período fortalecedor de conhecimentos teóricos e práticos deve agregar domínio ao estudante de enfermagem acerca das habilidades gerenciais, possibilitando a este aluno experiências e participação nas práticas do componente curricular de gestão, aliando o conhecimento científico com a realidade dos serviços de gestão e gerenciamento.

Com isso, é de suma importância que haja a participação de três personagens nesse âmbito: o professor, o discente, e a instituição de ensino. O primeiro atuando com o ensino e o estabelecimento da reflexão sobre o aprendizado na gestão, para que este futuro enfermeiro gestor seja capaz não somente de administrar, assim como transformar a assistência em saúde, visando o melhor atendimento ao usuário. O discente com a consolidação do saber gestão, mediante a uma educação permanente, buscando cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação em gestão, para que, na prática, a assistência supra as necessidades sociais e reflita os ideais do Sistema único de Saúde (SUS). E por fim, a instituição de ensino com a responsabilidade e compromisso de graduar um enfermeiro gestor com preparo suficiente para lidar com diversas situações na unidade de saúde,

uma vez que possui experiência e embasamento teórico para administrar o sistema de gerenciamento.

A partir da realização desse estudo, os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que o componente curricular gestão na graduação se faz essencial quando é visualizado uma unidade de saúde sendo gerenciada com êxito em virtude da graduação solidificada. Nessa perspectiva, é sugerido para futuros trabalhos acerca dessa temática que haja o desenvolvimento de mais pesquisas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, já que atualização desses dados é de suma importância em prol de uma constante mudança e reformulação da assistência em saúde, aprimorando o atendimento ao usuário.

## Referencias

Bazzo-Romagnolli, A. P., Gimenez-Carvalho, B., De Almeida-Nunes, E. F. P. (2014). Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polít. Salud**, 13(27), p. 168-180.

Camelo, S. H. H., Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 22(2), p. 552-560.

Carvalho, B. G., Peduzzi, M., Ayres, J. R. C. M. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no sistema único de saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, 30(7), p. 1453-1462.

Carvalho, B. G., Peduzzi, M., Nunes, E. F. P. A., Leite, F. S., Silva, J. A. M. (2014). Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 48(5), p. 907-914.

Caveião, C., Hey, A. P., Montezeli, J. H. (2013). Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. Enferm. UFSM**, 3(1), p. 79-85.

Caveião, C., Zagonel, I. P. S., Coelho, I. C. M., Peres, A. M., Montezeli, J. H. (2015). Percepção de docentes sobre o processo de ensino aprendido em administração de enfermagem. **Cogitare Enferm**, 20(1), p. 103-111.

Dos Santos, A. M., Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 48(4), p. 622-631.

Kalinowski, C. E., Massoquetti, R. M. D., Peres, A. M., Larocca, L. M., Cunha, I. C. K.

O., Gonçalves, L. S., Calixto, R. C. (2013). Metodologias participativas no ensino da administração em enfermagem. **Interface**, 17(4)7, p. 959-967.

Melo, R. C., Machado, M. E. (2013). Coordenação de unidade de saúde família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm**, 34(4), p. 61-67.

Ohira, R. H. F., Cordon Junior, L., Nunes, E. F. P. A. (2014). Perfil dos gerentes de atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(2), p. 393-400.

Seidl, H., Vieira, S. P., Fausto, M. C. R., Lima, R. C. D., Gagno, J. (2014). Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**, 38(esp.), p. 94-108.

Teixeira, E., Medeiros, H. P., Nascimento, M. H. M., Silva, B. A. C., Rodrigues, C. (2013). Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo e convergências com outros métodos de revisão. **Rev. Enferm. UFPI**, 2(esp), p. 03-07.

# Capacitação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família para diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil no Município de Barcarena-Pará

09

*Gabriela Campos de Freitas Ferreira  
Thamires Palheta de Souza  
Renato Pamplona da Silva  
Elisângela da Silva Ferreira  
Alayde Vieira Wanderley  
Laudreisa da Costa Pantoja*

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (2006) é definido como câncer infanto-juvenil, casos de câncer que acometem crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. No Brasil este tipo de câncer é a principal causa de óbitos na faixa etária de 5 a 19 anos. Conforme o INCA, sua incidência média encontra-se próximo de 3%, estimando-se, portanto, que no ano de 2016 tenham ocorrido aproximadamente 12.600 novos casos de câncer em crianças e adolescentes até 19 anos em todo país.

O câncer em crianças e adolescentes apresenta menor período de latência com progressão mais acelerada quando comparada aos tumores malignos em adultos. Originam-se na maioria dos casos de células embrionárias, apresentam-se como invasivos, entretanto tendem a ter bons resultados à quimioterapia. As neoplasias malignas mais frequentes em crianças e adolescentes são as leucemias, seguidas pelos tumores do sistema nervoso central (conhecidos como cerebrais) e os linfomas (câncer dos gânglios linfáticos) (INCA, 2006).

Para Brasil (2017), as neoplasias pediátricas não são preveníveis, sendo que estudos apontam para existência de fatores de risco intrauterinos para criança, porém não existem evidências científicas suficientes que esclareçam à associação entre a doença e fatores ambientais. Com isso, a abordagem a esse tipo de câncer dá ênfase ao seu diagnóstico precoce e encaminhamento tempestivo para os serviços especializados de tratamento, possibilitando maiores taxas de cura; visto que, a prevenção do câncer infantil ainda é um desafio.

A apresentação clínica, sinais e sintomas do câncer em crianças e adolescentes, muitas vezes apresentam-se inespecíficos, comuns a outras doenças benignas mais frequentes na infância, manifestando sintomas gerais, como febre prolongada, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias, generalizadas, dor óssea generalizada e palidez, dificultando, em muitos casos, a suspeita e o diagnóstico, levando pacientes a recorrerem à assistência médica várias vezes, durante semanas, até mesmo meses, levando a um agravamento do quadro (Brasil, 2017).

A inespecificidade dos sinais e sintomas pode ser uma das causas que dificulta o diagnóstico precoce, além disso, Brasil (2009) aponta que a percepção da doença pelos cuidadores, o nível de educação dos pais, a distância do centro de tratamento do município de residência e ao sistema de saúde da área de abrangência também são fatores que influenciam para o diagnóstico tardio do câncer infanto-juvenil.

Para tanto, vale ressaltar a importância da organização das redes de atenção, com foco na rede básica de saúde como o mais importante do sistema, evitando-se a atenção hospitalar como a mais procurada através das urgências e emergências e dos ambulatorios. Sobre isso, Cecílio (1997) aponta o modelo piramidal como o ideal, trazendo em sua base os serviços da Atenção Primária, com um conjunto de unidades de saúde responsáveis pelo atendimento dos grupos populacionais das áreas adscritas, atuando como “porta de entrada” dos usuários aos níveis de maior complexidade do sistema. Para este autor, na parte intermediária da pirâmide, conhecida como atenção secundária, estão localizados os ambulatorios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e alguns atendimentos de urgência e emergência e no topo da pirâmide encontram-se os serviços hospitalares mais complexos, hospitais de caráter regional, estadual e nacional.

A pirâmide propõe a racionalização do atendimento, ordenando o fluxo de atendimento tanto de baixo para cima como de cima para baixo, através da referência e contra referência, garantindo que, de acordo com suas necessidades assistenciais, a população seja atendida em espaços adequados, com tecnologias e equipe pertinentes. Essa idéia está ligada a expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros. A hierarquização dos serviços também contribui para racionalização dos recursos do setor saúde, tendo em vista, a utilização dos recursos nos locais certo, em conformidade com as demandas dos usuários, a partir de então, é oferecido ao usuário que entrou pela “porta de entrada”, todas as possibilidades tecnológicas disponíveis no sistema de saúde (Cecílio, 1997).

Entretanto, faz-se necessário que os profissionais que atuam no primeiro nível de atenção estejam aptos e capacitados para a suspeição dos casos, a fim

de possibilitar diagnosticar precocemente o câncer em crianças e adolescentes (Brasil, 2009a). Além do conhecimento técnico, imprescindível na suspeição dos casos de câncer, os profissionais de saúde devem assegurar os direitos dos usuários descritos na Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e versa sobre todo e qualquer direitos garantidos quanto a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantados em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, levando em consideração a importância epidemiológica do câncer no Brasil e a sua magnitude social. Portanto, os profissionais da Atenção Básica devem receber as crianças e prestar-lhes cuidados adequados, tanto no âmbito das alterações físicas impostas pela doença, quanto nos aspectos psicológicos que envolvem o paciente e sua família diante do diagnóstico e tratamento.

A Atenção Básica (AB) ou atenção primária em saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por uma série de ações, no âmbito individual e coletivo, tendo como objetivo principal desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade, sendo o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, uma vez que possui capacidade satisfatória de resolubilidade, respondendo adequadamente as necessidades e demandas de saúde das populações. Suas ações e atividades no Sistema Único de Saúde (SUS) são de competência dos municípios, considerando-se as características e a diversidade da população de cada local.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais apontam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como método de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, cuidando da população no ambiente em que vive. Todo o trabalho da ESF é baseado no vínculo com as famílias do território, que se fortalece pelo acompanhamento domiciliar da situação de saúde das famílias cadastradas, assim como na coordenação do cuidado prestado a essa população por todos os níveis do sistema.

A atuação da ESF no câncer infanto-juvenil é de fundamental importância pelo fato de propiciar, pelas características de seu processo de trabalho, o diagnóstico e o início do tratamento oncológico adequado. Ainda, são responsáveis por todo o processo de orientação ao paciente e à sua família sobre o diagnóstico e o tratamento do câncer infanto-juvenil, mantendo uma articulação permanente com os serviços especializados em Oncologia.

Segundo Brasil (2017), a ESF surge com o intuito de reorganizar, por meio da expansão, qualificação e consolidação da AB no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho

maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Esta equipe deve possuir, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e ainda, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal – eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Dado o exposto, salientamos a importância de uma equipe de saúde qualificada e capacitada como determinante no processo da detecção precoce do câncer infanto-juvenil, estando apta para identificar antecipadamente os sinais e sintomas sugestivos de neoplasia e conseqüentemente o encaminhamento ao serviço especializado para o tratamento. É essencial, portanto, que os profissionais de todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde estejam aptos para contextualizar os achados clínicos com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução e outros dados, para que se possa fazer uma suspeita correta e conduzir o caso de maneira rápida e eficaz. No entanto, qualificar profissionais, organizar fluxos e agilizar encaminhamentos em tempo hábil para os centros de referência é o desafio de um país tão vasto em seu território quanto em sua população.

Este contratempo torna-se ainda mais desafiador quando se trata de municípios da região amazônica. A Amazônia, mundialmente conhecida por sua grande biodiversidade, grande fauna, incluindo as mais variadas espécies de animais, flora abundante e rica, e rios que cortam todo o território, apresenta, também, uma diversidade social e cultural, gerando grande miscigenação. Dentro deste contexto, destacamos o território amazônico como dinâmico e complexo, necessitando de políticas de saúde com estratégias diferenciadas, que abranjam as complexidades e nuances deste espaço (Heufemann & Lima & Schweickardt, 2016). Além disso, segundo Heufeman et al. (2016), o espaço natural amazônico, impõe dificuldades na integração política, social e sanitária para o país. Para esses autores, políticas públicas que possam responder de forma equânime e eficiente a vastidão territorial são desafiadoras, logo, a desigualdade de saúde em relação às outras regiões do Brasil se expressa.

## **Câncer infanto-juvenil e o SUS**

No estudo de Fermo et al. (2013) ficam visíveis as perspectivas diferentes no país no que tange ao acesso e à satisfação com o Sistema Único de Saúde, pois alguns relatos apontam que, na tentativa de contornar demoras na realização de exames mais específicos, surgem esforços para conseguir pagar pelos

mesmos por meio da saúde suplementar, mostrando uma fragilidade de acesso no sistema. Entretanto, outros apontam, no mesmo estudo, que o sistema supriu todas as necessidades encontradas desde exames a excelente atendimento por parte dos profissionais atuantes, demonstrando a desigualdade na assistência e acesso ao sistema de saúde público.

O SUS apresenta-se hoje como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde (Lavras, 2011). Essa desigualdade e dificuldade no diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil é demonstrada por Fermo *et al.* (2013), em seu estudo sobre o caminho percorrido pelas famílias desde o início dos sinais e sintomas até a definição do diagnóstico de câncer da criança ou adolescente, trouxe de forma muito eficaz a peregrinação em consultórios médicos, sendo que, na grande maioria das vezes, as alterações de saúde foram percebidas, a princípio, como algo leve e corriqueiro, que se agravou repentinamente. Nos relatos as famílias contam suas trajetórias de idas e vindas por diversos atendimentos e outros recursos até chegarem a definição do diagnóstico, procurando por médicos generalistas e de diferentes especialidades, assim também como atendimento de outros profissionais e realização de inúmeros exames e até mesmo algumas internações.

Outro ponto que nos chama muito a atenção no estudo de Fermo *et al.* (2013) é referente às avaliações médicas incorretas, mesmo havendo sinais e sintomas que deveriam ser de alerta, a suspeita em potencialmente ser um câncer parecia estar oculta aos olhos dos médicos. E também aos tratamentos inapropriados, que, na grande maioria das vezes, são capazes de determinar o atraso do diagnóstico correto da doença, seu tratamento e prognóstico.

## **Programa Diagnóstico Precoce**

Pensando nisso, o Instituto Ronald McDonald criou o Programa Diagnóstico Precoce, que contribui para a diminuição do tempo entre o aparecimento de sinais do câncer e o diagnóstico em um serviço especializado, potencializando as chances de cura com o diagnóstico em seus estágios iniciais. Este programa visa auxiliar na capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Sistema Único de Saúde (SUS) para que possam suspeitar de potenciais casos de câncer em crianças e adolescentes e então encaminhá-los adequadamente para hospitais públicos de referência. Faz parte dos objetivos estimular também a estruturação da rede de atenção oncológica, através de análise da situação local e da articulação com o gestor do SUS.

O desenvolvimento e a realização do Programa Diagnóstico Precoce do Instituto Ronald McDonald são possíveis graças à parceria com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE), que auxiliam o trabalho do Instituto na análise. Anualmente o Instituto Ronald McDonald divulga a submissão de projetos para o recebimento de propostas no marco do Programa Diagnóstico Precoce, dirigido as redes de instituições cadastradas junto ao Instituto que atuam na temática do câncer infanto-juvenil.

Desde sua implantação até 2018, o Programa Diagnóstico Precoce capacitou mais de 25.000 profissionais da Estratégia Saúde da Família, em 204 municípios de 14 Estados, alcançando a cobertura de cerca de 10.962.699 crianças e adolescentes. Ao longo de 10 anos, a iniciativa recebeu inúmeros reconhecimentos, entre eles o Prêmio Liberté, Fraternité e Egalité da Câmara de Comércio França-Brasil (Prêmio LIF), o Prêmio Hearts&Hands da Ronald McDonald HouseCharities, o selo de tecnologia social do Banco do Brasil, além da participação em congressos nacionais e internacionais, como o Congresso Sociétés Internationale d'OncologiePediatrique, a SIOP. Para o Instituto Ronald McDonald, ampliar a abrangência do Programa Diagnóstico Precoce e o número de profissionais capacitados para suspeitar do câncer infanto-juvenil nos estágios iniciais da doença é essencial para apoiar a materialização de nossa visão, pois reduz o número de crianças e adolescentes que morrem sem diagnóstico e sem tratamento, contribuindo para elevar as chances de cura no Brasil para os mesmos patamares dos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

A Associação Colorindo a Vida, entidade beneficente sem fins lucrativos, situada no estado do Pará, possui como missão realizar ações de controle ao câncer infanto-juvenil e prestar assistência psicossocial e hospedagem na casa de apoio Ronald McDonald digna e gratuita durante o período necessário para o tratamento da doença em Belém, participa como instituição proponente no Programa Diagnóstico Precoce desde 2013, já tendo sido realizada nos municípios de Santarém, Castanhal, Marabá e Barcarena, promovendo condições para que estes profissionais da atenção básica dos municípios possam identificar precocemente os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, reduzindo assim o tempo entre o surgimento destes e o encaminhamento para um serviço especializado aumentando a probabilidade de cura.

Com base nisso, este artigo tem como objetivo descrever a experiência do Programa Diagnóstico Precoce na capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuantes nos municípios do estado do Pará, bem como expor os resultados do número de acertos dos pré e pós-testes realizados pelos participantes no município de Barcarena.

## Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo documental, com abordagem quantitativa, realizado nos municípios de Santarém, Castanhal, Marabá e Barcarena, no período de 2013 a 2017.

A escolha dos municípios participantes do Programa deve-se ao número de pacientes provenientes dos mesmos, cadastrados e em tratamento nos hospitais da atenção terciária e alta complexidade oncológica. Além disso, faz-se necessário que a capacitação abranja várias áreas e regiões de saúde do estado do Pará, sendo assim, foram realizados no município de Santarém no 9º Centro Regional, Castanhal no 3º Centro Regional, Marabá no 11º Centro Regional, Barcarena na mesorregião metropolitana de Belém e 6º Centro/Pólo regional.

O Programa contou com apoio das Secretarias de Saúde dos municípios que disponibilizavam os locais para realização das capacitações, recursos didáticos e apoio na formação de turmas e convite aos participantes, com finalidade de sensibilizar, divulgar e mobilizá-los. O material de apoio, como impressos, canetas e pastas foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará. A Universidade Federal do Pará (UFPA) tornou-se apoiadora por meio da Pró-Reitoria de Extensão (Proex), que cumpre o papel de desenvolver uma Política de Extensão Universitária de forma a aprofundar a discussão acerca da extensão enquanto projeto social e da universidade frente ao poder público e às políticas públicas, coordenado por representantes das Faculdades de Enfermagem e Medicina, através do Instituto de Ciências da Saúde (ICS).

Após a escolha do município, os coordenadores do Programa realizaram contato com os secretários de saúde e coordenadores da Atenção Básica para solicitar apoio e organização de turmas de participantes. Cada turma foi composta por no máximo 40 profissionais da ESF de diversas categorias (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde), sendo realizada uma turma a cada mês, de modo que cada um participasse uma única turma com carga horária de 16h. Portanto, as capacitações ocorreram em número de participantes e tempo diferenciados, dependendo do quantitativo de profissionais da Atenção Básica cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os temas abordados na capacitação foram: política nacional de atenção oncológica; epidemiologia do câncer infanto-juvenil, sinais e sintomas de suspeição do câncer em criança e adolescentes; os cuidados necessários para a atenção à saúde da criança e do adolescente com câncer; a ESF e o cuidado da criança e do adolescente com câncer; a organização do sistema de referência e contra-referência para a

assistência à criança e ao adolescente com câncer na área de abrangência do projeto.

É importante trazemos alguns conceitos, tais como, reciclagem, aperfeiçoamento, treinamento e capacitação, mesmo sendo equivalentes, não são sinônimos, daí a necessidade em diferenciá-los. Reciclagem refere-se a cursos rápidos e superficiais que não abrangem a complexidade do processo de ensino. Aperfeiçoamento é um conjunto de ações com intuito de completar certa carência do indivíduo em determinado assunto. Treinamento, modela comportamentos para determinada tarefa. E por fim, a capacitação, um termo amplamente utilizado tratando-se de formação continuada, considerando o ato de capacitar no sentido de tornar capaz, habilitar para execução e desempenho de determinada tarefa ou profissão. Deste modo, podemos classificar os cursos do Programa como capacitações dentro das ações de educação permanente (Altenfelder, 2005).

Antes de iniciar o curso, o participante deveria preencher uma ficha de inscrição e um pré-teste com questões objetivas referentes aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil e demais temas a serem abordados no curso, e no encerramento do módulo, um pós-teste, semelhante ao pré-teste era disponibilizado para ser respondido. Estes impressos eram compostos por 19 questões para os médicos e 15 para os profissionais não médicos. Esses testes têm como intuito verificar a eficiência das capacitações. Ao final da capacitação cada profissional que obteve 75% de participação recebeu um certificado e um livro texto cedido pelo Instituto Ronald McDonald, abordando os temas mencionados durante as aulas. Em suma, em cada módulo foram realizadas as seguintes atividades: preenchimento da ficha de inscrição, aplicação do pré-teste, explanação dos conteúdos e aplicação do pós-teste.

## **Resultados Alcançados**

Na edição 2012/2013 a capacitação ocorreu na cidade de Santarém, onde eram previstos 571 participantes. Destes, 462 profissionais foram capacitados (gráfico 01), onde se obteve 81% de profissionais da ESF inscritos, sendo que, destes, 99% foram capacitados. Observou-se, após o período de capacitações um resultando no aumento do número de casos novos, provenientes deste município e regiões vizinhas, de 6 para 35/ano, além de contribuir para a organização do fluxo da rede de atenção oncológica infanto-juvenil, implementação do serviço de oncologia pediátrica no Hospital Regional do Baixo Amazonas e criação do Grupo de apoio à criança com câncer/GRAACC (Casa de Apoio de Santarém).

Em 2013/2014 a capacitação foi ofertada aos profissionais da Atenção Básica do de Castanhal. A previsão era de 542 participantes. Como verificado no gráfico 01, ocorreu a participação de 331 profissionais, onde se realizou a inscrição de 76% do total de profissionais do município, sendo capacitados 80% destes. Ve-

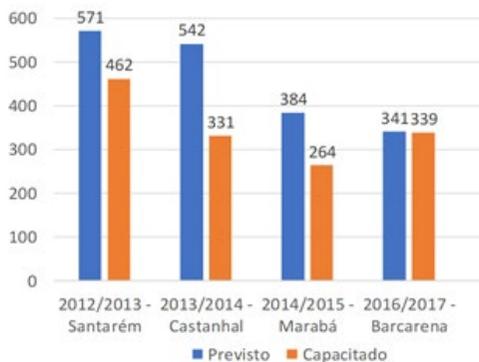
rificou-se posteriormente na região uma reorganização do fluxo de atendimento dos casos suspeitos, com o auxílio da Universidade Federal do Pará com o atendimento de crianças e adolescentes no Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) para diagnóstico de câncer na presença de sinais e sintomas. Essa logística de atendimento foi possível devido a proximidade do município de Castanhal da capital do estado do Pará, onde está localizado o CASMUC.

No período de 2014/2015 o município de Marabá foi contemplado com o Programa. Conforme demonstrado no gráfico 01, houve previsão de 364 participações e verificou-se que 284 profissionais nas diversas categorias funcionais foram capacitados, onde 83% dos profissionais previstos foram inscritos e, destes, 93% foram capacitados. Em dezembro de 2015 foi inaugurado o hospital Oncológico Infantil Otávio Lobo (HOIOL) em Belém, inicialmente com o propósito de ser um anexo do Hospital Ophir Loyola, porém, no momento encontra-se em processo de cadastramento no Ministério da Saúde para Unidade de Alta Complexidade/UNACON com exclusividade em oncologia pediátrica.

A meta de profissionais da ESF a serem capacitados no ano de 2016 em Barcarena de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) totalizou 341, destes, foram capacitados 99,4% (339), sendo 184 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 56 profissionais de enfermagem de nível médio, 28 enfermeiros, 27 médicos da ESF, 25 outros profissionais de nível médio e 19 dentistas.

O gráfico 01 demonstra que nas quatro edições do Programa foram capacitados 1396 profissionais que atuam na ESF, nas diversas categorias profissionais.

**Gráfico 01** - Descrição do quantitativo de profissionais previstos nas capacitações e o número de capacitados, Barcarena, 2017.



**Fonte:** CNES e Fichas de inscrição, 2017.

Em Barcarena, um total de 227 foram avaliados por meio do pré-teste e pós-teste. Os resultados mostraram que 91,2% dos participantes obtiveram pontuação maior no teste após a capacitação, comparados ao pré-teste, indicando melhoria no conhecimento dos participantes quanto aos temas abordados no curso. Do total de participantes não médicos, a grande maioria obteve um número de acertos no pós-teste maior do que no pré-teste (91,94%). Entre os 16 médicos avaliados, a maioria (13) apresentou um número de acertos no pós-teste maior do que no pré-teste (81,25%). Do total de participantes, a grande maioria (91,19%) obteve um quantitativo de acertos maior no pós-teste (tabela 1).

