



Série Saúde & Amazônia, 13

A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política

ORGANIZADORES:

**Júlio Cesar Schweickardt
Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida
Cleudecir Siqueira Portela
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos**





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Júlio Cesar Schweickardt
Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida
Cleudecir Siqueira Portela
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

ORGANIZADORES

Série Saúde & Amazônia, 13

A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política

1ª Edição
Porto Alegre
2021



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegre.**

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 Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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 (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista
Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Johann Heys



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S413i Schweickardt, Júlio Cesar (org.) et al.

A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt, Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida, Cleudecir Siqueira Portela e Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos; Prefácio de Marcellus José Barroso Campêlo. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

247 p. (Série Saúde & Amazônia, v.13)
E-book: 3,45 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-87180-42-7

DOI: 10.18310/9786587180427

1. Atenção Básica. 2. Cuidado em Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Saúde Coletiva. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-30180038

CDD 610:918.111

CDU 614(811.3)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde pública / Medicina preventiva; Amazônia.
2. Medicina; Saúde pública; Região amazônica.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

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

www.redeunida.org.br



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, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. 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 novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Fiocruz Amazônia); Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS) e Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA).

Série Saúde & Amazônia, 13

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES/AM

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Bahiyyeh Ahmadpour, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Gabriel Calazans Baptista, Jaqueline Miotto Guarnieri, Johann Heyss, Alana Santos de Souza, Nicolas Esteban Castro Heufmann,
Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida, Cleudecir Siqueira Portela,
Davi Araújo da Cunha

Sumário

Prefácio	9
A Atenção Básica no território em movimento: diálogos necessários sobre a política	13
Atenção Básica no Amazonas: evolução histórica e indicadores de cobertura	29
Inovações na Atenção Básica em saúde na Amazônia: navegando na ampliação do acesso e qualidade da atenção no Sistema Único de Saúde	57
Atenção Básica à Saúde: fronteiras vivas no Alto Solimões.....	75
Contribuição dos enfermeiros da Atenção Básica na área da genética e genômica no Amazonas	91
Atenção Primária à Saúde: pré-natal de gestantes com sífilis em uma Unidade de Saúde da Família de Manaus.....	103
O desafio da Saúde Bucal Ribeirinha: Um relato de experiência na Amazônia.....	119
Práticas tradicionais de saúde entre indígenas Kokama antes e durante a pandemia da Covid-19.....	135
Estudo epidemiológico da Covid-19 em um hospital de referência no interior do Amazonas	149
Humanização no caos: relato de experiência profissional sobre a prática do enfermeiro assistencial em tempos de Covid-19 na urgência e emergência.....	167
O controle da tuberculose e a pandemia da Covid-19	179



Saberes técnicos, populares e comunitários no cuidado com o pé diabético	193
Os benefícios dos alimentos funcionais no controle da obesidade em idosos	209
Do Macro à Coari, Amazonas: uma leitura sobre práticas e políticas de resíduos sólidos e de saúde pública	221
Sobre as autoras e autores.....	237

Prefácio

A obra que você tem a oportunidade de ter acesso foi produzida por servidores da rede de saúde pública do Amazonas e representa mais um dos muitos atos realizados em um território vasto e complexo e em um momento de extrema dificuldade, durante a maior crise sanitária da história do Amazonas, decorrente da pandemia de Covid-19.

O convite para a reflexão e a produção do fazer cotidiano rapidamente germinou em mais de cem servidores, sem abrir mão da assistência nesse período de crise sanitária, transformando-se numa construção coletiva de conhecimentos. Esse quantitativo de servidores autores se refere à publicação simultânea pela SES-AM de dois livros: este, voltado para os territórios da Atenção Básica (AB), e outro para a articulação intrínseca entre as políticas de educação permanente em saúde e a política de humanização que está em curso no SUS-AM.

A ênfase dada à Atenção Básica (AB) nas ricas narrativas trazem a importância e o aspecto chave que a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas dá a esse nível de atenção. O contato direto com a população propiciado pela atenção básica traz a certeza de que ninguém é tão pequeno que não possa ensinar e que ninguém é tão grande que não possa aprender, uma vez que a essência do conhecimento adquirido e aprimorado nesta seara advém o diálogo e dos encontros entre as pessoas e seus saberes, em todos os tipos de territórios. Apostamos assim no forte potencial da política da atenção básica para gerar movimentos que produzam cuidados cada vez mais humanizados.