Tabela 01 – Quantitativo de Acertos no pós-teste maior que no pré-teste, realizados pelos profissionais da ESF de Barcarena capacitados, 2017.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Total de participantes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não médicos	211	194	91,94
Médicos	16	13	81,25
TOTAL	227	207	91,19

**Fonte:** Fichas de pré-teste e pós-teste, 2017.

Este estudo demonstrou que houve um número elevado de participações nas quatro edições realizadas no período de 2013 a 2017. Acredita-se que a capacitação de profissionais de saúde quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil é de extrema importância visto a especificidade da área oncológica, que não faz parte, na maioria das vezes da grade curricular dos cursos de graduação. Sobre isso, um estudo realizado por Amador et al. (2011), com o objetivo de identificar a concepção dos enfermeiros que trabalham em oncologia pediátrica a cerca de como a capacitação nessa área e a busca pelo conhecimento influenciam a vida profissional, aponta que há dificuldades em atuar na área e de produzir um cuidado ampliado à criança com câncer a partir do ensino da graduação.

Vale ressaltar a participação dos ACS nas capacitações e sua grande importância para o processo de disseminação do conhecimento e atuação em áreas e municípios de difícil acesso. Além disso, estes profissionais estão em contato direto com a comunidade, e se os mesmos estiverem capacitados podem oferecer uma busca ativa de casos suspeitos de forma mais breve.

Sobretudo, vê-se como um ponto negativo a baixa adesão dos profissionais médicos nas capacitações, mesmo adequando em vários momentos os dias e horários dos cursos com a rotina profissional deles. Entretanto, esta dificuldade não é exclusiva do estado do Pará, e sim, uma queixa constante dos coordenadores dos

Programas de todo Brasil. Devido isso, em 2019 haverá uma mudança na metodologia do Programa onde haverá a possibilidade em realizar a capacitação de acadêmicos de medicina a partir do quinto semestre de curso, vislumbrando formar profissionais já capacitados e aptos a suspeitar de casos de câncer infanto-juvenil.

A maioria das ações relacionadas ao controle do câncer depende da formação de qualidade dos profissionais de saúde, para que sejam capazes de prevenir, diagnosticar, tratar, evoluir e saber notificar os casos de câncer (Amador et al., 2011). Para tentar resolver o problema da deficiência no conhecimento dos profissionais no nível de formação acadêmica, acredita-se que o local primordial para o desenvolvimento de ações e capacitações é a Atenção Primária a Saúde (APS), que tem na ESF o principal modelo de atenção. Entretanto, vários estudos reforçam o número insuficiente de capacitações periódicas, mostrando a necessidade de Educação em Permanente para os profissionais da ESF. Essas ações devem ser incluídas na gestão e no planejamento dos serviços, enfatizando a temática da detecção precoce e diagnóstico do câncer infanto-juvenil (Teixeira et al., 2017).

Quanto ao conhecimento dos profissionais demonstrados nos pré e pós-testes, define-se, neste estudo, como satisfatório o aumento no número de acertos apresentados nos impressos. No estudo de Amorim, Carizzi & Brandão (2016) que teve como objetivo verificar o conhecimento e dificuldade dos profissionais de saúde da atenção básica quanto ao diagnóstico precoce das doenças oncológicas da infância, realizado em dois Centros de Saúde da região administrativa do Gama/DF, com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que atuam diretamente no atendimento das crianças na atenção básica, aponta o quanto esse conhecimento é deficiente na equipe de saúde.

Portanto, o presente estudo apresenta dados que demonstram a necessidade de realização de capacitações ao maior número de profissionais da atenção básica, em vistas a possibilidade de aumento do número de casos suspeitos, e, conseqüentemente, mais casos diagnosticados em fase inicial, justificando a necessidade de Programas como o Diagnóstico Precoce do Câncer.

## Conclusões

Foi possível constatar que as capacitações forneceram condições aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica dos municípios para identificação precoce dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, deste modo reduzindo o tempo entre o surgimento destes e o encaminhamento para um serviço especializado aumentando a probabilidade de cura, para tanto, a parceria entre as instituições participantes estabelece a construção destes fluxos mais ágeis.

A extensão acadêmica como ação da universidade que transcende os muros físicos, proporciona, não só à comunidade, mas em todos os envolvidos, conhecimento. Conhecimento esse que se renova, aguça, articula e traz resultados. É importante destacar também, que projetos desta natureza ao proporcionarem a integração e atuação de alunos de duas subunidades acadêmicas (medicina e enfermagem), possibilitam vislumbrarmos a formação da equipe multidisciplinar para a prevenção do câncer infanto-juvenil, bem como, contribui de maneira grandiosa para formação da carreira profissional, pois o conhecimento de temas e assuntos poucos discutidos na academia proporciona subsídios para prestação de uma assistência de qualidade e integral a criança e ao adolescente, e sobre tudo para o diagnóstico precoce, através do reconhecimento dos sinais e sintomas deste tipo de câncer.

A atuação de acadêmicos também em projetos que trazem contato com o sistema de saúde e profissionais já atuantes contribui de forma grandiosa para a vida acadêmica e formação de caráter dos futuros profissionais. Projetos de relevância pública, com temas abordados em carga horária curricular corrida proporciona ótimo subsídio para prestação de uma assistência integral e de qualidade a criança e ao adolescente. A universidade enquanto agente transformador não deve se ausentar da responsabilidade de continuar levando a sociedade atualização e capacitação.

## Referências

Altenfelder, A. H. (2005). Desafios e tendências em formação continuada. **Constr. psicopedag.** [online]v.13 n.10 São Paulo.

Amador, D.D.; Gomes, I.P.; Coutinho, S.E.D.; Costa, T.N.A.; Collet, N.(2011). Concepção dos Enfermeiros acerca aa Capacitação no Cuidado à Criança com Câncer. Texto Contexto **Enferm, Florianópolis**, Jan-Mar; 20(1): 94-101.

Amorim, A. A.; Carizzi, C. K. O.; Brandão, E. C. (2016). Dificuldade dos profissionais de saúde no reconhecimento precoce das doenças oncológicas na infância. **Revista de Enfermagem da Faciplac**. Capa > v. 1, n. 1.

Brasil ( 2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro.

Brasil.(2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde.

Cecilio, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1997, vol.13, n.3, pp.469-478.

Fermo, C.V.etal. (2014). O diagnóstico precoce do câncer infanto juvenil: o caminho percorrido pelas famílias. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem** [online], vol.18, núm.1, pp.54-59 Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Garnelo, L; Sousa, Abl; Silva, Co. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 22(4):1225-1234.

Heufemann, N. E. C.; Schweickardt, J. C. ; Lima, R T S ; Farias, L. N. ; Moraes, T. L. M. (2016). A produção do cuidado no longe muito longe: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia ... In: Feuerwerke, L.C.M.; Bertussi, D.C.; Merhy, E.E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1ed.Rio de Janeiro: Hexis, v. 2, p. 102-113.

Heufemann, N. E. C.; Lima, R T S ; Schweickardt, J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o longe muito longe transformado pelas Redes Vivas .... In: Merhy, E.E.; Baduy, R. S.; Seixas, C. T.; Almeida, D. E.S.; Júnior, H.S. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1ed.Rio de Janeiro: Hexis, v. 1, p. 332-335.

Instituto Nacional de Câncer (2011). **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**/Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. 2.ed.rev. ampl.Rio de Janeiro: Inca.

Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874.

Schweickardt, J. C. ; Lima, R T S. ; Simoes, A. L. ; Alves, V. P. ; Freitas, C. M. (2016). Território na Atenção Básica: Abordagem da Amazônia Equidistante. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A., Campos, J. D. P.; Culau, Wottrich; L. A.F.; Kessler, L.L. (Org.). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 101-131.

# Conhecimento dos enfermeiros da Atenção Básica quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil

10

*Fabíola Mayara Pereira Andrade  
Nayara Carneiro Corrêa  
Elisângela da Silva Ferreira*

As neoplasias malignas, segundo Teixeira (2007), são patologias caracterizadas por alteração do ciclo celular, que podem ser resultados de epigenética, a etiologia é diversa, os fatores podem ser virais, químicos, físicos e hereditários podendo ocorrer em qualquer parte do corpo. O câncer infanto-juvenil é a primeira causa de morte por doença na faixa etária de 1 (um) a 19 (dezenove) anos. No Brasil, nos anos de 2016 e 2017, estima-se que ocorreram cerca de 13.000 (treze mil) casos novos de câncer infantil ao ano. Nas regiões sudeste e nordeste apresentaram as maiores taxas, cerca de 6.000 (seis mil) e 3.000 (três mil) novos casos, respectivamente (Brasil, 2016). No Brasil e no mundo, o câncer infanto-juvenil é considerado um problema de saúde pública devido à alta taxa de mortalidade, custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e ao tratamento, bem como o impacto emocional vivenciado pela criança/ adolescente e sua família (Silva, 2013).

Por ter uma progressão rápida, muitos dos casos são diagnosticados em estágios avançados, diminuindo bastante as chances de cura. Surge então a necessidade de ter profissionais da saúde mais atentos para detecção precoce dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil (Azevedo et al., 2012).

Hoje, já se sabe que o impacto do diagnóstico precoce no câncer infanto-juvenil está em proporcionar o início rápido do tratamento em centros especializados, pois os dois terços dos cânceres infantis são considerados curáveis, se o diagnóstico for precoce e o tratamento administrado for adequado ao tipo de câncer (Azevedo et al., 2012, p. 2693).

A atenção primária é considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e responsável por solucionar grande parte das demandas. No que tange a saúde da população brasileira, espera-se que a assistência oferecida por esse nível de atenção seja eficiente afim de que se possa diminuir a demanda de crianças e adolescentes que chegam à assistência especializada de forma tardia (Azevedo et al., 2012, p. 2693).

Azevedo et al. (2012) afirmam que uma equipe de saúde da atenção primária qualificada é determinante no processo de diagnóstico do câncer infanto-juvenil. Contudo, é essencial que a atenção primária, possua uma equipe qualificada, que facilite o acesso desse indivíduo às ferramentas de diagnóstico, para que o resultado seja em tempo oportuno, oferecendo maiores chances de um prognóstico positivo.

Nos países desenvolvidos, a taxa de cura do câncer na criança e no adolescente supera os 70%. No entanto, no Brasil, dados oficiais dos registros hospitalares de câncer mostram que o país está aquém dessas cifras. Pode-se atribuir essa defasagem à demora na suspeita do diagnóstico que, se fosse realizado precocemente, agilizaria o encaminhamento dos pacientes, e à qualidade do tratamento oferecido, tornando as condições bastante diferentes nesse imenso território (Brasil, 2011a, p.8).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o enfermeiro tem como atribuição realizar a assistência de forma integral aos indivíduos e às famílias que estão adscritas à ESF, às que buscam atendimento nas unidades básicas, nas visitas domiciliares e nos demais espaços comunitários onde tenha contato com a comunidade (Brasil, 2011a). Dessa forma, percebe-se que a atenção básica atuando com qualidade contribui para a eficácia e rapidez da detecção precoce do câncer infanto-juvenil e consequentemente para um rápido encaminhamento à assistência especializada.

## Redes de atenção à saúde

Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, onde foram estabelecidas diretrizes para a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS's são definidas como: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (Brasil, 2010a, p. 87).

Segundo a Portaria nº 4.279 a atenção primária em saúde é o primeiro nível de atenção, é a porta de entrada para o serviço e possui uma equipe multiprofissional. Tem como função ser o ponto de comunicação da RAS, funcionará como ordenadora do fluxo de atendimento e coordenadora do cuidado (Brasil, 2010). Entretanto, o serviço oferecido pela atenção primária não é o suficiente para suprir as necessidades da população, logo precisa ser apoiada por pontos de atenção distintos, constituídos por recursos tecnológicos mais densos para então oferecer serviços especializados com qualidade e tempo oportuno (Brasil, 2010).

Contextualizando com o paciente oncológico, será no segundo nível de atenção à saúde que o paciente até então com suspeitas de câncer, será definitivamente

te diagnosticado, através de consultas com especialistas e realização de exames específicos. Apenas com o resultado dos exames em mãos e diagnóstico de câncer, o paciente poderá seguir o fluxo de atendimento e iniciar o tratamento na alta complexidade. Brasil (2007) define a alta complexidade como o conjunto de procedimentos e recursos de densidade tecnológica elevada e de custo altíssimo, que busca oferecer a população serviços especializados e qualificados. O tratamento oncológico é realizado no terceiro nível de atenção à saúde, porém, apenas depois de percorrer os demais níveis.

Portanto, é possível notar o quanto essencial é o funcionamento das RAS de maneira satisfatória, eficaz e eficiente, pois se por falta de resolutividade o paciente oncológico estagnar em um dos níveis de atenção primário ou médio, compromete drasticamente o tratamento desse indivíduo (Brasil, 2007).

Em 2005 foi instituída a Portaria nº 2.439 a qual implanta a Política Nacional de Atenção Oncológica onde estabelece promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para o câncer. Foram levados em consideração os elevados índices da doença, os custos para o serviço prestado da alta complexidade, a necessidade de oferecer melhorias e facilitar o acesso ao atendimento, oferecer um serviço que atenda integralmente o paciente oncológico (Brasil, 2007).

## **Câncer infanto-juvenil**

Brasil (2017) diz que nos últimos 40 (quarenta) anos a melhora no tratamento do câncer infanto-juvenil foi bastante expressivo. Em torno de 80% (oitenta por cento) das crianças e adolescentes com câncer tem chances de cura se diagnosticados com antecedência e encaminhados aos centros especializados para a realização do tratamento em tempo oportuno. Polock e Knudson Júnior (2006 apud Brasil, 2011a, p.53) afirmam que o câncer infanto-juvenil diverge em vários aspectos do câncer na fase adulta ocorre em uma faixa etária rara 0 (zero) a 19 (dezenove) anos, aumentando ainda mais essa diferença na origem biológica, fatores de risco, tipos histológicos, sítio anatômico e até nas respostas ao tratamento.

Não existe exame de rotina específico que possa ser feito para se detectar precocemente o câncer na criança, como existe para os adultos. O importante é que as crianças sejam assistidas periodicamente por profissionais de saúde e que os responsáveis a levem à consulta se suspeitarem de qualquer sinal que a criança apresente (Reis, Dias & Mazzaia, 2009).

Os principais grupos de neoplasias em crianças e adolescentes são: as leucemias agudas, linfomas, massas abdominais, tumores do sistema nervoso central, tumores oculares, tumores ósseos e tumores de partes moles (Brasil, 2011a). Rodri-

gues & Camargo (2003) acrescentam dizendo que os tumores oculares, especificamente, na maioria das vezes têm origem embrionária ou hereditária.

Em alguns casos atinge somente um olho e acomete crianças menores de três anos de idade. Alguns dos seus sintomas são: leucocoria, que é um sintoma visível e pode ser observado em fotos que são utilizadas com flash, estrabismo e deformação do globo ocular. Para Brasil (2011a) os sinais e sintomas dos tipos de câncer infanto-juvenil, inespecíficos, constitucionais e generalizados são: febre, emagrecimento, sangramentos anormais sem causa definida, palidez cutâneo/mucosa, dor generalizada e adenomegalia.

Especifica alguns dos sinais e sintomas conforme o tipo de câncer: febre nos casos de leucemia e linfoma, vômito nos casos de massa abdominal e tumor cerebral, constipação nos casos de massa abdominal, tosse em casos de massa mediastinal, dor óssea ou muscular em casos de leucemia, tumor ósseo e neuroblastoma, dor de cabeça em casos de tumor cerebral, linfadenopatia (> 2 cm) surgem nos quadros de leucemia, linfoma e doença metastática, hematúria nos quadros de tumor de Wilms (Brasil, 2011a). Ter profissionais preparados para identificar esses sinais e sintomas é primordial para o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil. Dessa forma, Brasil (2011a) diz ser essencial que a contextualização dos achados clínicos da criança e do adolescente com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução, além de outros dados, para que seja possível fazer uma suspeita correta e concreta. Sendo assim, conduzir o caso de maneira rápida e eficaz evita uma longa espera até o diagnóstico.

Fermo *et al.* (2014) ressaltam a dificuldade em diagnosticar o câncer infanto-juvenil, pois os sinais e sintomas são pouco específicos, o que acarretará no encaminhamento tardio de muitas crianças aos centros de tratamento. Quando o paciente pediátrico oncológico, por fim, recebe a assistência apropriada encontram-se em estado avançado da doença, o que irá diminuir consideravelmente as chances de cura.

Reconhecer os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil não é uma tarefa simples, pois podem ser facilmente confundidos com sintomas das doenças benignas comuns na infância. Sendo assim Brasil (2011 a, p. 54) diz que “por esse motivo, é essencial que se contextualizem os achados clínicos com a idade, sexo, associação de sintomas, tempo de evolução e outros dados para que se possa fazer uma suspeita correta e conduzir o caso de maneira rápida e eficaz”.

A peregrinação feita pelos familiares em busca de solução para o diagnóstico de suas crianças e adolescentes, mostram que as famílias recorrem a vários recursos, procuram diversos profissionais de saúde, consultam médicos de diversas especialidades, esperam meses por exames e inúmeras internações até o diagnós-

tico ser fechado e poder iniciar o tratamento, esse processo pode durar de 6 (seis) meses a 1 (um) ano (Fermo *et al.*, 2014).

Segundo Grabois, Oliveira e Carvalho (2016), no que tange os tipos de acessibilidade em saúde é evidente que as diversas características territoriais, suas particularidades sócio-demográficas e organização dos serviços de saúde podem tanto auxiliar quanto dificultar o diagnóstico e os tratamentos de pessoas acometidas por algum tipo de câncer. Após o diagnóstico precoce vem a fase do tratamento, que ocorre nos centros especializados que colaboram positivamente para um prognóstico positivo do câncer infanto-juvenil (Brasil, 2011a).

## **Metodologia do estudo**

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, transversal de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em unidades básicas de saúde do município de Belém, especificamente nas que realizam atendimento de urgência e emergência, localizadas nos bairros da Marambaia; Jurunas; Tapanã; Telégrafo; Outeiro; Sacramento; Benguí I e Icoaraci. O motivo da escolha deve-se ao fato de que são nessas unidades que ocorrem os primeiros atendimentos de crianças e adolescentes com sinais e sintomas que acometem a saúde, portanto necessitam de profissionais com condições para realizarem o diagnóstico precoce.

A pesquisa foi realizada com 25 (vinte e cinco) enfermeiras que atuam nas unidades de saúde municipais de Belém que se propuseram a preencher o questionário. Foram excluídos os enfermeiros que atuam em cargos administrativos, os que não realizavam assistência aos usuários do sistema de saúde e os que se encontravam de férias ou licença saúde, além dos que se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta deu-se através da aplicação de um questionário elaborado pelas pesquisadoras. Esse instrumento foi confeccionado com base em uma leitura prévia do livro intitulado "Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente", confeccionado e publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de orientar profissionais da atenção básica para que os mesmos conheçam os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil e auxiliem no diagnóstico precoce.

O questionário conta com duas partes: a primeira solicita informações quanto ao perfil acadêmico e profissional dos enfermeiros e a segunda contém afirmações sobre os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, para serem assinalados como verdadeiras ou falsas pelos participantes.

Os enfermeiros foram abordados nos seus respectivos locais de serviço com uma breve apresentação do estudo. Logo em seguida, foram convidados a participar e, ao aceitarem o convite, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento

livre e esclarecido para dar início à pesquisa. A entrevista foi realizada em local escolhido pelos profissionais, com garantia de conforto e privacidade dos entrevistados.

Para armazenamento e tabulação de dados foi utilizado o programa Excel e a análise através de estatística descritiva utilizando moda, mediana, número absoluto e relativo. A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução 466/2012 que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. O projeto dessa pesquisa foi encaminhado à Secretaria de Saúde Municipal de Belém - SESMA para autorização e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará através do parecer nº 1.988.997.

Os riscos dessa pesquisa são: constrangimento, quebra de sigilo e anonimato. Para minimizar os riscos, os participantes foram informados que poderiam desistir de participar a qualquer momento se sentissem incomodados e/ou constrangidos. Além disso, seus nomes não serão revelados, sendo utilizadas numerações para cada participante. Para que se reduzam os riscos os pesquisadores garantem agir com ética e verdade para com a pesquisa, não havendo discriminação na escolha dos indivíduos nem a exposição a riscos desnecessários.

Ao descrever o conhecimento dos enfermeiros quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, tem-se a oportunidade de avaliar a necessidade de mais capacitações relacionadas ao tema, melhorar o diagnóstico precoce e aumentar a taxa de cura entre crianças e adolescentes com câncer.

## **Resultados e discussão**

A apresentação e discussão dos resultados deste estudo estão organizadas em três etapas: na primeira é descrito o perfil profissional dos participantes; na segunda o percentual de acertos dos enfermeiros, sobre os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil; e, na terceira o interesse dos enfermeiros quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil para o diagnóstico precoce.

Foram convidados a participar 32 (trinta e dois) enfermeiros, mas fizeram parte desse estudo 25 (vinte e cinco) enfermeiros, visto que 7 (sete) deles se recusaram a participar. Vale ressaltar que a recusa se deu após mencionado o tema e objetivo do estudo, alguns profissionais alegaram que o assunto abordado não tinha relação com suas atividades profissionais, nos remetendo a idéia de que os mesmos não conhecem sobre suas responsabilidades e atribuições no que diz respeito ao diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil, como descrito pelo INCA. Ressalta-se, também, a dificuldade ocorrida durante a coleta de dados, tanto pelo tempo de espera quanto pelo descaso e rispidez dos profissionais participantes.

Quanto ao perfil profissional, observou-se que todas eram do gênero feminino, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária de 20 (vinte) a 29 (vinte e nove) anos, como podemos observar na Tabela 1. Verificou-se idade média dos participantes de 40 (quarenta), mediana 39,5 (trinta e nove vírgula cinco) e moda 28 (vinte e oito) anos.

Azevedo et al. (2012) tiveram como objetivo identificar o conhecimento de profissionais da atenção primária sobre a identificação precoce do câncer infanto-juvenil, observaram que a idade dos profissionais variou de 30 (trinta) à 61 (sessenta e um) anos, pouco acima do encontrado nesse estudo. Entretanto, semelhante a essa pesquisa, quanto ao tempo de atuação do enfermeiro na atenção básica, os autores apontam que a maior parte destes sujeitos possui bom tempo de formação, atuando na ESF há mais de 15 (quinze) anos.

A predominância da faixa etária encontrada nesse estudo também foi verificada em uma pesquisa realizada em Cuiabá, por Corrêa et al. (2012), onde 26% (vinte e seis por cento) dos enfermeiros da atenção básica estão na faixa etária de 26 (vinte e seis) a 30 (trinta) anos.

Esses autores encontraram resultado diferente deste estudo, no que diz respeito ao tempo de formação dos enfermeiros, mostrando que o tempo decorrido desde a conclusão da graduação variou entre menos de 5 (cinco) anos-48% (quarenta e oito por cento) a mais de 25 (vinte e cinco) anos de formado- 15% (quinze por cento), demonstrando que, na região onde foi realizado o estudo, a maior parte do corpo de enfermeiros é composta por profissionais com pouca experiência na área.

**Tabela 1- Perfil profissional dos Enfermeiros das Unidades de Saúde do Município de Belém, 2017.**

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	N (25)	F (%)
Gênero	Masculino	0	0
	Feminino	25	100
Faixa etária	20 a 29 anos	07	28
	30 a 39 anos	06	24
	40 a 49 anos	06	24
	50 a 59 anos	05	20
	> 60 anos	01	4
Tipo de instituição superior quanto a sua administração	Pública	22	88
	Privada	03	12
Tempo de formação na graduação	< 1 ano	01	01
	Entre 1 e 5 anos	04	04
	Entre 6 a 9 anos	07	07
	> 10 anos	13	13

Especialização	Sim	24	96
	Não	01	4
Tempo de atuação na Atenção Básica	< 1 ano	03	12
	Entre 1 e 5 anos	07	28
	Entre 6 a 9 anos	02	8
	> 10 anos	13	52

**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017

A Tabela 1 mostra, também, que 88% (oitenta e oito por cento) dos enfermeiros realizaram sua graduação em instituições públicas e 55% (cinquenta e dois por cento) tinham mais de 10 (dez) anos de formados. Além disso, o estudo identificou que 96% (noventa e seis por cento) possuía alguma especialização na área da saúde, sendo que 29% (vinte e nove por cento) eram especialistas em saúde pública.

Silva. (2013) observaram em seus estudos um maior número de profissionais com menos de 5 (cinco) anos de formado, indicando pouca experiência profissional nos trabalhadores dessa área. Pode-se pensar que quanto mais tempo de serviço maior a experiência do profissional. O mesmo autor continua dizendo que a ESF funciona como uma forma de ingresso na carreira de médicos e enfermeiros recém-graduados, através de incentivos dados pelo Governo Federal através de programas como o de valorização do profissional da atenção básica e mais médicos.

O que se encontra na grande maioria dos estudos é a predominância do gênero feminino na atuação do enfermeiro tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade. Essa afirmação é evidenciada por Teixeira et al. (2006) que afirmam a maior frequência do sexo feminino, reforçando o contexto histórico da enfermagem, evidenciadas nas práticas que envolvem o cuidado.

Montenegro (2010) afirma que o ensino da saúde realizado nas instituições públicas é direcionado para a inserção dos profissionais nos serviços públicos de saúde, particularmente, na atenção primária, o que podemos observar nesse estudo. Esse resultado é reforçado com a ideia de Schwartzman e Castro (1991 apud Montenegro, 2010) que dizem que o conteúdo programático dos cursos de enfermagem das instituições públicas de ensino apresenta disciplinas com foco no SUS e na saúde pública.

No que concerne a iniciativa de buscar um aperfeiçoamento profissional, corroborando com esse resultado, Silva et al. (2013) dizem que foi grande a diversidade de cursos de pós-graduação frequentados pelos profissionais que participaram do seu estudo, especialmente na área de Saúde Coletiva. Esses autores afirmam que esta especialidade proporciona uma maior preparação e

capacitação para atuar na estratégia saúde da família.

Acredita-se que, por algumas vezes, os cursos de pós-graduação são procurados por enfermeiros na tentativa de suprir a deficiência encontrada ao assumir cargos que exijam conhecimentos mais específicos, visto que, algumas áreas não são contempladas na área curricular nos cursos de graduação, como é o caso da oncologia pediátrica. Sobre isso, Gabrielli (2004) afirma que as várias mudanças curriculares que ocorrem com cursos de graduação em Enfermagem, na sua grande maioria, não são analisadas na realidade profissional dos enfermeiros e avaliadas em relação ao seu impacto, uma vez que na literatura são escassos os estudos de acompanhamento de egressos pelas universidades.

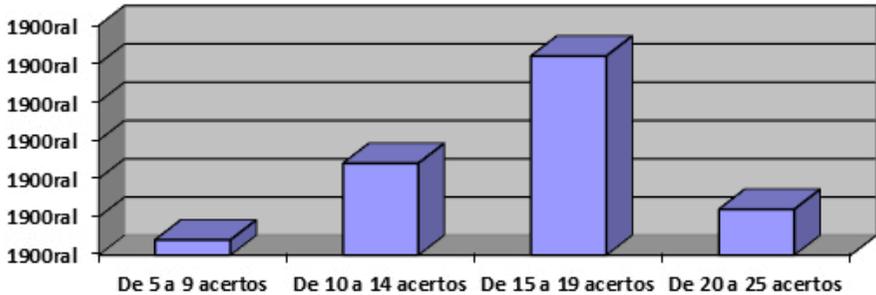
Uma das atribuições do enfermeiro da ESF é realizar uma assistência integral às famílias que são adscritas, tanto na unidade básica quanto em visitas domiciliares. Para tanto, o enfermeiro, junto a sua equipe de enfermagem ou com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), na consulta de enfermagem e em sua visita domiciliar, pode identificar sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, o que contribui para um acesso mais rápido ao atendimento médico (Brasil, 2011b).

O estudo realizado por Silva, F. et al. (2013) afirmam que, a atenção primária funciona como a oportunidade do primeiro emprego para os recém-graduados, devido aos inúmeros programas de atenção à saúde, realizados pelo Governo Federal e pelo fato de não exigir pós-graduação para ocupação dos cargos. Por isso, acredita-se que há a necessidade de incluir o tema na grade curricular dos cursos superiores de enfermagem para que os profissionais recém-formados possuam um mínimo de conhecimento para a identificação dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil.

Para identificar o conhecimento do enfermeiro sobre os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil para o diagnóstico precoce, este estudo utilizou como método o preenchimento de um questionário contendo 25 (vinte e cinco) questões sobre o tema. Cada questão continha uma afirmação para ser sinalizada por "V" se julgasse verdadeira e "F" se falsa.

Conforme mostrado no Gráfico 1, observou-se que 52% (cinquenta e dois por cento) tiveram de 15 (quinze) a 19 (dezenove) acertos, apenas 3 (três) participantes acertaram mais de 20 (vinte) questões. A média de acertos foi de 15 (quinze) questões. Mesmo verificando-se que uma parcela dos enfermeiros acertou boa parte dos questionamentos contidos no instrumento, 36% (trinta e seis por cento) destes acertaram menos que 14 (quatorze) questões, o que pode nos remeter a ideia de que esses profissionais têm conhecimento superficial sobre o tema, visto o nível de dificuldade muito baixo das questões.

### Gráfico 1 - Percentual de acertos dos enfermeiros da atenção básica do município de Belém sobre os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, 2017.



**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017.

Em um estudo semelhante, que tinha como público alvo médicos e enfermeiros, realizado por Silva et al. (2013) mostrou que, a média de acertos foi de 28 (vinte e oito), para um total de 45 (quarenta e cinco) questões, sendo que os médicos apresentaram maior assertividade sobre o assunto em relação aos enfermeiros, com a diferença estatisticamente significativa.

Nesse mesmo estudo, no tocante às dificuldades vivenciadas pelos profissionais médicos e enfermeiros na ESF, 41% (quarenta e um por cento) relacionaram a dificuldade para identificar crianças suspeitas a falta de estrutura das unidades básicas de saúde e quase 10% (dez por cento) a falta de treinamentos que capacitassem os profissionais.

Para Azevedo et al. (2012) a educação permanente pode ser considerada como um dos fatores mais importantes para dar suporte e capacitar os profissionais a chegar à detecção precoce do câncer infanto-juvenil. Para esses autores, é a partir destes conhecimentos que os profissionais reconhecerão os sinais e sintomas e se atentarão para a possibilidade de neoplasia logo de início.

Sabe-se que o conhecimento é algo que deve ser sempre buscado, visando a melhora da assistência prestada. Confirmando o argumento anterior Silva e Seiffert (2009) afirmam que devido o processo educativo ser contínuo, é importante uma revisão constante, pois conhecendo a vivência dos enfermeiros de unidades em relação às estratégias de Educação Continuada, é possível analisar a sua adequação e eficácia, bem como destacar os pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria.

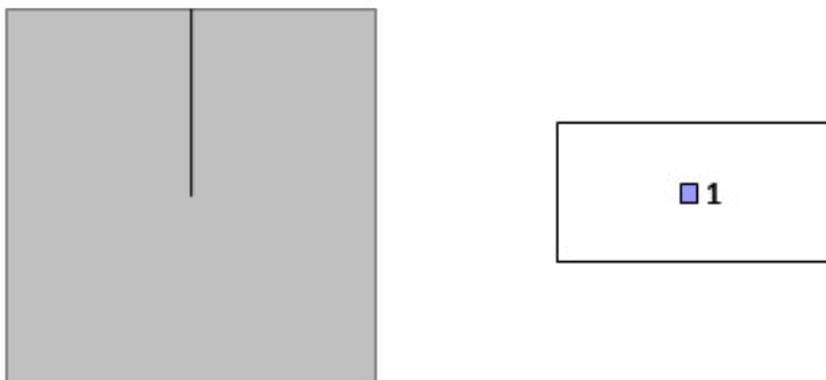
A área da saúde passa por diversos avanços no conhecimento, através de pesquisas e novas tecnologias. Desta forma, segundo Ortega et al. (2015), “é essencial que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação acadêmica, tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas”.

Fermo et al. (2014) apontam que os profissionais da saúde precisam identificar os sinais de alerta do câncer infanto-juvenil e que, para isso, é necessária a constante atualização das equipes nos diferentes níveis de complexidade, a fim de ampliar seus conhecimentos e direcioná-las para uma conduta adequada.

Portanto, acredita-se que, apesar do câncer infanto-juvenil estar relacionado a uma especialidade pediátrica e oncológica, o enfermeiro, como cuidador integral da saúde e assistente, deve estar capacitado a reconhecer os sinais e sintomas de agravos nas crianças, visto a necessidade de encaminhar o caso ao médico para avaliação e solicitação de exames.

O acolhimento e a classificação do risco de gravidade nessa população poderão ser feitos pelo profissional que irá dar continuidade ou descarte na investigação, possibilitando um diagnóstico precoce ou tardio, dependendo da sua conduta.

## **Gráfico 2 - Interesse dos enfermeiros quanto aos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil para o diagnóstico precoce, 2017.**



**Fonte:** Instrumento de coleta de dados, 2017.

Acredita-se que o enfermeiro, atuante na Atenção Primária, é um profissional que deve estar capacitado para reconhecer os sinais e sintomas das doenças prevalentes na infância, por meio do AIDPI (Atenção integrada às doenças prevalentes na infância) e análise de resultados de exames solicitados, de modo que possibilite o encaminhamento ao profissional médico e, posteriormente, ao especialista, se for o caso, para que este realize o diagnóstico. Para tanto, esse profissional deve interessar-se em conhecer os sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, visto que, pode colaborar na identificação precoce da doença. Entretanto, este estudo demonstra que 24% (vinte e quatro por cento) dos enfermeiros (n=6) não possuem interesse pelo tema, dado esse preocupante, pela relevância aos profissionais que realizam assistência na Atenção Básica, como citamos anteriormente.

Em um estudo realizado por Barros et al. (2016) sobre o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária, quanto à identificação dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil, mostrou-se indispensável o processo de qualificação desses profissionais e a necessidade de capacitações.

A portaria de nº 278 de 27 de fevereiro de 2014 institui a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), a qual considera que a Educação Permanente seja um meio imprescindível de aprendizagem para o trabalhador da área da saúde (Brasil, 2014b).

Para tanto, os enfermeiros devem reconhecer a necessidade de atualizar seus conhecimentos e buscar estudos recentes sobre o câncer infanto-juvenil, a fim de contribuir com o aumento da chance de cura e sobrevivência das crianças e adolescentes acometidos pela doença. Portanto, sabe-se que o enfermeiro é um dos profissionais mais importantes no diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil devido à sua capacidade de assistência direta à criança e sua responsabilidade no gerenciamento e coordenação da equipe de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem. Além de que, realiza consulta de enfermagem, por meio da anamnese e exame físico, coletando dados essenciais para o planejamento da assistência, selecionando os casos prioritários e que necessitam de investigação e elucidação de questões e problemas de saúde.

## Considerações finais

Constatou-se que há um número considerável de enfermeiros atuantes da atenção básica de Belém-PA, que possuem dificuldades ou não são capazes de associar sinais e sintomas ao câncer infanto-juvenil, embora a maioria tenha interesse pelo tema. Os enfermeiros participantes da pesquisa são profissionais com tempo de serviço maior que um ano e a maioria possui especialização, seja em saúde pública ou em outra área. O perfil profissional predominantemente foi: gênero fe-

minino, atuantes na atenção primária à saúde, a idade média dos participantes de 40 (quarenta) anos, oriundas do ensino superior público e com mais de 10 anos de formadas. Com esse estudo percebeu-se também que a maioria das enfermeiras participantes da pesquisa possuem interesse pelo tema, entretanto não buscaram ou não tiveram acesso aos cursos de especialização ou treinamentos.

Sugere-se que, a partir desse estudo, a gestão assistencial e educacional repense a necessidade de garantir e contribuir com a formação de profissionais capacitados para a suspeita de casos e identificação dos sinais e sintomas do câncer infanto-juvenil.

## Referências

Azevedo, M. et al. (2012). **Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce do câncer infanto-juvenil**. Rio de Janeiro, RJ. v. 4, n. 3, p. 2692-2701.

Barros et al. (2016). Fique atento: pode ser câncer! a tele-educação na suspeição precoce do câncer infantil. In: **Congresso Internacional De Tecnologia Na Educação**. 2016, Recife. Anais do 14º Congresso Internacional de Tecnologia na Educação,

Brasil. (2017). **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**.

\_\_\_\_\_. (2007). Ministério da Saúde. **Assistência De Média E Alta Complexidade no SUS**. 1. Ed. Brasília - DF.

\_\_\_\_\_. (2017). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**.

\_\_\_\_\_. (2011a). Ministério da saúde. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. 2. Ed. Rio de Janeiro, RJ.

\_\_\_\_\_. (2017). Instituto Nacional Do Câncer. Tipos de Câncer infanto-juvenil. **Tipos de câncer**. Ministério da Saúde. Câncer Infantil. 2016.

\_\_\_\_\_. (2017). Instituto Nacional De Câncer. **Como é o processo de carcinogênese**. Ministério da Saúde. Câncer. 2017. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=319](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319) . Acessado em: 02 set.

\_\_\_\_\_. (2017b). **Portaria nº 278, de 27 de Fevereiro de 2014**.

Corrêa, Á. et al. (2012). Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.1,p.171-180,jan-març.

Fermo, V. et al. (2014). O diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil: o caminho percorrido pelas famílias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.1, Jan/Mar.

Gabrielli, M. (2004). **Formação do Enfermeiro**: Buracos negros e pontos de luz. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,

Grabois, M. (2016). **Acesso à assistência oncológica infantil no Brasil**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011, p.18-19. Disponível em: [bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2617](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2617). Acesso em: 10 ago.

Montenegro, L.(2010). **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010**. 98f.Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Ortega, Maria et al. (2015). Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.23, n.3,p.404-410, Maio-Jun.

Reis, J; Dias, S.; Mazzaia, M. (2009). A assistência da criança na atenção básica e sua relação com o diagnóstico tardio do câncer infantil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano VII, n.20.

Rodrigues, K.; Camargo, B. (2003). Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 29-34.

Silva, F. et al. (2017). **O Conhecimento de médicos e enfermeiros da ESF quanto à detecção precoce do câncer infanto-juvenil**. RN, 2013.

Silva, G; Seiffert, O.(2009). Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p. 362-366.

Teixeira, E. Et al. (2006). Enfermagem. In: Haddad, A. E.; et al. (Org.) **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, p. 141-168.

Teixeira, M. (2007). Explicação diversa para a origem do câncer, com foco nos cromossomos, e não nos genes, ganha corpo no establishment científico. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo. n. 4, p. 664-676, dez.

# Educação em saúde através da fisioterapia respiratória em uma filarmônica municipal no interior da Amazônia

11

*Caroline Amaral Diniz  
Gabriela Amorim Barreto  
Rodrigo Luis Ferreira da Silva  
Júlia Maria Nazaré da Silva*

Todos os seres vivos são partícipes de processos educativos, dentre eles os seres humanos, que vivenciam experiências de aprendizagem nos diversos setores que interagem. Pois, sabe-se que a educação não se restringe exclusivamente aos bancos de escolas institucionalizadas, muito menos a saúde se realiza unicamente em realidades hospitalares (Matos, 2010). O principal objetivo dos serviços de saúde é a produção de condições que incidam positivamente na qualidade de saúde da população (Pinheiro, 2009). No caso brasileiro, é preciso levar em consideração, ainda, que o conceito de saúde assegurado pela legislação nacional a consistiu em um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado (Assis, 2003), o que dá a esses conceitos a dimensão de diretrizes da política nacional de saúde. Essas considerações põem-se em diálogo com a formação e o trabalho de cada um e de todos os profissionais de saúde, na sua formação e na atuação profissional.

Apesar de serem conhecidos os diversos âmbitos que o fisioterapeuta está inserido, há ainda o errôneo pensamento de ele ser apenas o "profissional da reabilitação", podendo atuar somente a partir do momento que alguma patologia, disfunção, lesão já estejam instaladas. Contudo, com a expansão da profissão, uma nova perspectiva de atuação fisioterapêutica é disseminada: a preventiva (Deliberato, 2002).

Nesse sentido, o fisioterapeuta é um profissional com formação clínica generalista, atuando nas diversas áreas da saúde, como, por exemplo, saúde do idoso, da criança, da mulher, do trabalhador, da família. É um profissional de primeiro contato que avalia e faz diagnóstico fisioterapêutico, além de prescrever, executar o tratamento e encaminhar o paciente à alta ou a outros profissionais se necessário. As ações desse profissional desenvolvem-se em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, estão plenamente habilitados a atuar na promoção de saúde, prevenção de doenças, na cura e na reabilitação (CREFITO-3,

2014). Com ações fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da sinergia funcional, e da cinesia, patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (Coffito, 2017).

Já a Fisioterapia Respiratória atua nas doenças que envolvem o sistema cardiorrespiratório, utilizando como técnicas manobras de limpeza brônquica através de uma associação de exercícios respiratórios com técnicas manuais ou de aspiração, acompanhando ainda os pacientes submetidos à ventilação mecânica. A fisioterapia respiratória contribui com a diminuição do período de internação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e nas enfermarias. O fisioterapeuta pode ainda atuar na saúde coletiva, tendo como atribuição principal a educação, prevenção e assistência coletiva na atenção primária em saúde. Sendo capaz de promover e participar de estudos e pesquisas voltadas para a inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas de saúde (Coffito, 2017; Crefito-12, 2017).

No ano 1996, Egry já afirmava que a saúde coletiva não se tratava de um neologismo ou ainda a tentativa de se modernizar a saúde pública (Egry, 1996). A saúde coletiva é campo de saberes e práticas que produz conhecimentos interdisciplinares e tecnologias e metodologias de abordar a saúde com base em questões levantadas pela Reforma Sanitária, em que se reconhece a conexão da produção de saúde com o corpo social, ou seja, inclui outros fatores de produção de saúde que aqueles da dinâmica biomédica.

Nesse sentido, a educação em saúde está ligada à saúde coletiva, já que a educação em saúde pode ser entendida como promoção de oportunidades educacionais, pensadas para nortear indivíduos sobre saúde, para que estes adotem mudanças em seu cotidiano, buscando melhores hábitos de vida. O fisioterapeuta pode ser meio de comunicação da educação em saúde de forma a atender individualmente ou em grupos (Pickles, 2002).

Dessa forma, a educação em saúde pode atuar em diversos ambientes, como, por exemplo, escola, unidade básica de saúde, locais de trabalho, praças (Campos, 2005). Partindo de tal perspectiva, a educação em saúde deve abranger todas as especialidades da fisioterapia, sendo uma delas a respiratória, atuando em diversos âmbitos da sociedade, como, por exemplo, escolas, hospitais, unidades básicas de saúde e, também, no meio musical.

Desse modo, a comunicação é, para os fisioterapeutas, um meio seguro de satisfação do paciente e, também, um componente essencial do cuidado efetivo e do tratamento. A boa comunicação é primordial não apenas para efetivação da relação fisioterapeuta e paciente, mas para que haja ética nessa relação, pois a finalidade da ação de Educação em Saúde é a transformação. Partindo dessa afirmativa

é possível adentrar as diversas áreas da sociedade para então dividir e multiplicar conhecimentos em saúde (Brasil, 2007 & Sim, 2010).

Dessa maneira, a educação em saúde na fisioterapia deve buscar salientar os benefícios que esta gera ao educando, mostrando as realidades que o corpo humano carrega em si e quão positiva é a interação completa do indivíduo ao saber como seu próprio corpo (ou um sistema específico, nesse caso, o respiratório,) funciona. Nesse sentido, o objetivo da educação não deve ser outro a não ser a pessoa, ajudando o indivíduo a ser ele mesmo junto ao mundo, a ser livre, responsável, dinâmico, comprometido e autêntico com a vida, com o mundo e consigo mesmo (Salci, 2002).

Aprender sobre o sistema respiratório é de grande importância para instrumentistas de sopros, pois reconhecer sua anatomia e executar exercícios que estimulem tal sistema o ajuda a ter melhor desempenho no cotidiano. Já que para exercer sua atividade profissional, estudo, preparação e ensaio, é exigido de maneira diferenciada em seus sistemas musculares e respiratórios, quando comparado às pessoas que não tocam tais instrumentos (Souza, 2009).

Por conseguinte, a educação em saúde pode ter como conceito a promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de uma população no contexto de sua vida cotidiana e não somente das pessoas que correm risco de adoecer, haja vista que o conceito de saúde perpassa um estado de bem-estar positivo e dinâmico, que conversa com os aspectos físicos e mentais, pessoal, ambiental e social e não somente a ausência de doença. Utilizando para tanto tecnologias educativas como, por exemplo, cartilhas impressas, servindo para dar informações e sensibilizar uma população do tema proposto, servindo como caminho para a promoção à saúde, pois a população que recebe tal cuidado participa ativamente da construção de conhecimentos (Machado, 2007 & Benevides, 2016).

Nesse sentido, a educação em saúde, por meio da Fisioterapia Respiratória, busca ressaltar a importância do instrumentista de sopro saber como se dá a anatomia do sistema respiratório, qual a importância de se realizar exercícios respiratórios para melhor desempenho de suas atividades de trabalho ou preparo para esta. Portanto, essa pesquisa teve por objetivo verificar o conhecimento dos instrumentistas de sopro sobre o sistema respiratório antes e após intervenção de educação em saúde. Que se deu a partir de intervenções presenciais, de forma oral e/ou com auxílio de projetor de imagem e dinâmicas - em um grupo de 13 participantes, sempre por 15 minutos, durante dez vezes - que tinha como foco a explicação acerca do sistema respiratório e exercícios respiratórios. Sendo comparado ao segundo grupo, também com 13 participantes que receberam uma cartilha que continha informações equivalentes às repassadas ao primeiro grupo.

## Processo metodológico

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, quali-quantitativa, tendo como método a pesquisa-ação, transversal baseada em pesquisa de campo, na sede de uma Filarmônica Municipal. A investigação procedeu com a aplicação de questionários padronizados construídos pelos próprios autores da pesquisa - no primeiro semestre de 2018 - com 10 questões objetivas acerca de conhecimentos gerais sobre o sistema respiratório. No cabeçalho deste questionário havia um espaço para ser preenchido com informações sobre: idade, sexo, escolaridade, instrumento que toca e grupo pertencente da pesquisa (verde ou vermelho).

Ao receberem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), houve a separação dos grupos. Os participantes estavam etiquetados com as cores vermelho ou verde. O grupo verde recebeu a tecnologia educativa/cartilha, contendo informações sobre o sistema respiratório e exercícios respiratórios, estudando sozinhos, com a frequência que julgaram oportuna. O grupo vermelho recebeu acompanhamento durante 10 dias após os ensaios, isso por 15 minutos sempre que ocorria. As informações repassadas ao grupo vermelho foram as mesmas contidas na cartilha fornecida ao grupo verde. Após uma semana do término do acompanhamento, foi reaplicado o questionário inicial. Buscando a comparação entre o antes e depois da intervenção nos grupos, desempenho ou mudança acerca dos conhecimentos sobre o sistema respiratório. Ao grupo verde, foi acrescentada uma pergunta subjetiva, buscando a percepção sobre a tecnologia educativa ofertada.

Quanto aos aspectos éticos, é importante afirmar que houve aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os participantes, previamente à leitura do inquérito. Esta pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (Campus XII - Santarém), sendo aprovada pelo parecer de número 2.544.692.

## Resultados

**Tabela 1. Comparação de acertos entre grupos**

	Pré-teste verde	Pós-teste verde	Pré-teste vermelho	Pós-teste vermelho
N	13	13	13	13
Mínimo de acertos	1	0	2	4
Máximo de acertos	7	9	8	10

Dados da pesquisa

**Tabela 2. Comparação do pré-teste entre grupos**

	Antes verde	Antes vermelho
Tamanho da amostra	13	13
Soma dos Postos (Ri)	169.0	182.0
Mediana =	6.00	6.00
p-valor (bilateral) =	0.7389	

Dados da pesquisa

**Tabela 3. Comparação do pós-teste entre grupos**

	Depois verde	Depois vermelho
Tamanho da amostra	13	13
Soma dos Postos (Ri)	135.0	216.0
Mediana =	5.00	7.00
p-valor (bilateral) =	0.0378	

Dados da pesquisa

## Discussão

Para se falar em educação em saúde é necessário ressaltar a realidade sobre a habilidade de comunicação existente nos profissionais e acadêmicos da área da saúde. O ensino de tal habilidade de comunicação, progressivamente, é incluído nos currículos das instituições de ensino superior, visto à necessidade de se melhorar a interação entre o profissional/acadêmico com a população a ser atendida. No Brasil, as diretrizes curriculares, em 2001, para os cursos de graduação na área da saúde, passaram a incluir a comunicação como uma competência a ser alcançada pelos egressos. No ano de 2014, observando as necessidades de se aproximar, diminuir e/ou sanar a insatisfação com a qualidade da comunicação da equipe de saúde com os pacientes, foi elaborado o projeto de Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde no Brasil (Grosseman, 2015).