A reestruturação da atenção básica, ocorrida em 1994, oportunizou melhor comunicação das Redes de Atenção à Saúde, confirmando-a como ordenadora das ações e serviços para a população, gerando condições de transformar os serviços e seus servidores não apenas em observadores, mas como construtores de saberes e relatores de saúde.

Assim como na engenharia nada de grandioso se constrói com apenas um tijolo, um trabalho desta relevância na saúde não haveria de ser feito sozinho.

A Rede Unida, em cuja editora esse livro foi lançado, tem seu reconhecimento nacional e internacional, e tem nos apoiado nessa e em outras iniciativas, procurando transformar o SUS-AM numa grande e inovadora escola. O Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz-AM é outro parceiro fundamental, também com reconhecimento nacional e internacional. Também tivemos a significativa participação do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas – CETAM, através da Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde/ETSUS-AM, que vem contribuindo nas ações de Educação Profissional em Saúde em todo o Estado do Amazonas.

Os servidores da saúde do Amazonas se mostraram excelentes e estão conscientes que, para além da atuação tecnicamente competente, são também educadores e comprometidos com a promoção dos cuidados em saúde. Suas experiências realizadas no trabalho, que passaram pelo corpo, são eloquentes para produzir sentido íntimo e coletivo. Todas as narrativas aqui foram vividas e experimentadas, contendo autênticos depoimentos que traduzem tanto momentos navegados em águas serenas como aqueles dias de águas revoltas que fazem sobressair o que há de melhor em cada um, despertando habilidades extraordinárias em pessoas comuns.

Tempos difíceis não duram tanto quanto pessoas fortes. Temos a confiança de que esses especialistas do cuidado, são inovadores e altruístas, fortes e resilientes, realidade que os qualifica, como servidores públicos por excelência, no sentido mais digno da palavra.

Por fim, o Governo do Estado do Amazonas e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES-AM têm profundo orgulho de poder entregar à sociedade amazonense e aos leitores interessados na temática, das páginas da vida para as páginas deste livro, a estória escrita pelos que escreveram a história.

Que este feito histórico de vanguarda sirva de estímulo para que outros servidores se sintam motivados a produzir conhecimento a partir das experiências e saberes do cotidiano em saúde, refletindo sobre as várias dimensões do trabalho, do território e dos modos de fazer saúde de qualidade para toda a população.

Com esse trabalho, homenageamos os trabalhadores, profissionais e gestores da saúde que, no alcance de sua capacidade de agir, se tudo não podiam

fazer, fizeram tudo que podiam no esforço humanitário do enfrentamento da pandemia e deram o melhor de si, especialmente aqueles que, neste contexto, deram suas próprias vidas.

Vai dar tudo certo!

Marcellus José Barroso Campêlo



A Atenção Básica no território em movimento: diálogos necessários sobre a política

Júlio Cesar Schweickardt
Ana Karla Pimenta Noronha de Almeida
Cleudecir Siqueira Portela
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Navegando pelos rios da Amazônia temos a nítida dimensão do que representa colocar as políticas públicas como objeto de reflexão e de prática. Entrando no barco nos deparamos com um conjunto de tecnologias de motores, escadas, camarotes e redes, mas também nos encontramos com pessoas de diferentes lugares, com histórias que se estendem pela viagem. Olhamos para a complexidade e o emaranhado de caminhos das águas, que se transformam na seca e na cheia, que são aprendidas e apreendidas pelo piloto e pela tripulação. Olhamos para as margens com as suas matas e terras caídas, para as palafitas, igrejas, restos de enfeites da festa anterior, hortas suspensas, canoas amarradas em varas compridas. Vemos crianças tomando banho no final da tarde, homens e mulheres lavando roupa e a canoa, tirando a rede da água, cortando o pasto para o gado magro. Enfim, vemos uma multiplicidade de vida que renova e se produz no eterno ciclo das águas, como um permanente movimento de Sísifo.