É conhecido que na atenção à saúde, nem todos os saberes ligados a uma determinada ação foi estruturado por meio de investigação científica, o que nada diminui seu valor. Afinal, as tecnologias de seguimento hoje existentes na atenção à saúde possuem individualidades, desde procedimentos técnicos mais minuciosos, sendo exemplo os procedimentos cirúrgicos, chegando aos processos de cuidado, gestão e, também, os educacionais (Novaes, 2007).

A educação em saúde pode ser considerada um processo educativo acerca da construção de conhecimentos em saúde, visando o saber sobre a proposição pela a população em geral. Além de ser um conjunto de práticas que soma no aumento da autonomia dos indivíduos, no autocuidado e debate com profissionais e gestores do setor, alcançando uma atenção de saúde de acordo com suas individualidades. A Educação em saúde reforça a participação popular, afim de que respondam às demandas da população (Brasil, 2009).

De certo, sendo esta uma maneira de prevenção, a educação em saúde pode ser definida como o impedimento de que a doença ocorra por completo, removendo suas causas. Tal prevenção é efetuada com frequência fora do sistema de saúde, na comunidade, por exemplo (Fletcher, 1996). Já que a vida em sociedade constrói sequencialmente estados de saúde ou ainda de não saúde na população (Novaes, 2007).

A partir de tais perspectivas, a educação em saúde em Fisioterapia, consegue atuar no meio musical, pois é sabido que grande parte dos instrumentistas de sopro não possui conhecimento acerca do funcionamento da respiração e exercícios respiratórios, além de não possuírem o hábito de praticá-la em sua rotina diária de estudos. Entretanto, quando o músico de sopro busca compreender um pouco sobre o sistema respiratório e exercícios respiratórios, há, então, uma melhora significativa no modo de como se respira para a prática em seu instrumento (Nascimento, 2015).

Neste sentido, esta pesquisa obteve dados significativos ao que diz respeito à educação em saúde. A Tabela 1 demonstra o máximo e mínimo de acertos em cada momento da pesquisa, comparações gerais entre os dois grupos: o verde, que recebeu cartilha e, o vermelho, aquele acompanhado por educação em saúde presencialmente. As Tabelas 2 e 3 demonstram a comparação da aplicação e reaplicação dos questionários.

Ao analisar o grupo verde foi notório que o mesmo, não obteve melhora estatística, pois  $p=0.5563$ , demonstrando que apenas a entrega de tecnologia educativa nem sempre é eficaz quando comparado ao acompanhamento presencial. O contrário pode ser observado no grupo vermelho, pois os dados estatísticos de tal grupo - que foi acompanhado por 10 vezes após os ensaios - foi significativo, sendo  $p=0.0067$ .

Assim sendo, a fala de dois participantes do grupo verde permite observar que a preocupação não se dava em obter conhecimento para si, mas apenas em ter um bom desempenho na reavaliação ou menos que isso:

Não tenho como opinar, pois não li a mesma. Deixei para ler próximo do dia da avaliação para ter o conteúdo mais reforçado na

mente, mas como não fiquei sabendo o dia da avaliação, acabei não lendo.

Desculpa. Não li.

Para que ocorresse a produção, impressão e distribuição da cartilha aos participantes do grupo verde foram gastos valores advindos de recursos próprios dos pesquisadores. Entretanto, na esfera nacional, existe o financiamento público da saúde que surge como tutor da política de desenvolvimento e da política social (Dain, 2007). Acerca dos gastos públicos com impressos de material editorial, o Ministério da Saúde, por meio do E-SIC nº 2760644, informa que no ano de 2018 foi executado o montante de R\$ 40.599,61. Tal valor se refere a gastos nacionais, já que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde não possui programas ou ações regionalizadas.

Ao saber, que estatisticamente, houve melhoria do grupo vermelho, ao ser comparado o antes e depois das intervenções, pode-se corroborar com o que é apresentado no Caderno de Educação Popular e Saúde, do Ministério da Saúde de 2007, que afirma ser a educação em saúde uma prática que há a participação da comunidade, proporcionando informação, educação e aperfeiçoamento das atitudes básicas para a vida.

A Tabela 2 demonstra a comparação feita entre os participantes de ambos os grupos antes das intervenções, detalhando que todos se apresentavam em um nível parecido de conhecimento. Já a Tabela 3, refaz tal comparação após o término das intervenções. Estatisticamente o valor encontrado é menor do que foi definido como nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), pois  $p$  foi igual a 0.0378.

Apesar do grupo verde não obter valores significativos diante de dados numéricos, o objetivo do profissional da saúde - que é ser um meio para que o paciente conquiste liberdade no agir, buscando a capacidade de enfrentar situações adversas, como estresse, doenças, decidindo sobre a vida e saúde (Rios, 2007), - foi alcançado, pois alguns participantes relataram a importância da utilização da cartilha como instrumento educador e transformador, corroborando com o pensamento de Dain (2007) que afirma que despesas em saúde não significam desperdício de recursos públicos. Sobre isso, pode-se observar a resposta de alguns participantes que relataram:

Na minha visão é ótima, pois além de ser fácil compreensão, ainda nos incentiva a praticar a respiração de forma exata (ou tentar) nos ajudando em tudo e principalmente em nossa profissão.

A cartilha foi importante no que tange concretização de conhecimentos. Esse conhecimento é muito importante para os instru-

mentistas que tocam instrumentos de sopro.

Excelente, pois me orientou a ser uma pessoa mais preocupada com as formas que desempenho no meu trabalho.

A partir do momento que foi descoberto os benefícios dos exercícios respiratórios, por meio da cinesioterapia respiratória, dentre eles a disciplina, auto-domínio, coordenação motora respiratória e conscientização dos movimentos ventilatórios, agindo como elemento preventivo e corretivo (Leal, 2006), houve indicação para a continuidade da cartilha, para que o alcance de tal chegasse a mais profissionais e aprendizes do meio musical:

A cartilha é de suma importância. O conselho: entra em contato com a direção da Filarmônica para expandir a mesma, distribuindo para a banda sinfônica, Orquestra sinfônica e alunos da academia.

Vale ressaltar que os dados estatísticos foram feitos utilizando testes não paramétricos - Wilcoxon quando feitas comparações em um mesmo grupo e, Mann-Whitney quando em grupos diferentes - por ser o n amostral menor que 30 e um conjunto não apresentar normalidade.

## Conclusão

O presente estudo, com instrumentistas de sopro de uma orquestra filarmônica em um município do interior da Amazônia, constata que dez intervenções em educação em saúde, utilizando o diálogo como instrumento obteve significativo resultado quando comparado à entrega de cartilhas contendo igualmente as mesmas informações repassadas. Os resultados dessa intervenção revelam que esta é uma alternativa eficaz, de baixo custo e boa aceitação.

Tais resultados são levados à reflexão de que a intervenção presencial, utilizando explicações orais, é mais efetiva do que a distribuição de tecnologia educativa em forma de cartilhas, pois a discussão presencial proporcionou maior e melhor desempenho no grupo vermelho. Dessa forma, acredita-se na eficácia da educação em saúde, que é capaz de proporcionar conhecimento em diferentes meios que o ser humano esteja inserido. Sendo ainda meio de transformação e conscientização sobre o próprio corpo e seu funcionamento.

## Referências

Assis, M. M. A.; Villa, T. C. S.; Nascimento, M. A. A. (2003). Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **In: Ciência & saúde coletiva - Múltiplas abordagens em saúde coletiva**. ABRASCO - Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva. Volume 8. Número 3.

Benevides, J. L. et al. (2016). Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **In: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP**; 50(2):309-316. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt\\_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf).

Brasil. (2007) Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Funasa.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Nota técnica N° 16/2018-SGTES/CGPLAN/SGTES/MS. Assunto: resumo: **gastos com impressos sobre saúde. Detalhamento: dados sobre valores gastos com impressos, cartilhas, informativos e quaisquer materiais de educação em saúde, do Brasil e do estado do Pará**. E-SIC n° 2760644. Referência: Processo n° 25000.152488/2018-18

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. - 3.ed. -Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Campos, D. G. S. (2017). **Síntese das principais ideias contidas no livro o que é educação - autor: Carlos Rodrigues Brandão. Fevereiro, 2002**. Disponível em: <HTTPS://www.google.com.br/search> acessado em 25 de outubro de 2017.

Coffito. (2017). **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: <http://www.coffito.gov.br>

Crefito-3. (2014). **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região**. Cartilha: o seu município tem muito a ganhar com a contratação de Fisioterapeutas! Tudo o que o gestor deve saber sobre fisioterapia e como implantá-la em seu município. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br>

Crefito-12. **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região**. 2017. Disponível em: <http://crefite12.org.br/fisioterapia>

Dain, S. (2007). Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. In: **Ciência & saúde coletiva - Teses da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. ABRASCO - Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva. Volume 12. Suplemento. Novembro.

Deliberato, P. C. P. (2002). **Fisioterapia preventiva - fundamentos e aplicações. Barueri**, SP: Manole.

Egry, E. Y. (1996). **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Icone.

Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W.; Wagner, E. H. (1996). **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Tradução: Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed,

Grosseman, S. et al. (2015). Projeto ensino de habilidades de comunicação na área da saúde: uma trajetória inicial. **In: Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica - ensino de habilidades de comunicação em escolas médicas no Brasil: reflexões e experiências**. Volume 10. Abril de 2015.

Leal, R. C. A. C. (2006). **Manual clínico do fisioterapeuta pneumofuncional**. São Paulo, SP: Livraria Santos Editora.

Machado, M. F. A. S. et al. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **In: Ciência & saúde coletiva- ABRASCO- Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva**. Volume 12, número 2. Março/abril.

Matos, E. L. M. (2010). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Nascimento, A. C. (2015). **A respiração para tocar instrumento de sopro**. Faculdade Cantareira. São Paulo.

Novaes, H. M. D.; Carvalheiro, J. R. (2007). Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **In: Ciência & saúde coletiva - Teses da 13ª Conferência Nacional de Saúde. ABRASCO - Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva**. Volume 12. Suplemento. Novembro.

Pickles, B. et al. (2002). **Fisioterapia na terceira idade**. 2ª ed. São Paulo, SP: Editora: Livraria Santos Editora Ltda.

Pinheiro, R. S. & Escosteguy, C. C. (2009). Epidemiologia e serviços de saúde. In Epidemiologia / Roberto de Andrade Medronho... [et al.]. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu.

Salci, M. A. (2002). **Didática: aprender a ensinar - técnicas e reflexões pedagógicas para a transformação de formadores**. 7. ed. São Paulo: Edições Loyola.

Sim, J. (2010) Aspectos interpessoais da assistência: comunicação, orientação e educação na saúde. **In: Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos**. Editoria de Jennifer A. Pryor, Barbara A. Webber [tradução Valdir de Souza Pinto; revisão técnica Maria Ignêz Zanetti Feltrim]. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Souza, D. (2008) Fisiologia da performance musical. **Postura e respiração: fatores de interferência na performance musical do flautista**. Dissertação (mestrado) UFBA. Escola de Música. Programa de Pós-Graduação em Música. Área de concentração: Execução Musical. Salvador.

Rios, C.T.F. & Vieira, N. F. C. (2007) Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **In: Ciência & saúde coletiva**-ABRASCO- Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva. Volume 12, número 2. Março/abril.

# **Relato de experiência do estágio hospitalar supervisionado de fisioterapia na realidade do Sistema Único de Saúde em Manaus/AM**

12

*Hermon Nogueira Lopes*

A Fisioterapia, como ciência da saúde, no âmbito profilático e reabilitativo, atua sobre distúrbios funcionais que afetam o corpo humano, tais disfunções originárias de traumas e patologias adquiridas. Cabe ao profissional estar preparado para construir um diagnóstico destes distúrbios e realizar condutas direcionadas ao quadro clínico do paciente visando sua evolução e posterior alta clínica (Coffito, 2008).

Segundo Andrade (1989) o momento de aperfeiçoar a prática terapêutica e usar o saber teórico adquirido durante a graduação juntamente a atuação profissional é durante o estágio, onde o acadêmico, em sua maioria jovem e inexperiente, procura a vivência profissional e tem a oportunidade de desenvolver a criatividade, a consciência crítica e discernir o certo do errado na atuação no âmbito em que está inserido. O autor também afirma que a atuação de um docente experiente é essencial na vivência no campo de estágio, pois este direciona e orienta as práticas clínicas, além de analisar a atuação do futuro profissional de forma coletiva e individual.

A partir da experiência prática é importante que o acadêmico se auto avalie questionando se seu nível de conhecimento é apropriado e se a sua atuação sobre as técnicas fisioterapêuticas é efetiva. Se não estiver compatível com as exigências institucionais, certamente não terá habilidades suficientes a oferecer durante sua vida profissional. Por outro lado, quanto mais empenha-se a adquirir conhecimento e prática melhor sua autoconfiança (Nascimento Gonçalves & Silveira Melo, 2011).

Segundo Kilminster e colaboradores (2007), o objetivo da prática clínica orientada no estágio é formar profissionais críticos, produtivos, competentes e resolutivos, considerando a dinâmica do âmbito hospitalar em que o profissional se insere. A profissionalização começa na graduação, se aperfeiçoa durante o estágio e se estende durante toda a vida de atuação destes profissionais.

Ribeiro e Amaral (2008), por sua vez, afirmam que o ambiente hospitalar traz preocupações ao acadêmico, pois este necessita redobrar os cuidados aos pacientes, majoritariamente dependentes e acamados. Para Feliciano e colaboradores (2005) o ambiente hospitalar é estressante para os pacientes e aqueles que são responsáveis pelos cuidados hospitalares, os próprios profissionais de saúde. Por outro lado, Sá e Gomes (2004) admitem o hospital ser um ambiente que permite a atuação do fisioterapeuta tanto nas enfermarias quanto nos centros de terapia intensiva, sendo o hospital o único espaço sem cobertura da atenção básica com acesso pela população.

Dentro desse contexto, os profissionais que exercem suas atividades dentro do SUS devem conhecer seus aspectos e sua realidade (Silva & Ros, 2007). Aleluia (2013) afirma que no Brasil, os serviços de fisioterapia dentro do SUS estão crescendo devido a procura por atendimento gerando custos ao sistema de saúde. Portanto, é necessário um controle destes serviços para que sejam oferecidos atendimentos de qualidade.

Porém, Luna e Oliveira (2012) afirmam que mesmo a regionalização em saúde ser defendida pelo SUS como essencial a redução das desigualdades regionais dentro do contexto da saúde, no Amazonas os acessos a serviços como a fisioterapia, são limitados devido a uma demanda crescente e a falta de serviços efetivos.

Diante do exposto, o presente relato descreve a experiência do processo final de graduação em Fisioterapia através do estágio hospitalar na rede de hospitais do SUS na cidade de Manaus (AM). Pretende-se com isso contribuir para uma melhor compreensão da prática fisioterapêutica nos hospitais da rede pública de saúde em Manaus assim como evidenciar as perspectivas e vivências de futuros profissionais fisioterapeutas inseridos neste âmbito.

## **O papel do estagiário de fisioterapia nos hospitais do SUS**

Este manuscrito é um relato da experiência sobre o estágio hospitalar supervisionado em fisioterapia nos hospitais atrelados ao SUS em Manaus, no Amazonas. É um estudo de caráter descritivo, que relata a vivência do estagiário em fisioterapia no atendimento a pacientes no âmbito hospitalar, desde o setor de pronto atendimento até as enfermarias e centros de terapia intensiva.

É importante atestar que a inclusão de acadêmicos de fisioterapia no espaço hospitalar é essencial a prática clínica e ao autoconhecimento de suas qualidades e deficiências, os quais podem ser reconhecidos e aprimorados. Portanto, considera-se a inserção destes futuros profissionais na realidade do SUS, fator de suma importância a capacitação profissional no Brasil.

O trabalho coletivo em prol da melhora do quadro clínico do paciente é papel da equipe multidisciplinar responsável pelos setores que enquadram o ambiente hospitalar. Em hospitais ou fundações de saúde que permitem a inserção dos estagiários de fisioterapia, é possível observar a atuação dos acadêmicos juntamente com o profissional orientador atendendo a demanda que o hospital recebe, assim como a interação com outros acadêmicos de outras áreas da saúde e seus respectivos orientadores, um benefício ao paciente assistido pela equipe.

Durante o estágio nos hospitais da rede pública de Manaus, notou-se que estas unidades recebem uma grande quantidade de pacientes com complicações advindas de patologias infectocontagiosas, em sua maioria. Por ser uma região de floresta tropical, o clima é propenso a incidência de doenças como a malária e a tuberculose, sendo Manaus a cidade do estado do Amazonas com a maior concentração de diagnósticos de tuberculose, cerca de 70% dos casos (Farias, 2010).

Confalonieri (2005) afirma que o ecossistema amazônico é um fator primordial na incidência de quadros nosológicos entre a população amazônica concentrada nos grandes centros urbanos como a Manaus. Os agravos infecciosos são constantes devido à proximidade espacial ao ecossistema florestal, sendo as doenças infecciosas e parasitárias prevalentes devido a dinâmica social e ambiental. O autor também afirma que os quadros de morbidade e mortalidade nas zonas urbanas de maior porte, como Manaus, concentram a incidência de doenças degenerativas e lesões por causas externas. Portanto não se generaliza o atendimento apenas a patologias infectocontagiosas, pois o índice de complicações por doenças crônicas e traumas musculoesqueléticos também é notório dentro dos hospitais.

Os atendimentos foram realizados com a orientação do profissional responsável, o preceptor, fisioterapeuta que direciona os alunos aos respectivos pacientes. Antecedendo o tratamento fisioterapêutico, foram realizadas a anamnese e a avaliação física dos pacientes, visando a elaboração do diagnóstico cinético funcional acerca do quadro clínico avaliando as possíveis limitações funcionais e complicações instauradas. A criação do plano de tratamento exige raciocínio clínico e competência intelectual dos estagiários, e é a partir dos objetivos da terapêutica e das condutas a ela relacionada, que é possível iniciar o tratamento e com o decorrer das sessões avaliara evolução do quadro clínico dos pacientes.

Considerando as diferentes patologias diagnosticadas, as sequelas, complicações e individualidades encontradas nos campos de estágio, partindo do princípio da equidade nos atendimentos fisioterapêuticos, os estagiários atam as particularidades de cada caso clínico tratado. O diagnóstico cinético funcional diferenciado é o ponto chave para um resultado eficaz, haja visto que indivíduos admitidos em uma enfermaria não possuem a mesma história da doença, os mesmos acometimentos e angústias.

Quando se tratam pessoas, é notável o adoecimento não apenas físico, mas psicoemocional. O futuro profissional fisioterapeuta necessita desenvolver uma maturidade emocional e sensitiva em torno destas situações, que requerem um amplo debate dentro do que se enquadra as competências do fisioterapeuta. A equipe multidisciplinar detém de um quadro de psicólogos que acompanham os pacientes, porém tais aspectos ultrapassam o campo do profissionalismo, e alcançam o lado humanístico. O atendimento humanizado é priorizado e cabe ao acadêmico estimular os pacientes a realizarem as atividades propostas dentro do tratamento fisioterapêutico. Uma conversa que antecede as condutas fisioterapêuticas propostas ao atendimento no dia faz diferença no tratamento e sua evolução frente a terapêutica desenvolvida.

O controle emocional e o poder de persuasão do acadêmico são postos a prova em situações que requerem empenho durante a abordagem. É importante transmitir profissionalismo durante os atendimentos para que se construa uma relação de respeito com os pacientes e acompanhantes. Estes muitas vezes interferem de forma direta nos atendimentos por, em sua maioria, serem familiares, ficam atentos aos procedimentos e fazem perguntas, as quais os acadêmicos devem estar preparados a respondê-las. Os acompanhantes também são peças chaves no registro do histórico da doença dos pacientes, pois contêm dados que ajudam no enriquecimento da anamnese de pacientes acamados não contactantes.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destes hospitais o fisioterapeuta tem papel fundamental na intervenção multidisciplinar, é responsável pela manutenção da integridade pulmonar, evitando decréscimo nas atividades metabólicas do paciente, a manutenção da integridade motora visto que pacientes acamados podem desenvolver contraturas e problemas vasculares devido a hipomobilidade. Durante o estágio os acadêmicos realizam condutas direcionadas a prevenção de atrofia, ulcerações, doenças respiratórias associadas ao acúmulo de secreção nas vias respiratórias, formação de edemas e perda funcional generalizada.

Os acadêmicos, enquanto estagiários, aliam-se a ferramentas como escalas de avaliação física, instrumentos de aferição de sinais vitais, enfim, quanto maior o nível de conhecimento acerca das escalas funcionais, suas aplicabilidades, a utilização correta de instrumentos que somem ao processo de criação de um diagnóstico fisioterapêutico efetivo, melhor a resposta do paciente ao tratamento que será desenvolvimento baseado nas evidências coletadas.

É notável a ausência de recursos que possibilitem uma melhor abordagem fisioterapêutica à beira-leito nos hospitais associados ao SUS, nos quais os estagiários foram direcionados. Cabia ao acadêmico desenvolver, utilizando a criatividade, exercícios que não dependessem de elementos como bolas terapêuticas e elásticos objetivando a resistência e trabalho da força muscular. Eram ausentes instrumentos de avaliação fisioterapêutica como manuvacuômetros e

ventilômetros, que otimizariam a avaliação sobre a evolução dos pacientes em relação ao tratamento. Era restrito aos estagiários o uso de equipamentos de proteção individual advindos dos recursos destinado aos hospitais, os próprios acadêmicos deveriam trazer seus EPIs de forma individual e custeado pelos mesmos, assim como a maioria dos instrumentos utilizados durante as abordagens fisioterapêuticas, visando o benefício ao paciente, aproximando os estagiários da abordagem humanizada, ou seja, trabalho em benefício de outra vida.

## Considerações Finais

Quando se fala de acesso universal em relação ao SUS, é evidente que os hospitais que abrangem essa rede são plausíveis à capacitação de profissionais que atendem à demanda destas unidades de saúde. Como estagiário de fisioterapia, percebe-se que a fisioterapia ganhou mais espaço dentro da atuação das equipes multidisciplinares nos hospitais, em todos os setores de atendimento.

Permitiu-se aos acadêmicos a vivência em setores distintos dentro das unidades hospitalares, o que demonstra uma absorção da realidade do SUS nos setores públicos de saúde qualificando o futuro profissional ao atendimento humanizado e efetivo, pois quanto mais experiente, maior o campo de oferta de conhecimentos e resolutividade se oferece enquanto profissional. Isso é aplaudível às instituições de educação, que permitem essa vivência, e aos hospitais que cedem e acreditam no futuro da saúde pública no Brasil.

Por outro lado, experiências como essas mostram o quanto é necessária a melhora da destinação de recursos que otimizem os atendimentos. Em fisioterapia, instrumentos que beneficiem a terapia instituída trazem benefícios ao paciente e ao estado, diminuindo o período de internação intra hospitalar e beneficiando outros usuários que necessitam destes serviços.

## Referências

Aleluia, Í. R. S; Santos, F. C. (2013). Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde: proposta de um protocolo específico. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 4.

Andrade, M. N.; Araújo, L. C. de A.; Lins, L. C. S. (1989). Estágio curricular: avaliação de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 42, n. 1-2-3-4, p. 27-41, Dec.

Coffito. (2018). **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/>. Acesso em: 07 jul.

Confalonieri, U. E. C. (2005). Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. **Estud. av.**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-236.

Farias, A.S. (2010). **Perfil dos doentes de tuberculose no município de Manaus-Amazonas (2007)**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Feliciano, K.V.D.; Kovacs, M.H.; Sarinho, S.W. (2005). Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, Sept.