A imagem no barco nos serve como uma metáfora para o nosso trabalho cotidiano na saúde, em qualquer lugar, pois sempre estamos em territórios específicos, utilizando das tecnologias (sejam duras, leves-duras ou leves), trabalhando com pessoas que tem seus modos de vida, seus pensamentos e suas ações. Os caminhos são múltiplos e as possibilidades de trabalho se abrem para novas configurações e aprendizados. Por isso, o trabalho em saúde se constitui num devir, em algo que precisa sempre ser construído com base na experiência e no aprendizado da navegação no território. Aprendemos com o território, com os trabalhadores e com os usuários que foram a tripulação e os passageiros desse barco da saúde.

Os servidores autores tiveram a oportunidade de se desterritorializarem pela escrita para se fazerem no movimento do fazer-pensar. Nosso corpo também se faz território que precisa de gestão nas relações com o outro. Assim, territorializar,

desterritorializar e reterritorializar se tornam parte da aprendizagem significativa, isto é, faz sentido para o nosso trabalho, para a nossa vida e para a vida do outro. Nesse movimento de corpos que fazem e pensam, colocamos nossos desejos e nossas ações como parte de um caminho de conhecimento.

A produção acadêmica e científica não precisa estar apartada do trabalho e da gestão, pois os caminhos do conhecimento são múltiplos, em que tudo pode ser tornar objeto do conhecimento (BORDIEU, 1998). Como nos ensina o poeta Manoel de Barros (2013 p. p. 9): “Tudo aquilo que nos leva a coisa nenhuma e que você não pode vender no mercado como, por exemplo, o coração verde dos pássaros, serve para poesia”. Assim, todo conhecimento serve, inclusive aquele denominado pela academia como senso comum ou aquele que não tem preço de mercado, como as relações. Nesse sentido, este livro foi uma opção aberta ao conhecimento do trabalho e das experiências do cotidiano dos serviços, valorizando todas as formas de escrita e de registro das ideias.

A ideia do servidor-autor está ancorada na proposta de que os espaços de serviço possam se constituir como lugares de reflexão e de pensamento. A chamada foi aberta para todos os lugares e profissões, para todas as modalidades e níveis de formação, como um processo de educação permanente, de construção compartilhada do conhecimento. Segundo Viveiros de Castro (2002) o pensamento é uma prática de sentido, ou seja, o pensamento não está dissociado das práticas. Assim, temos textos de equipes de atenção básica, de média complexidade, de estudantes e docentes da Universidade, de profissionais que estão na gestão e na sede da Secretaria Estadual de Saúde (SES), criando uma rede de produção com alunos e docentes de Programas de Pós-Graduação de Instituições de Ensino e Pesquisa.

Os textos aqui reunidos partiram de uma chamada pública sobre a temática da Atenção Básica em Saúde nos territórios, em parceria entre Secretaria Estadual de saúde do Amazonas (SES/AM), Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia) e a Editora da Rede Unida. Em seguida, os textos foram encaminhados para facilitadores que fizeram uma leitura colaborativa com os autores e autoras, para uma construção coletiva do conhecimento. Por fim, os manuscritos passaram por mais uma leitura dos organizadores da obra para os ajustes finais. Assim, o processo foi de educação permanente e dialógico para a produção de um conhecimento pertinente à prática de servidores da saúde e outros autores e autoras que se somaram no processo.

Amazônia ribeirinha como território de aprendizagem das práticas em saúde

A Amazônia ribeirinha é formada por todo tipo de água, seja de rios, lagos, igarapés, paranás, com suas várzeas e igapós. As águas estão por todos os lados, especialmente no período das cheias, quando os rios tomam conta das terras e dos caminhos criados no período da seca. As águas são pretas, brancas, barrentas, com velocidades e temperaturas diferentes, com mais ou menos peixes, mais e menos pragas, águas que se encontram. As águas da seca criam mais dificuldades de acesso, enquanto as águas da cheia formam caminhos múltiplos, comunicando rios e lagos, encurtando caminhos e permitindo que se chegue à porta das casas dos ribeirinhos.