Kilminster, Sue et al. Amee Guide (2007). No. 27: Effective educational and clinical supervision. **Medical teacher**, v. 29, n. 1, p. 2-19.

Luna, M.R.S.; Oliveira, S.E.B. de. (2012). O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 1, p. 91-106.

Nascimento, G. R.; Silveira, M. J. (2011). Expectativas dos universitários do curso de fisioterapia frente ao primeiro estágio prático e a reflexão da participação docente na preparação para o estágio prático. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 1.

Ribeiro, M.M.F.; Amaral, C.F.S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, Mar.

Sá, M.R.B.; Gomes, R. (2014). A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 709-722.

Silva, D.J; Ros, M. A. (2007). Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1673-1681.

# Construindo a formação em Medicina de Família e Comunidade em território líquido da Amazônia

13

*Naïla Mirian Las-Casas Feichas  
Nicolás Esteban Castro Heufemann*

Em setembro de 2018, comemoramos 40 anos da Conferência de Alma Ata; há 10 anos, na comemoração de 30 anos, a Organização Mundial da Saúde já destacava a necessidade de reformas na Atenção Primária à Saúde, dentre elas, a de prestação de serviços com enfoque maior nas necessidades dos usuários, maior atenção aos problemas encontrados no território, melhoria da qualidade dos cuidados e maior satisfação dos profissionais que atuam na atenção primária (Soranz & Pisco, 2017; WHO, 2008). Neste artigo, em respeito a todo movimento de Reforma Sanitária Brasileira e entendendo que fazemos Atenção Básica em saúde e não atenção primária como muitos países denominam, adotaremos o termo Atenção Básica à Saúde (ABS). A ABS traz para discussão nossa identidade no fazer saúde, com a característica bem brasileira da participação social.

Fazer ensino e pesquisa pode ser desafiador em muitos contextos e o Amazônico também guarda seu grau de desafio e de potencialidades. Fazer saúde em território que periodicamente muda com a cheia e a vazante dos rios, exige uma formação diferenciada na lógica dos territórios líquidos e uma disposição a movimentar-se com o banzeiro, pois “o rio nunca é o mesmo” (Heufemann, Lima, & Schweickardt, 2016). Entendemos como território líquido o espaço de “organização da atenção à saúde e de processo de trabalho adaptado à realidade amazônica” (Heufemann et al., 2016); envolvendo, assim, não apenas o território físico e geográfico, mas as relações interpessoais, as políticas públicas e a organização das linhas de cuidado.

A expressão ‘longe muito longe’ surge com a reflexão de um dos pesquisadores da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) Amazonas ao descrever o fazer saúde neste território complexo que é o Amazônico, entendendo que por estar longe da capital e da rede de tecnologia dura pode não necessariamente determinar um ato menos cuidadoso, pelo contrário, apesar das distâncias, o comprometimento dos profissionais de saúde, sua capacidade de criar no campo das tecnologias leves, relacionais, entendo que “toda vida vale a pena” e fazendo do cuidar um ato em constante movimento e construção. A expressão

surgiu justamente para descrever o cuidado em uma comunidade ribeirinha da cidade de Borba (Heufemann et al., 2016).

O movimento também está presente na construção da interação ensino-serviço-gestão-participação social, ou como o denominam Ceccim & Feuerwerker (2004), quadrilátero de formação; o quadrilátero está associado à figura da mandala entendendo que seus quatro vértices estão em constante movimento, um mudando de lugar com o outro, se interpenetrando (Ceccim & Feuerwerker, 2004). É sobre um dos vértices do quadrilátero de formação, o vértice do ensino, mais especificamente da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, que este artigo irá discorrer; ensino que não tem como se dissociar do serviço uma vez que a residência médica é ensino em serviço e envolve também a gestão por estar sendo desenvolvida nas unidades de saúde da família de um município do Amazonas e por profissionais (preceptoras da residência) que atuam no município de Manaus, envolvendo, assim, articulação com as duas gestões. Como nos lembram os respectivos autores, é necessário trazer a gestão para o debate e construção de formas de trabalho em saúde que permitam exercitar a alteridade com os trabalhadores de saúde e, principalmente, com a comunidade.

Nosso objetivo é descrever a construção do ensino da residência médica no interior do estado do Amazonas, entendendo toda a complexidade de fazer ensino-cuidado-gestão-participação social em “territórios líquidos do longe muito longe”.

## **Descrição do contexto: de qual ‘longe muito longe’ estamos falando**

Quando falamos em saúde no interior da Amazônia, alguns dados retratam as possíveis dificuldades a enfrentar; dados da publicação Demografia Médica 2013 mostram que a proporção de médicos em Manaus (2,04 médicos/1000 habitantes) é semelhante à do Brasil (2,00 médicos/1000 habitantes), mas apenas 3,26% dos profissionais estavam no interior do estado entre os anos 2000 a 2009. Quanto à formação médica no Amazonas, esta ocorre, prioritariamente, na capital sendo a única experiência de graduação no interior, iniciado em 2016 no município de Coari. Quando falamos sobre especialização ou residência médica, os dados também impressionam: 55,18% dos médicos não tem acesso a esta formação (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo & Conselho Federal de Medicina, 2013).

Em dezembro de 1993, o Brasil adotou como forma de reestruturar seu modelo de assistência à saúde o Programa Saúde da Família, transformado posteriormente em uma estratégia de governo (ESF - Estratégia Saúde da Família). A ESF prioriza a Atenção Básica à Saúde, nível de atenção à saúde que conhece e acompanha melhor a clientela, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade e equidade propiciando democratização do acesso e resolutividade

(capacidade de solucionar 85% dos casos; os 25% restantes são encaminhados de forma pertinente e articulada aos demais níveis de atenção). A ESF procura reorganizar o foco da atenção da doença para a saúde e qualidade de vida trabalhando, de maneira intersetorial, com promoção e prevenção de agravos, valorizando a satisfação do usuário. A prestação do cuidado deixa de ser hospitalar para se dar na comunidade e nos domicílios, com cuidado longitudinal em todas as fases da vida, sem compartimentalizar a vida do outro aos órgãos doentes ou idade específica, priorizando o vínculo cuidador - pessoa a ser cuidada (Brasil, 2010).

Neste novo modelo de assistência à saúde, cabe ao profissional trabalhar de forma interdisciplinar, “aliando-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e propiciando o apoio necessário, com diálogo horizontal entre os membros da equipe e com uma visão holística da pessoa, da família e da comunidade em que irá atuar (Brasil, 2010). É este profissional que a Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade visa formar. Vivemos uma grande reforma no setor saúde com a Reforma Sanitária e a implantação do SUS, mas ainda faz-se necessário uma reforma no setor de ensino que reconheça como “direito da sociedade o controle sobre a gestão pública do ensino” (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Em um país continente como o Brasil, em território-líquido como o amazônico, com as distâncias medidas em horas de barco entre os municípios, a necessidade de formar *in loco* e com formas novas como o telessaúde é premente.

O trabalho em saúde pressupõe a relação entre trabalhador e usuário; ato que ocorre no campo das tecnologias leves como fala Merhy (2013). Durante o ato de cuidar, ocorre o encontro onde um detentor de conhecimentos (trabalhador da saúde) se compromete a resolver a demanda do outro (usuário) para recuperar seu “caminhar a vida”. A ação de cuidar só existe em ato, como uma dança que só ocorre quando duas pessoas se colocam em movimento, como um nó com um passar de fora para dentro e de dentro para fora; encontro gerando vida em mútuas produções, aberto ao diálogo (Merhy, 2013). O profissional que atua nas comunidades como médico de família necessita desta aptidão ao diálogo; precisa ser capaz de repensar suas práticas e a organização do trabalho em prol das necessidades de saúde das pessoas e comunidades. A construção dialogada das necessidades é feita na prática, em ato, no dia-a-dia do encontro deste trabalhador que atua na atenção básica e está acompanhando de forma longitudinal a comunidade, respeitando sua formação cultural em geral distinta da do trabalhador de saúde.

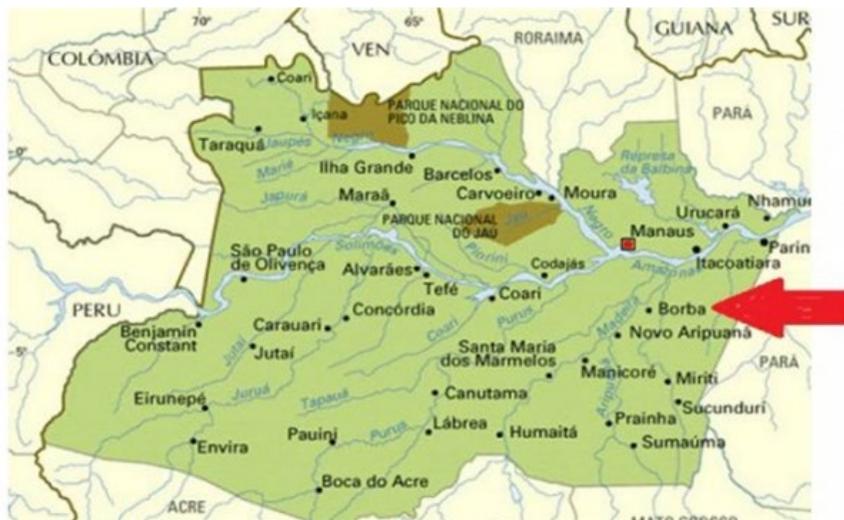
No Brasil, a primeira residência médica de Medicina Geral de Família e Comunidade surgiu em Porto Alegre no serviço de Carlos Groissman (Centro de Saúde Murialdo) em 1974, com ação para a comunidade da periferia desta cidade (Brasil, 2010). O nome da especialidade mudaria em 2001 para Medicina de Família e Comunidade (MFC). No Amazonas, a residência iniciou em 2005 na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), na qual atuamos desde então,

não havendo qualquer formação médica de residência no interior do estado até 2018, quando começamos a atuar no município de Borba.

O município de Borba foi a primeira vila a ser criada no território amazônico em 1728, aproximadamente; é um dos 62 municípios do estado do Amazonas, distando 215 Km por via fluvial da capital Manaus (em linha reta, 150Km mas não há acesso terrestre). É a segunda cidade na margem direita do rio Madeira, partindo da capital; em barco rápido, a viagem dura 7 horas; de avião de pequeno porte, 30 minutos (opção disponível 2 vezes por semana). A população total do município de Borba, no ano de 2014, foi estimada em 38.688 pessoas, com taxa de crescimento anual estimada em 4,1% (2006 - 2009). Possui uma área geográfica de 44.452,60 km<sup>2</sup>, o que o torna o vigésimo município do país em extensão territorial (IBGE, 2010).

Segundo a Lei Orgânica Municipal vigente, Borba divide-se em 03 distritos e 220 comunidades. Como na maioria dos centros urbanizados no interior do Estado, há grande concentração populacional na área urbana, porém parte desse contingente é flutuante, mantendo intenso fluxo para a zona rural, considerando as ações de extrativismo e acesso aos serviços na cidade (SEMSA, 2013). Não obstante, o grau de urbanização, segundo o percentual da população residente em áreas urbanas, foi de 41,3%: apesar das crescentes taxas de concentração urbana no Brasil, identifica-se lá predominância de moradores na área rural (IBGE, 2010).

**Figura 1** - Mapa de Borba, 2018



**Fonte:** Amazônia na Rede - <https://amazonianarede.com.br/>

## O 'quadrilátero de formação' ao sabor do banzeiro

O desafio de formar médicos em Medicina de Família e Comunidade no interior começou a ser gestado pela parceria de um dos colaboradores da residência do HUGV que também é responsável pelo internato rural dos alunos de medicina, odontologia e enfermagem no município de Borba desde 2006 pela Universidade do Estado do Amazonas. Os residentes de MFC do HUGV já participavam de um mês de imersão neste território 'longe muito longe' em Borba desde 2014, com experiências na unidade fluvial Igarazu (UBSF). O caminho natural desta vivência, através dos igapós e ao sabor do banzeiro, nos conduziu à residência médica.

Como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43), "a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS." Formação para e na Atenção Básica envolve articulação com a gestão local, o que tem sido um capítulo com muitos percalços a superar. A preceptoria local no interior não tem ocorrido com a periodicidade acordada e necessária; ainda aguardamos a contrapartida financeira do gestor municipal de Borba para viabilizar os encontros locais.

Outro percalço, a dificuldade de comunicação via internet com o interior, tem comprometido nossas aulas teóricas na modalidade Educação à Distância (EAD) através da telessaúde. Entendemos que a telessaúde tem potencial para reformar, transformar e organizar o setor saúde, com redução de custos e ganhos na qualidade e no acesso (Schmitz, Siqueira, Gonçalves, Filho, & Harzheim, 2019). Importante ressaltar o imenso apoio e dedicação da Telessaúde da UFAM para vencer estes percalços. Várias ferramentas têm sido testadas para driblar a baixa conectividade e sua grande oscilação no interior; uma das mais inusitadas foi a aula via telefonia celular no viva-voz! Esforço e dedicação não faltam à equipe de preceptores, aos residentes e à equipe da telessaúde! Ultimamente, nem ligações telefônicas têm sido de boa qualidade e optamos por gravar em vídeo e também apenas em áudio para disponibilizar em um sítio restrito da residência na internet. O conteúdo das discussões fica assim, salvo e acessível a todos, mas perdemos em participação e trocas com os residentes que estão no interior.

Uma outra ferramenta que temos utilizado é o IPTV (Internet Protocol Television) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) que é uma plataforma de serviços baseada no software IP através de rede via satélite permitindo uma conexão mais estável apesar de não ser possível gravar os encontros e disponibilizar na internet. As aulas podem ser acessadas apenas através deste canal. Mesmo sendo mais estável, ainda sofre com as oscilações climáticas locais e ocasionalmente precisamos reagendar os encontros teóricos.

O novo sempre intimida um pouco e precisamos de uma grande dose de empreendedorismo para seguir. Em nossa própria Comissão de Residência

Médica formar para e no interior tem sido algo desafiador e pouco compreendido. A carência de conhecimento sobre experiências semelhantes e de leis que regulamentem o novo, tem engessado a construção de nosso serviço. Experiência semelhante vivenciamos em 2005 quando trouxemos a possibilidade de fazer residência médica fora do ambiente hospitalar.

Nós mesmos, os preceptores, precisamos reformular nossa forma de fazer residência médica e adaptar à realidade do interior e suas distâncias; não mais a preceptoria ombro-ombro em que o residente desenvolvia suas atividades na mesma unidade de saúde da família do preceptor. Agora, o preceptor se desloca periodicamente até o residente; as distâncias são minimizadas pela internet/celular. Novos tempos, novas tecnologias, adaptações. O que demandou dos preceptores reformulações internas e mais dedicação e estudo. Ver os exemplos de outros municípios que deram certo e ampliaram a oferta da ABS e a qualidade, como fez o município do Rio de Janeiro, foram encorajadores.

Produzir subjetividades e conhecimentos adequados do SUS e para o SUS, é nossa principal força motriz. As primeiras avaliações de nossos residentes, dadas em seus portfólios, mostram que devemos persistir na superação dos desafios e na construção da residência para os interiores do Brasil.

Falando um pouco sobre as avaliações, são feitas trimestralmente, como preconiza a residência médica, na forma de construção de portfólio individual e entrega destes trimestralmente. Optamos pelo portfólio por permitir captar as reflexões da realidade e possibilitar diálogos e inovações na escrita. A prova escrita também é realizada, visando preparar para concursos como a prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Casos vivenciados pelos residentes são com frequência trazidos para discussões bem como apresentações de assuntos teóricos pertinentes à prática do médico de família. No primeiro ano da residência, os residentes vivenciaram um mês de imersão na capital, com preceptoria ombro-a-ombro propiciando grande aprendizado, segundo eles mesmos.

Os residentes (R1) autorizaram a publicação de parte de seus portfólios neste artigo, conforme as observações abaixo; as iniciais foram aleatórias (R1 C, E e F):

Durante cerca de dez (10) anos, estive participando de um grupo pequeno de pessoas, porém, um grupo muito especial: Preceptores da Residência Médica de Medicina Geral de Família e Comunidade, do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em parceria com a Universidade Federal do Amazonas-HUGV/UFAM. Este grupo de médicos iniciou o serviço de Residência Médica no Amazonas sem muito incentivo, mas com muita garra e vontade em fazer da Medicina de Família e Comunidade uma realidade viva nos servi-

ços de saúde. Ser médica de família e comunidade é um exercício diário de dedicação ao outro. Essa é a essência da Medicina de Família, o outro. Porém, apesar de tantos anos na caminhada, e mesmo me considerando como Médica de Família, ainda não tinha o título da especialidade, a mesma que defendo, divulgo e exerço... estou eu, por algum tempo preceptora, agora residente no mesmo serviço HUGV/UFAM, buscando a obtenção do título (Relato do portfólio da R1F).

A Residência vem de encontro a necessidade de renovação, reciclagem, de fixação de conhecimento dentro do campo de trabalho que conhecemos bem, sem precisarmos sair dele para tais objetivos e ao mesmo tempo o laboratório de um “Novo Produto” com cara nova que é a interiorização (Relato do portfólio do R1E).

Acho que todo aprendizado que estamos tendo através dos nossos encontros semanais estão nos aprimorando, o que tem sido muito proveitoso. Porém, temos encontrado um obstáculo com relação à conectividade e a falta de um real ambiente de teleconferência em Borba (Relato do portfólio da R1C).

## **Concluindo para continuar a construir**

A cidade do Rio de Janeiro aceitou o desafio de ampliar a cobertura da Saúde da Família e optou por qualificar sua ABS através de investimento pesado na formação médica ampliando significativamente o número de vagas para residência médica em Medicina de Família e Comunidade; curso de formação para agentes comunitários de saúde e agentes de endemias; residência multiprofissional dentre outras medidas. Ao investir na capacitação de seus profissionais, observou-se maior motivação por parte deles; profissionais mais motivados participam e se dedicam mais (Soranz & Pisco, 2017). Após este investimento, a cobertura saltou de 3,5% em 2008 para 65% em 2016. Como destacam os autores do artigo, a mudança só deu certo pela participação, apoio e vontade política da gestão e salientam que o futuro da Medicina de Família e da Estratégia Saúde da Família está também ligado ao desafio da formação (Soranz, Pinto, & Penna, 2016).

No Amazonas, com o cenário desalentador de redução da cobertura em ABS, principalmente na capital e entendo o enorme vazio de formação ao nível de residência médica no interior, a iniciativa inovadora de fazer a residência à distância, usando todo o potencial que a telessaúde nos proporciona, firmando parcerias com a gestão local e pactuando o incentivo à qualificação dos profissionais é ação necessária e urgente. Como fala Merhy, ‘toda a vida vale a pena’ e as pessoas tem direito a viver onde lhes for mais conveniente sendo competência do Estado proporcionar acesso à saúde e educação de qualidade onde

estiverem. Muito trabalho há para ser feito; outros municípios desejam também esta oportunidade de formação. O cenário a nossa frente é a linda paisagem amazônica, seus rios-mares, suas densas florestas, seus caboclos e ribeirinhos, indígenas das mais diversas etnias e seus profissionais a qualificar.

## Referências

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). **Memórias da saúde da família no Brasil**. In Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília - DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero de formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 14(1), 41-65.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo & Conselho Federal de Medicina. (2013). **Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição** (Vol. 2; M. Scheffer, Org.). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina.

Heufemann, N. E. C., Lima, R. T. de S., & Schweickardt, J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o "longe muito longe" transformado pelas Redes Vivas. In E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, D. E. da S. Almeida, & H. Slomp Júnior (Orgs.), **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde - surpreendendo o instituído nas redes** (p. 448). Rio de Janeiro: Hexis.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro.

Merhy, E. E. (2013). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In T. B. Franco & E. E. Merhy (Orgs.), **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde** (Vol. 1, p. 362). São Paulo: Hucitec.

Schmitz, C., Siqueira, A., Gonçalves, M., Filho, E., & Harzheim, E. (2019). Telesáude na atenção primária à saúde. In G. Gusso, J. Lopes, & L. Dias, **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** (2° ed). Porto Alegre: Artmed.

SEMSA, Secretaria Municipal de Saúde. (2013). **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Secretaria Municipal de Saúde de Borba.

Soranz, D., Pinto, L. F., & Penna, G. O. (2016). Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5), 1327-1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>

Soranz, D., & Pisco, L. A. C. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3), 679-686. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>

WHO, World Health Organization. (2008). Primary health care: now more than ever. **In The World Health Report**: Vol. 2008. Geneva: World Health Organization.

# Crescimento dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil e a oferta de cirurgiões-dentistas para a Atenção Básica na Região Amazônica

14

Shirley Maria de Araújo Passos  
Célia Regina Pierantoni

Com a criação da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), em 1956, houve um grande impulso no ensino de Odontologia no Brasil. Junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a ABENO foi responsável pela implementação de bolsas para estágio de docentes, tanto nas Faculdades brasileiras como nos Estados Unidos. A ABENO defendia o ensino integrado e se preocupava com a atuação docente (Neto *et al.*, 2006).

Em 1961, foi constituída uma Comissão para apresentar sugestões para a melhoria das condições de ensino odontológico no Brasil. Essa Comissão propôs a ampliação do currículo Odontológico mínimo para quatro anos e o agrupamento de disciplinas em departamentos. A partir daí a ABENO passou a apoiar e defender um currículo mínimo e a organização do calendário escolar, em atendimento à Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1961 pelo então presidente João Goulart (Carvalho, 2001). Dessa forma, houve grande expansão dos cursos de Odontologia, antecedida por um amplo processo de interiorização das faculdades.

Em 1982, o Conselho Federal de Educação (CFE) instituiu o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, visando à formação de um profissional generalista, com carga horária de 3.600 horas e oito semestres de duração do curso. A Resolução número 04, de 03 de setembro de 1982, do referido Conselho, fixou os mínimos de conteúdo e de duração do curso. Esse currículo mínimo vigorou até a promulgação da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a serem aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), que sucedeu o CFE (Perri De Carvalho, 2001).

Até o ano 2000, a equipe de saúde da família era composta, basicamente, por médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, sem a participação do cirurgião-dentista. Por meio da Portaria no 1.444, de 29 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o incentivo financeiro à inclusão de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Dentro de um contexto político,

econômico e social favorável, essa incorporação resultou em uma expansão de equipes de saúde bucal no Brasil (Souza & Rocalli, 2007).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Odontologia foram implantadas a partir de 2002, com o objetivo de fundamentar o planejamento da referida graduação. Essas diretrizes propuseram mudanças de paradigmas, principalmente na formação do cirurgião-dentista, visando um profissional mais crítico, que trabalhasse em equipe, com atuação interdisciplinar e multiprofissional (Morita, Kriger, Carvalho & Haddad, 2007).

Diante desse cenário, o número dos cursos de graduação em Odontologia no Brasil teve significativo avanço nos anos 90, tanto na rede privada como na pública. Houve crescimento representativo em todas as regiões do Brasil, principalmente na Norte, que passou de 02 cursos de graduação em Odontologia, em 1991, a 12, em 2004 (Morita *et al.*, 2007).

Em janeiro de 2004, foram implantadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – pelo MS, tendo como objetivos principais: promover, implantar, supervisionar, avaliar e organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, qualificando a atenção integral às pessoas que procuram esse serviço, ampliando as estratégias para promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, bem como garantindo um maior acesso aos serviços (Brasil, 2004).

Com vistas a realizar um panorama do crescimento dos cursos de graduação de Odontologia da Região Norte, no período de 2004 a 2014, a presente pesquisa é do tipo transversal descritiva, destinada a comparar os dados coletados com os das demais regiões do País. Além disso, busca demonstrar, por meio de quadros e gráficos, a distribuição de vagas, a natureza jurídica, o número de egressos e de concluintes em cada ano e discutir o aumento no quantitativo de cirurgiões-dentistas para a atenção básica na região amazônica.

Esse estudo foi realizado no período de Agosto de 2016 a Agosto de 2017, em consulta aos bancos de dados do MS, da Estação de Pesquisa Observa Rh do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fazendo um corte entre os anos de 2004 a 2014.

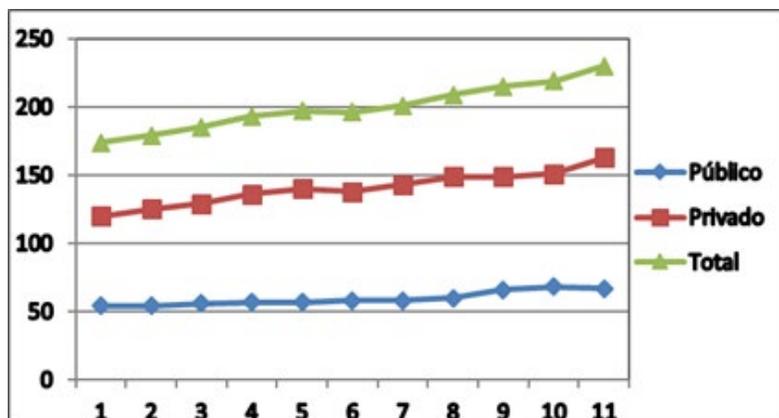
A escolha desse período se deu ao observar várias mudanças ocorridas no contexto da Odontologia nesse intervalo de tempo, atentando para a inserção do cirurgião-dentista na Estratégia da Saúde da Família no SUS (2001), as mudanças nas Diretrizes Curriculares de graduação em Odontologia (2002) e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004).

## Principais dados na evolução da graduação em Odontologia no Brasil e Regiões no período de 2004-2014

Nos anos 90, houve grande e significativo crescimento no número de cursos de Odontologia no Brasil, tanto da rede privada como da pública. De 1991 a 2004, o país passou de 83 para 174 cursos, um avanço de 109,64%. Nesse período, o maior crescimento de cursos de Odontologia foi observado na rede privada, uma elevação de 224,39%, devido aos incentivos à iniciativa privada constantes na Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais (MORITA et al., 2007).

Já de 2004 a 2014, o desenvolvimento dos cursos de graduação em Odontologia se deu de forma mais discreta. Houve uma alta de 32,18% frente aos 174 cursos de 2004, tendo em vista que o Brasil passou a contar com 230 cursos de graduação em 2014. Assim como no intervalo anterior, observou-se maior aumento na rede privada, que passou de 120 cursos, em 2004, para 163, em 2014, o que resultou em uma evolução de 35,83%, diferente dos resultados encontrados no final de 2004. No setor público, o crescimento no número dos cursos de Odontologia no Brasil foi de 24,07%, como é possível notar no Gráfico 1 (a seguir).

**Gráfico 1 - Cursos de Graduação em Odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2004-2014.**



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público	54	54	56	57	57	58	58	60	66	68	67
Privado	120	125	129	136	140	138	143	149	149	151	163
Total	174	179	185	193	197	196	201	209	215	219	230

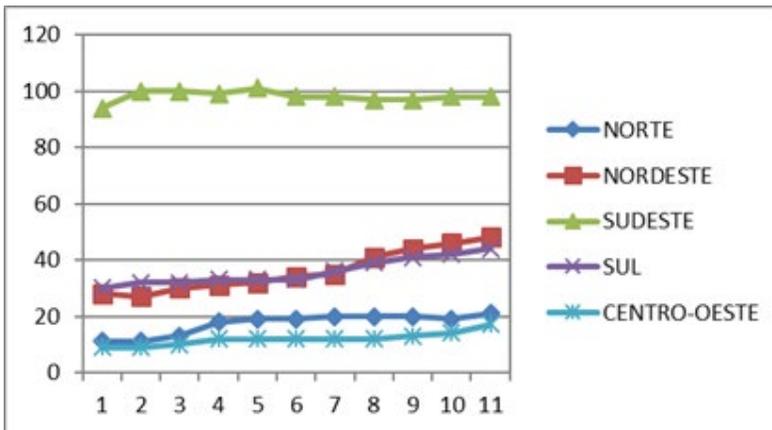
**Fonte:** SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH, o autor, 2016

Em relação às grandes regiões do Brasil, no período de 1991 a 2004, houve crescimento representativo em todas as regiões, com menor crescimento na Centro-Oeste (83,33%) e maior na Norte (500%), que passou de 02 cursos de graduação em 1991 a 12, em 2004 (MORITA et al., 2007).

Já de 2004 a 2014, a região Sudeste concentrou o maior número de cursos de graduação em Odontologia. Contudo, sem um crescimento significativo. Houve apenas um acréscimo de 04 (quatro) cursos no total. Enquanto isso, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram o maior percentual de ascensão, de 90,9% e 88,8%, respectivamente, como é possível notar no Gráfico 2 (logo abaixo). A tendência do crescimento de cursos continuou em alta, quando se compara tal levantamento com os estudos realizados por Pierantoni et al. (2012a).

No mesmo período (2004-2014), as regiões Sul e Nordeste apresentaram um considerável crescimento de 46,66% e 71,42%, respectivamente.

### Gráfico 2 - Cursos de Graduação em Odontologia segundo as grandes regiões. Brasil, 2004-2014.



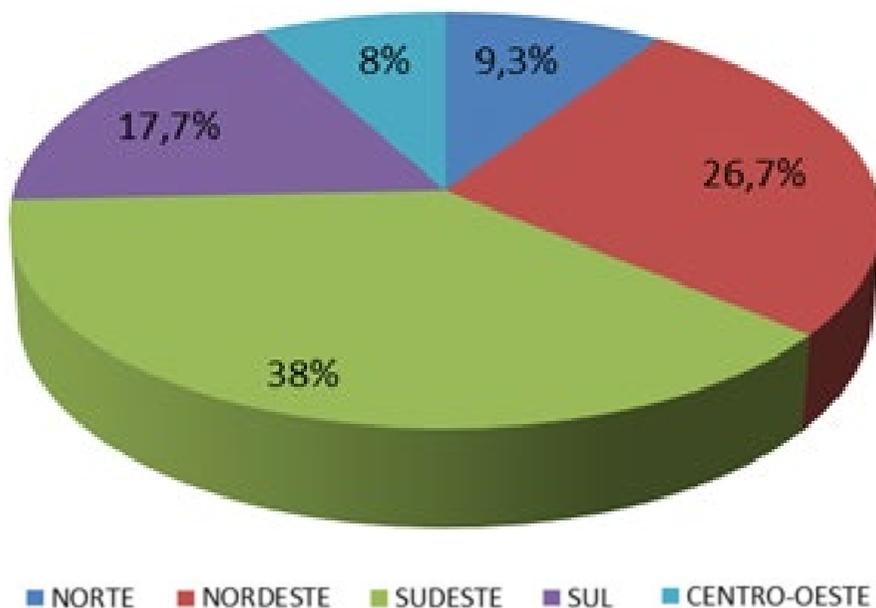
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	11	11	13	18	19	19	20	20	20	19	21
Nordeste	28	27	30	31	32	34	35	41	44	46	48
Sudeste	94	100	100	99	101	98	98	97	97	98	98
Sul	30	32	32	33	33	33	36	39	41	42	44
Centro-Oeste	9	9	10	12	12	12	12	12	13	14	17

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

Embora o número de cursos de graduação em Odontologia no Brasil tenha apresentado um crescimento significativo de 109,64%, entre 1991 a 2004, não foi uniforme entre as regiões (Morita et al., 2007). A região Sudeste detinha, no período, a maioria dos cursos de graduação em Odontologia (54%).

Da mesma forma, no período de 2004-2014, apesar de ter ocorrido crescimento considerável nas demais regiões do Brasil, a Sudeste ainda era responsável pelo maior número de cursos em 2014. Excetuando-se essa região, percebe-se uma distribuição mais uniforme de cursos de graduação em Odontologia nas demais (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Cursos de Graduação em Odontologia segundo as grandes regiões. Brasil, 2004-2014.**



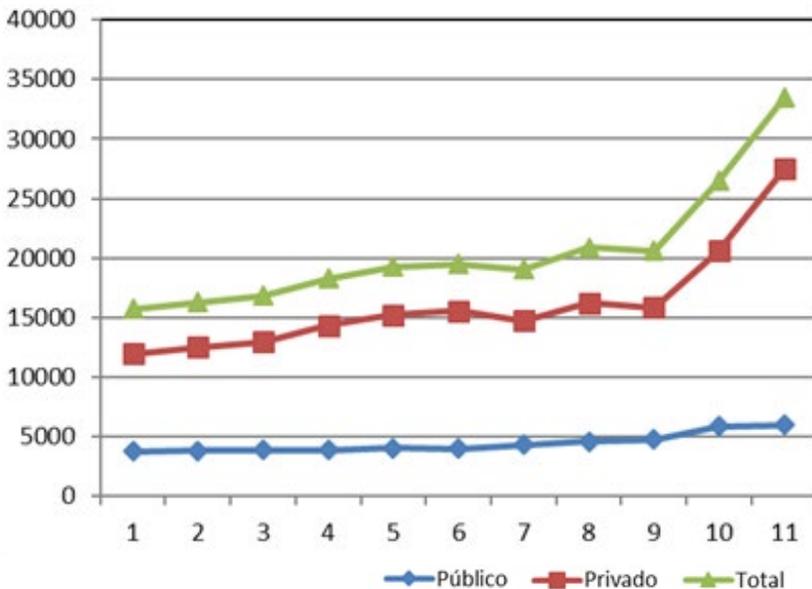
**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2018.

De 299 cursos de graduação em Odontologia existentes no Brasil, 28 estão na Região Norte, ou seja, apenas 9,3% do total. Eles estão distribuídos entre os Estados: Amazonas (08 cursos), Acre (02), Amapá (02), Pará (05), Rondônia (05), Roraima (01) e Tocantins (05), sendo somente 04 da rede pública (INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH, 2018).

Em relação ao número de vagas dos cursos de Odontologia no Brasil, segundo a natureza jurídica, observou-se grande expansão no número de oferta de vagas, uma elevação de 112,73% no período de 2004 a 2014. Como é possível notar nas curvas do Gráfico 4 (a seguir), o setor público apresentou crescimento de 58,21% na oferta de vagas e o setor privado de 130,04%.

Nessa época, a região Sudeste se destacou, com 53,7% do total de vagas dos cursos de graduação de Odontologia no Brasil. Por outro lado, a região Norte foi a que mais aumentou o número de ofertas (215,3%), seguida das regiões Centro-Oeste (197,3%), Nordeste (167,7%), Sul (98,4%) e Sudeste, com a taxa de crescimento mais baixa, de 82,8%.

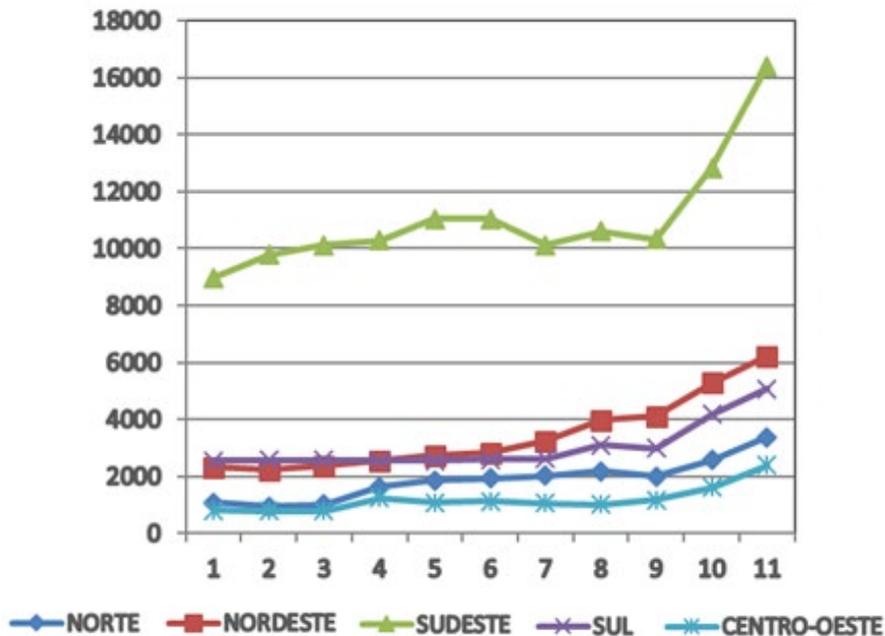
**Gráfico 4 - Distribuição de vagas do Curso de Graduação em Odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2004-2014.**



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público	3791	3804	3878	3895	4027	3975	4324	4614	4766	5869	5998
Privado	11942	12497	12963	14371	15230	15539	14745	16247	15823	20590	27472
Total	15733	16301	16841	18266	19257	19514	19069	20861	20589	26459	33470

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

**Gráfico 5 - Distribuição de vagas do Curso de graduação em odontologia segundo as grandes regiões. Brasil, 2004-2014.**

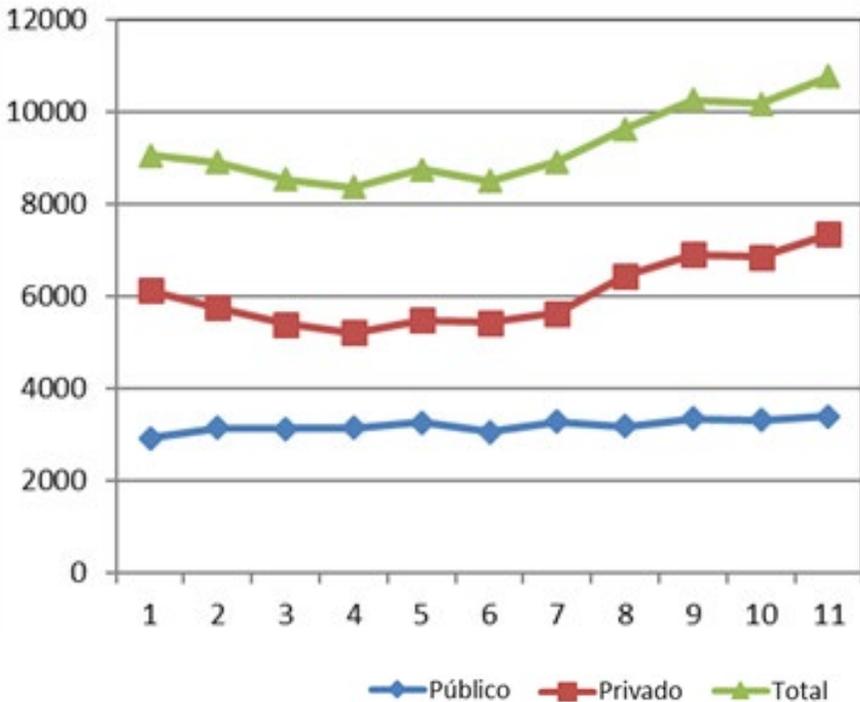


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	1072	943	1016	1636	1860	1924	2024	2177	1992	2566	3380
Nordeste	2324	2227	2371	2558	2726	2832	3248	3968	4116	5272	6223
Sudeste	8983	9781	10113	10287	11039	11047	10129	10608	10328	12827	16421
Sul	2554	2576	2568	2550	2547	2586	2618	3100	2990	4185	5067
Centro-Oeste	800	774	773	1235	1085	1125	1050	1008	1163	1609	2379

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

No Gráfico 6, pode-se observar a evolução do número dos concluintes de cursos de graduação em Odontologia segundo a natureza jurídica, no período 2004-2014. Ao longo desses dez anos, percebe-se que o sistema privado tem ofertado mais profissionais de Odontologia ao mercado de trabalho, em comparação ao setor público. Em 2014, 68,3% dos concluintes de cursos de graduação em Odontologia foram oriundos do setor privado.

**Gráfico 6 - Concluintes do Curso de graduação em odontologia segundo a natureza jurídica. Brasil, 2004-2014.**

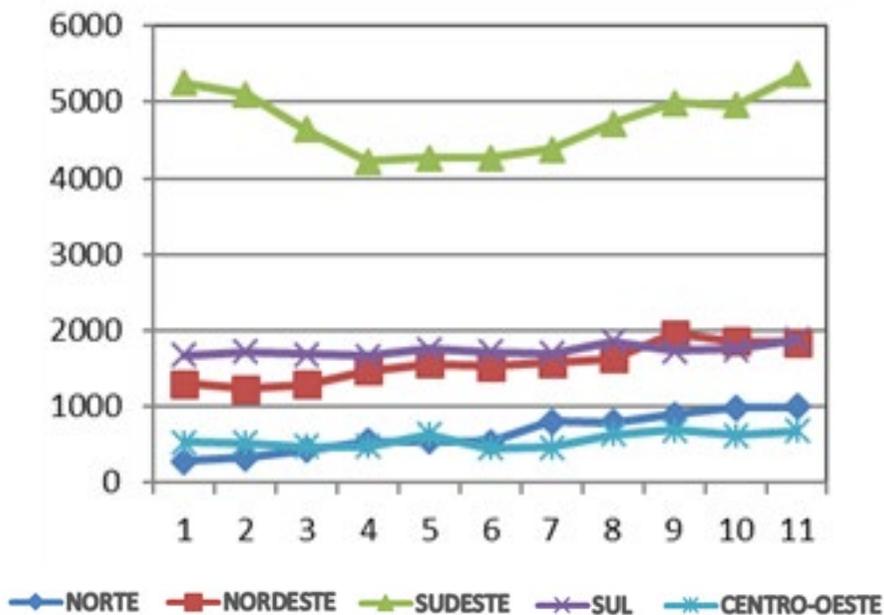


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público	2928	3151	3135	3145	3271	3071	3282	3185	3358	3316	3411
Privado	6128	5768	5398	5221	5483	5439	5648	6452	6911	6864	7357
Total	9056	8919	8533	8366	8754	8510	8930	9637	10269	10180	10768

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

O Gráfico 7 apresenta a evolução do número dos concluintes segundo as grandes regiões, no período de 2004-2014. Nesse caso, a Norte foi a que teve maior crescimento no número de egressos (242,5%), seguida das regiões Nordeste (41,73%), Centro-Oeste (26%), e das regiões Sul e Sudeste, que foram as que apresentaram menor crescimento no número de egressos, 12,2% e 2,0%, respectivamente.

**Gráfico 7 - Concluintes do Curso de graduação em odontologia segundo as grandes regiões. Brasil, 2004-2014.**

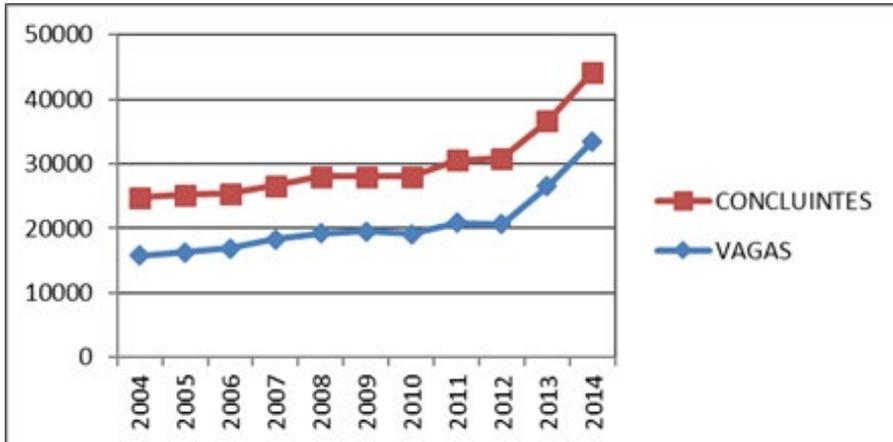


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	288	328	435	542	540	536	802	793	893	982	998
Nordeste	1301	1237	1293	1467	1560	1527	1573	1636	1954	1860	1844
Sudeste	5252	5108	4638	4216	4270	4269	4382	4720	4996	4953	5366
Sul	1677	1719	1687	1666	1750	1721	1702	1853	1730	1756	1882
Centro-Oeste	538	527	480	475	634	457	471	635	696	629	678

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

O Gráfico 8 demonstra o número de vagas e concluintes do curso de graduação em Odontologia segundo as grandes regiões do Brasil, no período de 2004-2014. Nele, é possível notar que, embora exista uma curva crescente nas duas variáveis, o número de vagas é bem maior que o de egressos durante todo esse período. O crescimento do número de ofertas nesses dez anos foi de 112,7%.

**Gráfico 8 - Vagas e Concluintes do Curso de graduação em odontologia segundo as grandes regiões. Brasil, 2004-2014.**



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vagas	15733	16301	16841	18266	19257	19514	19069	20861	20589	26459	33470
Concluintes	9056	8919	8533	8366	8754	8510	8930	9637	10269	10180	10768

**Fonte:** INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS-UERJ do Observa RH; o autor, 2016.

## O impacto do Crescimento do número de profissionais Cirurgiões-dentistas para a Região Amazônica

É importante para o mercado de trabalho de qualquer profissão conhecer a quantidade de profissionais para uma determinada demanda ou população. No caso da saúde, devem ainda ser considerados os fatores sócio-demográficos, epidemiológicos e o processo saúde/doença.

Especificamente na saúde bucal, a concentração de profissionais em cada território pode ser obtida pela relação de cirurgiões-dentistas por habitantes de determinada população. O cálculo pode ser realizado pela razão (R), que expressa o número de habitantes para cada cirurgião-dentista, conforme segue:  $R = \text{no de habitantes} / \text{no de CDs}$ .

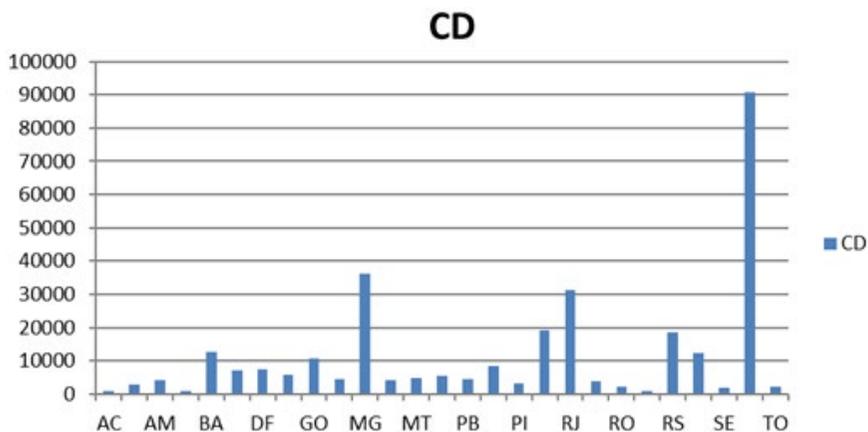
Embora a OMS não tenha estabelecido um valor de referência para o cálculo ideal de cirurgiões-dentistas para uma população, o indicador mais utilizado é

a proporção 01 CD/1.500 habitantes, a qual serve de base para as análises sobre o mercado de trabalho, artigos científicos, dissertações e teses (Lucietto, Amâncio Filho & Oliveira, 2008).

A Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 01 de outubro de 2015, recomendava 1 odontólogo por 1.500 a 5.000 habitantes para garantir o acesso a pelo menos 30% da população em geral por meio do parâmetro de Cobertura da primeira consulta odontológica.

Na distribuição dos Cirurgiões-Dentistas por Unidade Federativa do Brasil, pode-se verificar que, enquanto existe uma grande concentração de cirurgiões-dentistas nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul, há uma menor concentração nos Estados da Região Norte, Acre, Amapá e Roraima (Gráfico 9).

### Gráfico 9 - Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas por Unidade Federativa. Brasil, 2016.



**Fonte:** Conselho Federal de Odontologia, 2018; o autor, 2018.

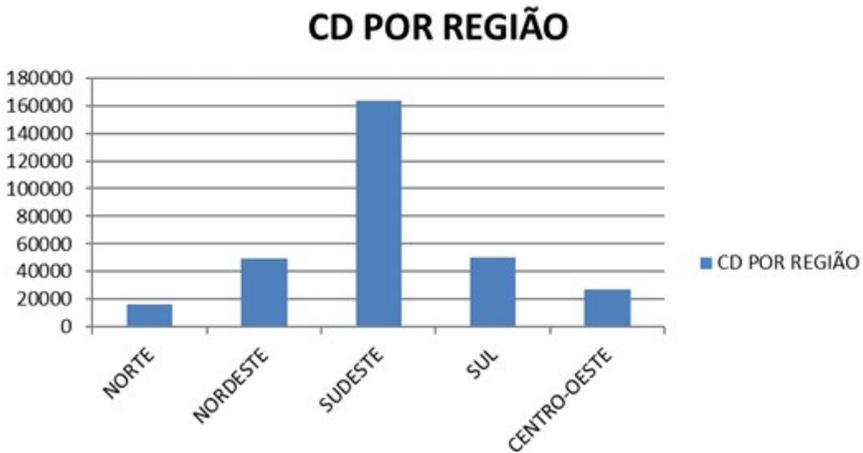
Em relação à distribuição dos Cirurgiões-Dentistas nas Regiões do Brasil, observa-se um número bem maior na região Sudeste, com aproximadamente 160.000 cirurgiões-dentistas a mais quando se relaciona com a média desses profissionais nas demais regiões. Existe uma maior concentração de cirurgiões-dentistas na Região Sudeste e uma menor nas regiões Norte e Nordeste.

Martin et al. (2018) sugerem que o contingente de cirurgiões-dentistas estaria

mais concentrado nas capitais e não nos municípios do interior dos Estados. De acordo com os autores, esses profissionais optam por permanecer em locais de sua formação, onde poderiam realizar educação continuada, como capacitações e especializações.

Comparando os resultados com dados de Fernandes Neto et al. (2006), nota-se que houve um aumento na distribuição de cirurgiões-dentistas nas diferentes regiões do Brasil e, com exceção da região Sudeste, as demais apresentaram uma distribuição mais uniforme, quando se compara a Região Nordeste com a Sul e a Norte com a Centro-Oeste (Gráfico 10).

**Gráfico 10 - Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas por Regiões. Brasil, 2018.**



**Fonte:** Conselho Federal de Odontologia, 2018; o autor, 2018.

Na tabela 1, é possível observar o número de cirurgiões-dentistas, a população e a proporção desses profissionais por habitantes nas Regiões e Estados brasileiros. Percebe-se que existe uma menor proporção de CD por habitantes nas regiões Norte e Nordeste, 01 CD para 1.099 e 1.152 habitantes, respectivamente.

**Tabela 1 - Número de Cirurgiões-Dentistas (CD), População e razão CD/habitantes nas regiões e Estados brasileiros. Brasil, 2018.**

REGIÃO	Estados	CD (nº)	POPULAÇÃO	CD/Habitantes
NORTE	Acre	759	869.265	1/1.145
	Amazonas	4.313	4.080.611	1/946
	Amapá	863	829.494	1/961

	Pará	5.420	8.513.497	1/1.571
	Rondônia	2.256	1.757.589	1/779
	Roraima	798	576.568	1/722
	Tocantins	2.137	1.555.229	1/728
	TOTAL	16546	18.182.253	1/1.099
<b>NORDESTE</b>	Alagoas	2.969	3.322.820	1/1.119
	Bahia	12.782	14.812.617	1/1.159
	Ceará	7.079	9.075.649	1/1.282
	Maranhão	4.344	7.035.055	1/1.619
	Paraíba	4.578	3.996.496	1/873
	Pernambuco	8.462	9.496.294	1/1.122
	Piauí	3.128	3.264.531	1/1.043
	Rio G.do Norte	3.917	3.479.010	1/888
	Sergipe	2.016	2.278.308	1/1.130
	Total	49275	56.760.780	1/1.152
<b>SUDESTE</b>	Espírito Santo	5.779	3.972.388	1/687
	Minas Gerais	36.090	21.040.662	1/583
	Rio de Janeiro	31.237	17.159.960	1/549
	São Paulo	90.655	45.538.936	1/502
	Total	163761	87.711.946	1/535
<b>SUL</b>	Paraná	19.350	11.348.937	1/586
	Rio Grande do Sul	18.523	11.329.605	1/611
	Santa Catarina	12.406	7.075.494	1/570
	Total	50279	29.754.036	1/592
<b>CENTRO-OESTE</b>	Distrito Federal	7.317	2.974.703	
	1/406			
	Goiás	10.636	6.921.161	1/651
	Mato Grosso do Sul	4.204	2.748.023	1/653
	Mato Grosso	4.852	3.441.998	1/709
	Total	27009	16.085.885	1/595

**Fonte:** Conselho Federal de Odontologia, 2018; o autor, 2018.

## **Desafios do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde na Região Amazônica**

É de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação na área da saúde. Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades da população e ao desenvolvimento do SUS. É indispensável a educação continuada para os profissionais de saúde em serviços, como forma de tornar os recursos humanos capazes de compreenderem as necessidades dos serviços e os problemas da população (Farah, 2003). A formação em saúde deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, além de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (Brasil, 2002).

A Estratégia Saúde da Família, responsável pela reorganização dos serviços de saúde na atenção básica, deu um novo impulso para a reformulação do processo de trabalho em saúde do SUS, centrado na vigilância à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação. Nela, a atenção é voltada para a família e com ações organizadas em um território definido. As ações e serviços públicos de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade da atenção, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação popular (Brasil, 2006; Brasil, 2011).

O setor da saúde no Brasil vem sofrendo um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, com vistas à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Para isso, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (Ceccim & Feuerwerker, 2004). De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS- 2005), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde quanto para a saúde coletiva (Brasil, 2005).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabeleceu diretrizes nacionais e disponibilizou instrumentos técnicos e pedagógicos para facilitar o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica. Dentre seus eixos estruturantes, há destaque para a Gestão do Trabalho e Gestão da Saúde, o qual aponta para vários desafios e avanços na política de Gestão do Trabalho e Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Brasil, 2006).

Na presente pesquisa, foi encontrada uma má distribuição de profissionais de odontologia em todas as regiões do país, com piores resultados nas regiões Norte e Nordeste. Victora et al. (2011) reafirmaram a necessidade de profissionais de saúde qualificados para dar conta de um sistema de saúde complexo como o SUS. Os autores entenderam que os principais desafios a serem superados eram: a má distribuição dos profissionais nas diferentes regiões e municípios; a alta rotatividade dos profissionais nos serviços; a falta de carreiras estruturadas; e diferenças salariais entre as regiões, estados e municípios (Victora et al., 2011).

Além de um menor número de cirurgiões-dentistas na região Amazônica, é possível encontrar outros desafios para esses profissionais da área da saúde.

O primeiro se refere ao fato de que, mesmo com todas as vantagens monetárias que alguns gestores de municípios oferecem, os profissionais se acomodam na capital e não querem trabalhar em municípios muito distantes. Além disso, algumas ofertas não são muito atrativas, por conta dos baixos salários, o que causa insatisfação profissional (Rodrigues et al., 2010).

O segundo trata da oferta de cursos de capacitação, especialização, mestrado e doutorado. Esses cursos são realizados em cidades que contam com universidades e faculdades de Odontologia. Sendo assim, muitos profissionais preferem concluí-los a se deslocarem ao interior dos Estados. Martin et al. (2018) apontaram em sua pesquisa que os dentistas graduados costumam optar por permanecer nos locais de formação e não estão se deslocando para locais onde haveria maior necessidade.

Para uma maior ambientação na realidade social, é necessário um estreitamento do vínculo entre as Instituições de Ensino Superior e a rede de serviços de saúde, no intuito de possibilitar a inserção de estudantes nas unidades de saúde e nas comunidades (Magnago & Pierantoni, 2014). Em estudo sobre a rotatividade da força de trabalho médica, foi encontrado que a rotatividade dos profissionais de saúde deve ser analisada, levando em conta, principalmente, o contexto no qual estão inseridos. Ademais, devem ser considerados aspectos como a cooperação e o trabalho em equipe, os modelos de gestão empregados e a infraestrutura municipal (Pierantoni, 2015).

Para Rodrigues et al. (2010), um dos motivos do pouco tempo ou da falta de permanência dos profissionais que integram as Equipes de Saúde Bucal é a falta de vínculo, resultante de contratos temporários. É necessário que sejam implementadas políticas de Planos de Cargos, Carreiras e Salários e realmente efetivadas nos municípios e Estados para reduzir a má distribuição de todos os profissionais de saúde do Brasil (não só de cirurgiões-dentistas), assim como a diminuir a rotatividade. O vínculo predispõe profissionais mais estimulados para o desenvolvimento das ações de trabalho, bem como uma melhor incorporação de novos valores, o exercício de novas práticas e a satisfação profissional (Martelli et al., 2010).

Martin et al. (2018) afirmam, em sua pesquisa, que o mercado de trabalho da Odontologia brasileira está saturado, com um número muito maior de profissionais do que o recomendado pela OMS. De acordo com os autores, a maioria das regiões do país tem número suficiente de dentistas. Por isso, sugerem que estratégias devem ser consideradas para promover a migração desses profissionais para locais de maior necessidade.

Por meio da Portaria nº 2.355, de 10 de Outubro de 2013, o MS estabeleceu a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, com capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Essa portaria alterou a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, em que o recomendado é que 01 (uma) equipe da ESF cubra em média 3.000 pessoas e, em áreas mais vulneráveis, 2.000. Além disso, os municípios devem receber recursos financeiros específicos (Brasil, 2013).

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (EAB) ou Equipe de Saúde da Família (ESF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito (Brasil, 2017). Apesar dos critérios estabelecidos no território brasileiro pelo CFO para distribuição dos cirurgiões-dentistas, o MS desenvolveu parâmetros para que os municípios realizem a cobertura da população na Rede de Atenção Primária à Saúde (Rede APS) das Equipes de Atenção Básica (EAB) ou de Saúde da Família (ESF) com esses profissionais.

Mesmo com as mudanças no perfil dos profissionais, promovidas pela implementação das diretrizes curriculares em 2002, ainda existe deficiência na formação dos profissionais de saúde. Isto porque costuma ser muito tecnicista, centrada em práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado. Além dessas, inclui a capacidade de trabalhar em equipe, implementar atividades de promoção e prevenção em saúde e ter uma postura mais ética e cuidadora dos usuários do SUS (Cecílio et al., 2007).

O MS criou o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Um de seus objetivos é a educação permanente, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no sistema. Os cursos possuem diversos níveis de capacitação acadêmica e podem ser acessados facilmente (Brasil, 2010).

Tanto o MS quanto o Ministério da Educação (MEC) investiram fortemente para aumentar o foco dos cursos de graduação na atenção primária à saúde, com os pro-

gramas Pró-Saúde e Programa Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde).

O Brasil realizou investimento também na formação e qualificação dos trabalhadores técnicos de nível médio e fundamental (Programa Nacional para Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS) (Haddad, 2011). Compete aos municípios estimularem e viabilizarem a capacitação e a educação permanente dos profissionais das ESF's e os que trabalham na Atenção Primária em Saúde, a fim de que ocorram mudanças no perfil desse profissional, com atuação de acordo com os pressupostos da Saúde da Família (Brasil, 2006).

## Considerações Finais

Na presente pesquisa, foi possível observar um aumento considerado dos cursos de graduação em Odontologia no período pesquisado, segundo as grandes regiões, com um maior crescimento na rede privada. A região Norte apresentou uma maior ascensão de cursos de Odontologia em relação a outras regiões do País. Foi a que mais aumentou o número de vagas e a que teve o maior crescimento no número de egressos nesses dez anos.

Existe uma distribuição mais uniforme de cursos de graduação em Odontologia nas grandes regiões do Brasil, no entanto, a região Sudeste ainda detém uma grande fatia do total. Ademais, a rede privada oferece um maior número de vagas para graduação em Odontologia em todas as regiões do país.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de pesquisas para avaliar os problemas locais e como tem sido a prática dos profissionais da Odontologia egressos. Deve-se ter um rigor maior para abertura desses cursos, pensando no mercado de trabalho e em formar cirurgiões-dentistas, de fato, que trabalhem em equipe e de forma integral, atendendo os anseios e necessidades de sua localidade, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade, em benefício da sociedade e, principalmente, atendendo ao novo modelo público de ofertas e serviços de saúde.

## Referências

Brasil. (2005). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Série Cadernos Técnicos - CNS/ Série J. Cadernos - MS. 3ª ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2008.

Brasil. (2018). Ministério da Educação. **Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - SIGRAS**. Dados da Educação Superior do INEP/MEC. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **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 o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **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). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 23 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **Portaria nº. 1.631, 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)>. Acesso em: 23 de março de 2018.

Brasil. (2018). Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em: 28 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 25 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. (2018). **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 25 de março de 2018.

Ceccim, R. B., Feuerwerker, L. C. M. (2018). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: Physis - **Revista de Saúde Coletiva**, 14(1), p. 41-65. Recuperado em 15 maio, 2018 de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt)

Cecilio, L. C. O., Andrezza, R., Souza, A. L. M., Lima, M. R., Mercadante, C. E. B., Pinto, N. R. S., Veja, C., Spedo, S. M., Lacaz, F. A. C., Sato, W. N. S., Bestetti, L. M. A. (2007). O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. In: RECIIS. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, 1(2), p. 200-207.

Conselho Federal de Odontologia (2016). **Sistema de Cadastro**. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total\\_Geral\\_Brasil.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total_Geral_Brasil.pdf)>. Acesso em: 11 de novembro de 2016.

Farah, B. F. (2003). Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? In: **Revista de Atenção Primária a Saúde**, 6(2), pp. 123-125. Recuperado em 10 dezembro, 2017 de <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>

Fernandes Neto, A.J. et al. (2006). Odontologia. In: HADDAD, Ana Estela. **et al. A Trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Haddad, A. E. (2017). **A Odontologia na Política de Formação dos Profissionais de Saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOUSP**. Tese de livre Docência. Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2011. Recuperado em novembro, 2018 de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/23/tde-13052013-143506/pt-br.php>

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística - IBGE. (2018). **Estimativas da População Residente no Brasil e Unidades da Federação**. Data de referência em 1º de Julho de 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

Lucietto, D. A., Amâncio F.A., Oliveira, S.P. (2017). Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. In: **Rev. Fac. Odontol**, 49(3), p. 28-35. Recuperado em 19 novembro, 2017 de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/5146/7638>

Magnago, C., Pierantoni, C. R. (2017). A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família. **In: Revista Cereus**, 6(1), p. 03-18. Recuperado em 10 dezembro, 2017 de <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/573>

Martin, A. S. S., Chisini, L. A., Marteli, S., Morello, S., Ramos, E. C., Demarco, F. F. (2018). Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. **In: Revista da ABENO**, 18(1), p. 63-73. Recuperado em março, 2018 de <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/399>

Morita, M. C., Kriger, L., Carvalho, A. C. P., Haddad, A. E. (2018). **Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia**. Maringá: Dental Press: ABENO: OPAS: MS, 2007. Recuperado em 15 abril, 2018 de [http://www.abeno.org.br/aadm/images/stories/downloads/implantacao\\_das\\_diretrizes\\_curriculares\\_nacionais\\_abeno\\_2007.pdf](http://www.abeno.org.br/aadm/images/stories/downloads/implantacao_das_diretrizes_curriculares_nacionais_abeno_2007.pdf)

Morita, M. C.; Haddad, A. E.; Araújo, M. E. de. (2018). **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. Disponível em: <[http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download\\_20111202125600.pdf](http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111202125600.pdf)>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

Nescon/UFMG. (2012). **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado de Recursos Humanos em Saúde do Nescon/UFMG**. Identificação de áreas de Escassez em recursos Humanos em saúde. Relatório Final de Atividades. Belo Horizonte: ESPM/ NESCON/UFMG, 2012.

Perri De Carvalho, A. C. (2016). **Ensino de Odontologia em tempos de LBD. 1ª ed. Canoas: Ed. ULBRA**, 2001. Recuperado em 9 outubro, 2016, de [https://books.google.com.br/books?id=fIcGshv38wkC&lpq=PA3&hl=pt\\_BR&pg=PA17#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=fIcGshv38wkC&lpq=PA3&hl=pt_BR&pg=PA17#v=onepage&q&f=false)

Pierantoni, C. R.; Dal Poz, M. R.; França, T. (Orgs.). (2011). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESSC: IMS/ UERJ: ObservaRH.

Pierantoni, C. R. et al. (2012ª). **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESSC: IMS/UERJ: ObservaRH.

\_\_\_\_\_. (2012b). **Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESSC: IMS/UERJ: ObservaRH.

\_\_\_\_\_. (2018). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **In: Saúde Debate**. Rio de Janeiro, vol. 39, nº 106, pp. 637-647, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300637&script=s>>

ci\_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 de março de 2018.

Rodrigues, A. Á. A. O. , Fonsêca, G. S., Siqueira, D. V. S., Assis, M. M. A., Nascimento, M. A. (2017). Práticas da Equipe de Saúde Bucal no programa saúde da família e a construção (des) construção da integralidade em Feira de Santana - BA. **In: Revista de APS**, 13(4), p. 476-485. Recuperado em 28 novembro, 2017 de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1016>

Souza, T. M. S., Roncalli, A. G. (2007). Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. In: **Caderno de Saúde Pública**, 23(11), p. 2727-2739.

Victora, C. G, et al. (2011). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **In: The Lancet**. Series Health in Brazil, 377(9732), p. 2042-2053.

# A saúde na Amazônia (fluida e flu- tuante): territórios líquidos e com- plexos para a produção de sentidos e de práticas

15

*Júlio Cesar Schweickardt*

*Ana Elizabeth Sousa Reis*

*Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos*

*Daniele Noal Gai*

*Fabiana Mânica Martins*

A Amazônia é por si só complexa porque tem características de uma grande diversidade sociocultural com diferentes formas de uso do território, formando territorialidades muito específicas. Os territórios são ocupados por diferentes povos que projetam neste espaço sua cultura, suas práticas, crenças, modos de existir e significados de vida. O território é entendido como um espaço que foi projetado, com uma relação de trabalho, energia ou informação e, conseqüentemente, marcado pelo poder (Raffestin, 1993). Assim, as formas de fazer saúde e políticas públicas na Amazônia ganham dimensões específicas quando dialogamos com as formas de organização dos grupos sociais e seus modos de organizar a vida.

A diversidade da Amazônia ditada principalmente pela natureza e a diversidade cultural, produz um território complexo e específico e se coloca como um grande desafio para a saúde e para as políticas públicas de saúde. Pensar a diversidade da Amazônia implica preocupar-se estrategicamente com as distâncias, com o acesso, além dos tempos e ritmos dos corpos e dos povos. A área móvel, movente, fluante, flexível pode ser transposta para as compreensões, impressões e ações frente a Amazônia? As vidas, os profissionais de saúde, as redes de cuidado, as posturas e as ações em saúde, banhadas e banhando-se da fluidez da Amazônia e seu(s) território(s), são diferentes das de outros contextos.

A natureza é um fator de grande influência nos modos de vida de toda a população habitante do território Amazônico. Podemos tomar como referência duas regiões que estão marcadas pelo ciclo das águas: a várzea e a terra firme. Em ambas, a água é um elemento fundamental para o meio de vida (Schweickardt et al., 2016). A várzea é "a região sujeita, parcial ou totalmente, às inundações

anuais” (Fraxe, 2000, pg.46), que diferencia-se da terra firme principalmente por dois elementos: solo e ciclo anual. O solo da várzea é rico devido aos sedimentos depositados e rejuvenescidos a cada ano. O ciclo da várzea é comandado pela enchente e vazante do rio, enquanto em terra firme, o ciclo é guiado pela sazonalidade das chuvas (Fraxe, 2000).

O regime das águas compreende os eventos hidrológicos de cheia e vazante do rio. O período conhecido como vazante é o processo de diminuição do nível do rio. Neste período há pouca precipitação, conhecido também como verão, tempo de máxima insolação. Na cheia, acontece o processo inverso, há um aumento do nível do rio, coincidindo com um período de maior pluviosidade (Souza, 2012). A população que vive no entorno dos rios é chamada de ribeirinha, caboclo ou caboclo-ribeirinho como utilizado por Fraxe (2007). A autora utiliza ainda em outra obra o termo “homens anfíbios” para se referir metaforicamente aos indivíduos que habitam a várzea (Fraxe, 2000).

Considerando as características desse território, propomos o conceito de território líquido, que não diz respeito apenas à localização geográfica das comunidades ribeirinhas, mas relaciona-se com o fluxo das pessoas que vivem as suas vidas sendo influenciado diretamente pelo ciclo das águas. Assim, temos um espaço das tradições culturais que dá sentido e significado às águas, sendo mediado pelos mitos, crenças, deslocamentos, produção e reprodução da vida. Por fim, as significações do ambiente da população estão diretamente relacionadas com esse território líquido (Lima et al., 2016).

Nesse sentido, o posicionamento político e epistemológico de Boaventura Sousa Santos (2007) contribui na nossa produção acerca da necessidade de promover a sociologia e a epistemologia das presenças, superando assim as ausências. Entendemos que o movimento de valorizar e promover as presenças daqueles objetos e sujeitos que foram, historicamente, invisibilizados na produção do conhecimento científico hegemônico. Entendemos que essa postura teórico-política implica em dizer que há conhecimentos reconhecidos como verdades e possuem autoridade no mundo do cuidado, no mundo da saúde, como é o caso das parteiras, os rezadores e os pajés.<sup>29</sup>

Fazemos assim uma crítica à supremacia da ciência, do saber científico hegemônico que não tem o compromisso de dialogar com outros tipos de práticas

<sup>29</sup> Colaboradores e colaboradoras do LAHPSA na produção do conhecimento, na concretização da ecologia dos saberes, são pessoas que exercem as mais diversas formas de cuidar da vida, desde as humanas até as mais diversas formas de manifestação de vida (encantados, cidades dos rios).

e conhecimentos que se apresentam nos diferentes territórios, em especial no vasto território Amazônico. Do mesmo modo, quando falamos de inovações no mundo do cuidado em saúde, esse mesmo pensamento hegemônico interfere na produção das políticas ignorando muito do que a Amazônia tem a dizer no campo das políticas. Assim, convoca para o desafio de buscar uma prática científica que crie solidariedade tanto para a sociedade quanto para a natureza.

A sociologia das ausências parte do objetivo de identificar o que falta e por que falta, recorrendo a um conhecimento que não se limite ao que existe, ou seja, ao que já está presente. Os vazios criados pela própria ciência privilegiaram determinadas práticas de saber e excluiu outras, por isso há um compromisso epistemológico para as mais diversas práticas e saberes (SANTOS, 2000). Nesse momento, precisamos relembrar do 'inédito viável', conceito de Paulo Freire, que significa a promoção de encontros e diálogos entre as diferenças no tempo-espaço que buscam abrir as potências que se manifestam nesses encontros.

A principal porta de entrada dos usuários desse imenso território para o sistema de saúde ainda continua sendo a Atenção Básica à Saúde (ABS), caracterizada por desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, de forma articulada entre a atenção, a promoção e a proteção da saúde e referida a um território específico, com ações de densidade tecnológica diferenciada. ABS traz uma complexidade que não é dos equipamentos e insumos de última geração, mas traz a vida das pessoas em seus lugares que não passa pelo controle das instituições e dos profissionais. Portanto, fazer uma atenção no território de vida das pessoas significa colocar em jogo as tecnologias leves para responder às necessidades e demandas que a vida traz em si, na sua complexidade e nas mais variadas dimensões do cuidado.

Considerando as especificidades da ABS na Amazônia, foi incorporado à Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) a estratégia das Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as equipes da saúde da família fluviais e ribeirinhas. Essa foi uma grande conquista da região Amazônica e do Pantanal porque é uma política que dialoga com as características da região. No contexto amazônico, as UBSF surgem como uma inovação para atender às especificidades produzidas pelo território, desta forma, a Amazônia é também vista como um palco potente para inovações nas políticas de saúde (Lima et al., 2016). As unidades de saúde fluviais respondem às políticas públicas e suas diretrizes para o enfrentamento da exclusão e do isolamento das populações ribeirinhas. Importante destacar que as UBSF têm um processo de trabalho diferenciado, pois traz consigo os princípios da ABS como a integralidade, a longitudinalidade e a equidade do cuidado.

A saúde *fluvial* já era realizada pelas gestões locais e pelos estados da região amazônica desde a década de 1920, mas tinham como característica de ser

campanhista, isto é, realizava as viagens para as áreas ribeirinhas em períodos de campanha de vacina e atendimento assistencial para endemias específicas. Do mesmo modo, eram realizadas de assistência social, que eram estavam associadas aos períodos políticos dos municípios. Além disso, as viagens das equipes em barcos regionais dificultavam o trabalho da equipe devido às precárias instalações da embarcação e também por não ter espaços específicos para o cuidado adequado das pessoas (Azevedo et al., 2019).

As UBSFs são mais do que embarcações que percorrem os rios e lagos da Amazônia Brasileira fazendo assistência à saúde. Existe um cuidado singular, uma prática que extrapola os cuidados tradicionais em UBS fixas. A UBSF se desloca até as pessoas, indo ao lugar de vida das pessoas, onde as redes vivas se constituem. Assim, como uma UBS tradicional, têm o compromisso de atuar segundo os princípios da Atenção Básica à Saúde, quais sejam, a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Entretanto, a UBSF produz para além do vínculo da equipe a um território, vinculando-se a territórios dispersos nas margens dos rios e lagos. E o mais importante, a Unidade Fluvial cria acesso e inclusão da população que tinha uma oferta de serviços de saúde de modo descontínuo e irregular (Martins et al, 2019).

Desse modo, entendemos que a complexidade da Atenção Básica na Amazônia merece uma epistemologia que possibilite um olhar mais amplo sobre a realidade, incluindo as formas de representar, simbolizar a vida das pessoas dos espaços. No que se refere ao cuidado à saúde, os trabalhadores, gestores e cuidadores tradicionais da saúde são agentes que atuam na produção de saúde de uma modelagem singular e plural, respeitando a dinâmica da vida e as presenças nos diferentes territórios da Amazônia. Portanto, se reconhecemos a vida na sua complexidade precisamos ampliar os nossos olhares e interpretações para as paisagens, os territórios e os lugares onde as redes se fazem presentes e vivas.

## ***A interprofissionalidade entre a educação e as práticas colaborativas em saúde - diálogos possíveis***

As políticas de saúde necessitam dialogar com as demandas da população e também com as características dos territórios. Entendemos que uma atuação dos trabalhadores de modo interprofissional contribui para a superação da fragmentação do cuidado, pois potencializa a integração dos serviços de saúde e aumenta a resolutividade da atenção. A interprofissionalidade é caracterizada com a atuação de dois ou mais profissionais que agem de modo integrado e colaborativo. A construção conceitual da educação interprofissional é essencial para o desenvolvi-

mento de formas colaborativas que estejam em sintonia com a prática, na qual os indivíduos trabalham de forma integrada e com finalidade em comum. A garantia desta interprofissionalidade é que fortalece os sistemas de saúde (OMS, 2010).

A colaboração interprofissional parece ser uma das formas de intervenção possível na tentativa de suprir as necessidades de saúde, maximizando em paralelo os recursos limitados para que o profissional possa pensar a interprofissionalidade. Portanto, a vivência interprofissional reconhece o trabalho do outro como possuindo um saber diferenciado e que pode colaborar com o cuidado integral da pessoa. Por outro lado, é necessário que haja um estímulo à educação interprofissional, pois essa proporciona a efetiva prática colaborativa que, por sua vez, otimiza os serviços de saúde, e fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados na saúde (Barr et al., 2000).

A qualidade dos serviços ofertados à população pode ser enfrentada com ações colaborativas. A colaboração interprofissional é uma tentativa de suprir as necessidades de saúde, maximizando os recursos limitados. Para que o profissional possa pensar a interprofissionalidade é importante que ele vivencie isto, reconhecendo o trabalho do outro e realizando trocas de saberes. O aprender junto, o trabalho conjunto respeitando as especificidades de cada um, buscando a melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.

Nessa lógica, é desafiadora a preparação dos profissionais de saúde para uma prática interprofissional, além dos desafios trazidos pela especificidade territorial. Temos nesse livro alguns exemplos de práticas de educação interprofissional como a experiência do "Internato rural" desenvolvido pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), que desloca alunos de medicina, odontologia e enfermagem na prática da atenção básica nos municípios do interior do Amazonas. O estágio rural, desse modo, se torna um instrumento potente para a integração dos alunos com a prática profissional, proporcionando uma atuação junto aos profissionais de outros cursos da saúde na realidade do SUS.

Segundo Toassi (2013) a compreensão da complexidade da produção da saúde e os diversos saberes e práticas que a constituem requer conhecimentos interdisciplinares e, muitas vezes, sintetizados em ato no cotidiano do trabalho. Os estudos "Problematizando o processo de trabalho em uma equipe de saúde da família na Amazônia legal" e "A contribuição do ensino de gestão na graduação para o enfermeiro da atenção primária à saúde", apresentados neste livro, mostram a dificuldade que os profissionais, quando atuando na realidade do sistema de saúde, enfrentam para trabalhar de forma interdisciplinar e, nas situações que a técnica aprendida no curso de graduação não lhes oferece possibilidades para resolutividade. Pode-se dizer que é nesse ponto de conflito e tensão,

no cotidiano do trabalho, que nascem as inovações, frutos da necessidade e da urgência do ato de cuidar a saúde dos outros. No entanto, torna-se relevante destacar que a aprendizagem ocorre no e pelo trabalho, reafirmando a ideia de que a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade acontece quando estamos abertos ao aprendizado que o trabalho nos traz.

Em um estudo realizado numa Unidade Básica de Saúde Fluvial no município de Borba, interior do Amazonas, foi destacado que os trabalhadores da saúde são confrontados cotidianamente entre o trabalho prescrito e o real. Desta forma, os modelos de atenção à saúde são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, reconhecidas nas políticas públicas (Lima et al., 2016).

A interdisciplinaridade permite o desenvolvimento de capacidades interprofissionais que exigem a integração, o compartilhamento, a partilha, o planejamento coletivo, a compreensão da construção de relações de trabalho democráticas, e, sobretudo relações e princípios éticos. Destaca-se também a interdisciplinaridade como modo de organização do trabalho em saúde, que promove o desenvolvimento de disposições individuais e singulares, tais como a flexibilidade, a confiança, a paciência, a intuição, a capacidade de adaptação, a humanização (sensibilidade em relação às demais pessoas), a aceitação de riscos, a ação em meio a diversidade, a aceitação dos novos olhares (Vilela & Mendes, 2003), bem como a capacidade crítica de respeito mútuo, pró-atividade, articulação com outros profissionais incluindo a intersetorialidade.

Do mesmo modo o processo de formação é permanente, um constante movimento de transformação de si e do que o cerca. É quando nos damos conta de que 'somos gente' e que precisamos tomar nossa história nas mãos, resignificar os aprendizados e seguir adiante com todos esses afetos produzidos, com as marcas que nos deixaram e que deixamos no outro. Tudo isso por meio da metodologia do 'encontro'. O encontro de saberes que tem como ponto de partida o lugar de si e do outro, as belezas da natureza e seus mistérios. Assim como as certezas, as dúvidas e as estranhezas que nos fazem sentir, afectar, encontrar e tocar mundos nos processos de aprendizagem.

Entendemos, assim, que a reordenação da (trans)formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde requer de se elaborarem alternativas para um contexto de mudanças, em que a postura dos profissionais possa contribuir na construção de uma nova sociedade, produzida com ela e nela. Para isso é necessário ultrapassar muitas das barreiras além de assumirmos uma nova postura ético-política de trabalhar na saúde, em que o conhecimento, presente na forma-

ção e no cotidiano, possam levar ao desenvolvimento de ações transformadoras, embasadas na ética, solidariedade e promoção de cidadania.

## Considerações finais

O cenário atual do trabalho tem demandado modos de atuação profissional, cada vez mais centrados em estratégias inovadoras, proativas e empreendedoras (Ferreira et al., 2016). Apontamos, a partir da leitura dos textos reunidos neste livro, que os profissionais da saúde atuantes na implementação das políticas públicas da saúde, avançaram na estratificação de estratégias em saúde que são inovadoras e complexas, ao mesmo tempo em que são inventivas e flexíveis. Além disso, temos que pensar no usuário que é o fim das ações da saúde. “A integralidade é uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas vigentes, envolvendo a formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde” (Ferla & Toassi, 2017, p. 7).

Atuações de profissionais de saúde dedicados ao seu tempo, contemporizadores das demandas e sensíveis ao território, são descritas neste livro, que, desejamos fortemente, seja uma escritura importante para a formação em saúde, para a educação em saúde, para a educação permanente em saúde e para práticas colaborativas. Para isto, é necessário que as instituições formadoras pensem em estratégias educativas interprofissionais inovadoras para aproximar estudantes da realidade do SUS, especialmente aos territórios líquidos da Amazônia.

O poeta Manoel de Barros (2013) nos ensina que necessitamos desver o mundo para que os desvios possam criar um horizonte de novos acontecimentos que gerem mudanças. Assim, é necessário que o cotidiano na educação e no trabalho seja permeado pelo exercício metodológico, pedagógico e crítico do desver para podermos transver novas formas de escrever e de existir nas realidades e nos mundos.

## Referências

Azevedo, E.S.; Schweickardt, J.C.; Martins, F. M.; Lima, N.P.T.; Moreira, M. A. (2019). **Saúde ribeirinha em Tefé: aprendizados da Atenção Básica num território em movimento**. In: Moreira, M. A.; Figueiró, R. K. S.; Ferla, A.A.; Schweickardt, J.C. Educação Permanente em Saúde em Tefé: qualificação do trabalho no balanço do banheiro. Porto Alegre: Rede Unida.

Barr, H et al. (2000). **Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care**. London, BERA/CAIPE.

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

Brasil. (2017). 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). Brasília: Ministério da Saúde.

Ferla, A.A.; Toassi, R.F.C. (2017). Formação Interprofissional em Saúde: um Caminho a Experimentar e Pesquisar. **In: Toassi, R.F.C.** Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida.

Ferreira, G.E; Kaiser, D.E; Duarte, E.R.M. & Ferla, A.A. (2016) Configurações contemporâneas do mundo do trabalho, proatividades e redes de colaboração em saúde. In: **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas / Gomes, L.B., Barbosa, M. G., Ferla, A. A. (orgs).** Porto Alegre: Rede UNIDA.

Fraxe, T. J. P. (2000). **Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. [s.l.] Annablume.

Lima, R. T. S.; Simões, A. L; Heufemann, N. E & Alves, V. M. (2016) Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. **In: In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**, Vol. 1 org: Ceccim, R. B. et al. -Porto Alegre: Rede Unida.

Martins, F.M.; SCHWEICKARDT, J. C.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C. FERLA, A. A. (2019). A saúde nos territórios das águas: um estudo sobre a Gestão e o Cuidado em Unidades Fluviais na Amazônia. **Paper** apresentado no Laboratório Ítalo-Brasileiro, Bolonha/Itália. (anais no prelo).

Organização Mundial de Saúde. (2010). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS.

Raffestin, C. (1993). **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática.

Schweickardt, J. C; Lima, R. T. S; Simões, A. L; Freitas, C.M & Alves, V. M. (2016). Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. **IN: In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede, Vol. 2. Org: Ceccim, R.B et al.** -Porto Alegre: Rede Unida.

SANTOS, B. V. S. (2000). **A crítica da razão indolente contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez.

SANTOS, B. V. S. (2007). **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação**

**social.** São Paulo: Boitempo.

SANTOS, B. V. S. (2007). **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes.** v. 79, p. 71-94. Novos estud. São Paulo: CEBRAP.

Toassi, R. F. C.; Bueno, D; Baptista, A. M. L; Silva, J. O; Canuto, R. & Ferla, A. (2013). Práticas integradas em saúde: estratégia de ensino para mudanças curriculares na UFRGS. Ferla, A. A. **In: Integração ensino - serviço: caminhos possíveis?** / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Liliane Maria dos Santos. - Porto Alegre: Rede unida.

Vilela, M. (2003) Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem.**

# Sobre os autores e autoras

16

## **Alcindo Antônio Ferla**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, doutor em Educação pela UFRGS. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Professor e pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural e no Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES/UNAM). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

## **Daniele Noal Gai**

Graduada em Educação Especial pela Universidade Federal de Santa Maria (2003). Mestre em Educação e Arte pela UFSM (2008). Mestre em Processo de Inclusão pela UFRGS (2008). Doutora em Ensino na Saúde pela UFRGS (2015). Docente da UFRGS em exercício no Instituto Leônidas e Maria Deane. E-mail: daninoal@gmail.com

## **Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt**

Graduada em Agronomia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (1990) e em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997). Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2001). Doutora em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2010). Docente Adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Amazonas e Secretária Municipal de Educação de Manaus - AM. E-mail: katiahelena@ufam.edu.br

## **Júlio César Schweickardt**

Graduação 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. Membro da coordenação da Associação da Rede Unida. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

## **Alayde Vieira Wanderley**

Graduação em medicina pela Universidade Federal do Pará - UFPA (2001).

Residência em Cancerologia Pediátrica na UNICAMP (2006). Mestre em Oncologia pela UFPA (2013). Docente do Curso de Medicina/Universidade Federal do Pará. Médica Oncopediatra no Hospital Ophir Loyola, Secretaria de Estado de Saúde Pública.

### **Alessandro Sampaio Ribeiro**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2014). Especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA (2017). Pós-graduando MBA em Coaching pela Faculdade Profissional (Curitiba, PR). E-mail: alessandro.sampaio@ymail.com

### **Alexandre Augusto Leão Pryjma**

Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA (2017). Servidor da Força Aérea Brasileira. E-mail: allpryjma@gmail.com

### **Ana Elizabeth Sousa Reis**

Graduação em psicologia pela UNINORTE (2010). Especialização em Saúde Mental, álcool e drogas pela Instituição Leônidas e Maria Deane- Fiocruz (2014). Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde- Atenção em Doenças Neurológicas pela Universidade Federal do Amazonas (2017). Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ (2018). Mestranda do programa Condições de vida e situações de saúde na Amazônia da Instituição Leônidas e Maria Deane- FioCruz, FIOCRUZ. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail: anikereis@gmail.com

### **André Luiz Machado das Neves**

Graduação em Psicologia pelo Instituto Esperança de Ensino Superior - IESPES (2011). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2013). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2019). Professor da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: andre\_machadostm@hotmail.com

### **Caroline Amaral Diniz**

Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará - UEPA (2019). E-mail: carolineamarald@gmail.com

### **Célia Regina Pierantoni**

Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ (1974). Mestre em Medicina (Endocrinologia) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio (1979). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ (2000). Professora do Instituto de Medicina So-

cial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - IMS/UERJ. Pós-Doutora pela Faculdade de Medicina da USP, FM - USP (2010). E-mail: cpierantoni@gmail.com

### **Cleson Oliveira de Moura**

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1998) e em Programa Especial de Formação Pedagógica pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR (2004). Especialização em saúde da família pela UNIR (2007). Mestre em Ensino em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (2013). Doutorando em enfermagem no programa de Doutorado DINTER EEAN/UFRJ/UNIR. Professor de magistério Superior pela UNIR no departamento de Medicina. E-mail: cleson.moura@gmail.com

### **Danilo Ribeiro de Oliveira**

Graduação em Farmácia Industrial pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2002). Especialização em Homeopatia pelo Instituto Hahnemanniano do Brasil - IHB (2004). Mestre e Doutor em Química de Produtos Naturais pelo Núcleo de Pesquisa de Produtos Naturais/Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ - (2004 e 2009). Professor Adjunto no Departamento de Produtos Naturais e Alimentos da Faculdade de Farmácia da UFRJ e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. E-mail: danilopharma@gmail.com

### **Djuliane Maria Gil Schaecken Rosseti**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM (2014). Especialização em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Martha Falcão/DeVry (2016) e especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA (2017). Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM). E-mail: djuliane.rosseti@gmail.com

### **Elisângela da Silva Ferreira**

Graduação em Enfermagem (2008), Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva (2009) pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Especialização em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola (2011). Mestre em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários - BAIP (2013) pela UFPA. Doutoranda do Programa de Engenharia em Recursos Naturais da Amazônia/PRODERNA. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará

### **Fabiana Mânica Martins**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (2010). Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo ILMD/Fiocruz/Amazônia e Universidade Federal do Amazonas (2015).

Doutoranda no Programa Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Amazonas. E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br.

### **Fabiane Veloso Soares**

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (2008) e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amazonas (2012). Doutora em Biotecnologia na área de saúde pela Universidade Federal do Amazonas (2017). Professora universitária na IES Faculdade UNINASSAU. E-mail: fabiane\_pinks@hotmail.com

### **Gabriela Amorim Barreto**

Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará - UEPA (2007). Especialização em Traumatologia-ortopedia com ênfase em Terapia Manual pela Faculdade Integrada de Goiás, FIG (2013). Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia - UEPA (2017). Docente do curso de Fisioterapia - IESPE. Em exercício no Hospital Municipal de Santarém. E-mail: barretog\_a@yahoo.com.br

### **Gabriela Campos de Freitas Ferreira**

Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Pará, UFPA (2018)

### **Hermon Nogueira Lopes**

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Norte - Uninorte Laureate (2018). Pós-graduando em Fisioterapia Respiratória do Instituto Brasileiro de Formação - IBF. E-mail: hermonogueira@hotmail.com.

### **Itana Suzart Scher**

Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia, experiência em atividades de extensão e pesquisa em Farmacognosia, Etnobotânica e Educação em Saúde através do Programa de Extensão Permanente Farmácia da Terra. E-mail: isuzarts@gmail.com

### **Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos**

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (2017). Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-Fiocruz (2018). Mestranda do programa Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Membro do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA. E-mail:

### **Jessica Oliveira Pires**

Graduanda em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Oeste do Pará, Campi Oriximiná - Pará.

### **Juarez Silva Araújo**

Graduação em Medicina (1991) e Especialização pela Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF (1996). Especialização em Saúde Mental pela Escola de Saúde de Minas Gerais, ESMIG (2000). Especialização em gestão da inovação em fitomedicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ (2013). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2017). E-mail: juarezsilvaaraujo@gmail.com

### **Júlia da Silva Carvalho**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Roraima. E-mail: julia05carvalho@gmail.com

### **Júlia Maria Nazaré da Silva**

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará - UEPA. E-mail: juliamaria.fisio@gmail.com

### **Karley José Monteiro Rodrigues**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (2001). Especialização em Saúde Pública pelo Centro Universitário São Lucas (2007). Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal de Rondônia, UNIR (2017). Em exercício na Unidade Básica de Saúde Osvaldo Piana pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, RO. E-mail: rodrigues26@hotmail.com

### **Katia Fernanda Alves Moreira**

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (1981). Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro (1993) e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (2003). Docente do departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. E-mail: katiounir@gmail.com

### **Laudreisa da Costa Pantoja**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará - UFPA (2006). Residência Médica em Pediatria pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (2009), Residência Médica em Cancerologia Pediátrica no Hospital A. C. Camargo - São Paulo/SP (2011). Mestre em Oncologia (2017) e Docente do Curso de Medicina pela UFPA

### **Lerissa Nauana Ferreira**

Técnica em Citopatologia pela União das Escolas Superiores de Rondônia - UNIRON (2016). Discente do curso de Enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Pesquisadora e membro do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO) desde 2016. Conselheira discente do Conselho de Departamento de Enfermagem (CONDEP/DENF) 2018/2019. E-mail: lerissaferreira@gmail.com

### **Lívia Félix de Oliveira**

Graduação em Enfermagem Universidade do Estado do Pará - UEPA. Especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (2007). Especialização em Epidemiologia Hospitalar pela Universidade de São Paulo (2009). Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (2016). Professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA). livia\_felix82@hotmail.com

### **Marcio Gonçalves dos Santos**

Graduação em Letras (1998) e Mestre em Educação (2010) pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Professor efetivo da Universidade do Estado do Amazonas -UEA. E-mail: marciosantos.edu@gmail.com

### **Marcos Antônio Sales Rodrigues**

Graduando em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Pesquisador e membro do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESCO). E-mail: marcos.sls.rodrigues@gmail.com

### **Marlia Regina Coelho-Ferreira**

Graduação em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal de Ouro Preto (1986). Mestre em Biologie Végétale Tropicale - Universite de Paris VI (Pierre et Marie Curie) (1992) e Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Pará (2000). Pós-Doutor em Ciências Biológicas pela University of Nevada, UNR, EUA (2007). Pesquisadora Titular I do Museu Paraense Emílio Goeldi. E-mail: mcoelho@museu-goeldi.br

### **Mônica Dias de Souza**

Graduação em História (1995), Especialização em História do Brasil (1999) e Mestre em História (2001) pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Doutora em Antropologia Social pelo PPGAS/IFCS-UFRJ (2006). Pesquisadora associada Le-Metro/UFRJ. E-mail: monicadias274@gmail.com

### **Munique Therense Costa de Moraes Pontes**

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-U-

FRN (2008). Especialização em Psicologia Clínica Fenomenológico-Existencial (2010) e Mestre em Psicologia (2011) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM). E-mail: mtherense@gmail.com

### **Naila Mirian Las-Casas Feichas**

Graduação em Medicina (2002) e Especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal Fluminense (2004). Especialização em Antropologia Médica Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fundação Oswaldo Cruz - CPLMD/FIOCRUZ (2007). Preceptora e supervisora da residência médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Getúlio Vargas e concursada - médica da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: naila@feichas.pro.br

### **Nataly Yuri Costa**

Graduanda em enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail: natalyyuricosta@gmail.com

### **Nicolás Esteban Castro Heufemann**

Graduação em medicina pela Universidade Federal do Amazonas, UFAM (2000). Especialização em Saúde Mental (2005) e Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior e Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (2010) pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, UFPA. Colaborador da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade. E-mail: niescah10@gmail.com

### **Paulo Henrique de Oliveira Léda**

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal Fluminense - UFF (1995) e Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (1999). Doutorando PPG Rede Bionorte/Museu Paraense Emílio Goeldi, Tecnologista em Saúde Pública, Farmanguinhos/Fiocruz. E-mail: paulo\_leda@yahoo.com.br

### **Paulo Sérgio da Silva**

Graduação em Enfermagem (2008), Especialização em Processos de Mudança nos Serviços de Saúde e no Ensino Superior (2009), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UFRJ (2012) e Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da UFRJ (2016). Professor Efetivo do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Roraima - UERR. E-mail: pssilva2008@gmail.com

### **Pedro de Moraes Quadros**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Nilton Lins (2018). Residente do programa de residência em enfermagem obstétrica pela Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: pemoraess@gmail.com

### **Priscilla Perez da Silva Pereira**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED (2005). Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UNIFESP (2007). Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Rondônia (2010). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2016). Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia. E-mail: pripez83@gmail.com

### **Rafael Fonseca de Castro**

Graduação em Pedagogia (Unopar) e Bacharelado em Ciência da Computação (UCPel). Especialização em Educação (UFPel) e em Linguagens Verbais e Visuais (IF-Sul). Mestre e Doutor em Educação pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel- 2014). Docente do Departamento de Ciências da Educação - Universidade Federal de Rondônia (UNIR). E-mail: castro@unir.br

### **Renato Pamplona da Silva**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

### **Rodrigo Luis Ferreira da Silva**

Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará, UEPA (2001). Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco - UCB/RJ (2009). Doutor em Medicina Tropical - UFPA (2014). Vinculado à Universidade do Estado do Pará no Departamento de Ciências do Movimento Humano no Curso de Fisioterapia. E-mail: rodrigolfs@uepa.br

### **Sávio Felipe Dias Santos**

Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Diretor Financeiro e Membro da Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos (LACUP). E-mail: saaviofelipe@gmail.com.

### **Shirley Maria de Araújo Passos**

Graduação em Odontologia Universidade Federal do Amazonas, UFAM (1995). Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maira Deane-Fiocruz/ UFAM/ UFPA, ILMD - FIOCRUZ (2009). Doutoranda do DINTER em Saúde Coletiva IMS-UERJ-EUA. Professora da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas - ESA/UEA. E-mail: leyshir\_br@yahoo.com

### **Silvia Regina Baptista Nunes**

Graduação em Pedagogia pela Faculdade Adventista de Educação, FAED (1982). Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos - Fiocruz, FARMANGUINHOS (2009). Mestre em Ciências pelo PPG do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz. Doutoranda em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. E-mail: s2baptista@gmail.com

### **Socorro de Fátima Moraes Nina**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas, UFAM (1984) e em Psicologia pelo Centro Universitário do Norte, UNINORTE (2005). Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental pela Faculdade Martha Falcão, FMF (2008). Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela UFAM. Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas e Sub Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Saúde e Ambiente/PIRACEMA/NISA - UEA. Pesquisadora do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho-LAPSIC/UFAM. Docente Multiplicadora do Curso Básico de VISAT - Capacitação Profissional do SUS e do Controle Social relacionado à Vigilância em Saúde do Trabalhador- ENSP/FIOCRUZ/MS. E-mail: socorromoraesnina@gmail.com

### **Thamires Palheta de Souza**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará

### **Wendy Ramenã Alves da Silva**

Graduação em Odontologia pela Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: wendyramena@hotmail.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 em Saúde.



ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801