Na Amazônia ribeirinha os modos de vida também são diferentes, as casas são de palafitas, flutuantes e em terra firme (construídas em locais que não alagam). As águas permeiam a vida e formam o cotidiano das pessoas, criando, ao mesmo tempo, acesso e barreira, às políticas públicas. Quando as águas “crescem” e sobem os barrancos, entram pela sala e quartos da casa, quando a maromba é necessária; ocupam as roças e hortas, transformando em caminhos de canoas. Com a “cheia grande” as marcas de água ficam para trás, criando referências para os anos seguintes. A vida na Amazônia ribeirinha é composta pelos ciclos das águas, que ano a ano, vai enchendo e secando, para a resiliência do ribeirinho que organiza a sua vida pela incerteza do que será, mas tendo sempre em mente a memória do que já foi.

O cenário das águas e seus ciclos nos permite falar de um território líquido como uma realidade concreta que perfaz o cotidiano da vida ribeirinha, mas também podemos tomá-la como uma categoria analítica, boa para pensar a realidade amazônica. O território líquido está além de simples metáfora para se referir ao contexto da região, pois se constitui em categoria para analisar as políticas públicas, as ações de saúde e a pesquisa desenvolvida na região.

O líquido, diferente do proposto pelo sociólogo Bauman (2001), se refere aos modos de vida que se concretizam e se conectam pelas águas. Se o líquido permeia a vida das cidades, das comunidades, vilas e aldeias, não pode deixar de ser objeto de análise, de reflexão e de ação. Portanto, o território líquido é um modo de pensar e fazer, de planejar e realizar, de refletir e agir num determinado espaço que se faz pelas relações de poder e pelos modos de ocupar e significar determinados lugares.

A Amazônia ribeirinha desafia os modos de fazer saúde, mas também produz inovações que somente são possíveis na região. Foi por conta desse território que se criou processos de trabalho e tecnologias próprias para o cuidado da população. Apesar da atenção às populações ribeirinhas e as modalidades de saúde fluvial acontecer desde o início do século XX (SCHWEICKARDT, 2011; SCHWEICKARDT; MARTINS, 2017), tivemos a partir de 2013 uma importante inovação da saúde ribeirinha através do modelo tecnoassistencial da Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF) e as Equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF) e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR). No entanto, entendemos que ainda precisamos refletir sobre essas práticas, seja na prática ou na pesquisa, para ampliar as formas de gestão do cuidado e do trabalho em saúde nesse território.

As pesquisas do LAHPSA têm mostrado que precisamos refletir sobre as formas de acesso aos serviços de saúde, olhando para os aspectos geográficos, para a oferta de infraestrutura (UBS, UBSF, transporte sanitário), equipes multiprofissionais ampliadas, logística e insumos. Ao mesmo tempo, há necessidade de entender os fluxos que são produzidos pelas redes vivas da população. Os fluxos são múltiplos e variados, fazendo caminhos que não são determinados pela política e pela gestão de saúde. Assim, temos compreendido a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as redes vivas, sobre a organização do território, a dinâmica das relações de poder locais e regionais. Do mesmo modo, que precisamos discutir sobre os modelos regionais de gestão do cuidado que perpassa a organização dos serviços e dos processos de trabalho. Por outro lado, não podemos ignorar os caminhos da população que faz conexões intersetoriais, interinstitucionais e com outros saberes, produzindo acesso às múltiplas redes que constituem a vida no território.

A Amazônia Ribeirinha e o território líquido são tanto realidade como conceitos que orientam as nossas ações. As “amazônias” são muitas que se diferenciam pelos modos de ocupação, os aspectos étnico-culturais, pelas fronteiras e pelas transformações produzidas pelas migrações, processos econômicos, pelas estradas e grandes obras como as hidrelétricas. O estado do Amazonas também é diverso, com seus altos, médios e baixos rios que possuem suas especificidades. O Sul do Amazonas, por exemplo, tem as marcas dos projetos de colonização, com um perfil de migrante baseado no agronegócio que infelizmente traz a marca

do desmatamento e das queimadas, apesar da vida das populações tradicionais. Assim, o território líquido está associado a uma parte significativa do Amazonas ribeirinho, que marca a vida social e cultural da região.

Os territórios são constituídos de saberes que foram aprendidos pela experiência e pelas relações e conjuntos de trocas. A diversidade é a marca dos lugares, por mais homogêneo que pode parecer, por isso não há como generalizar os lugares com estereótipos e ideias pré-concebidas sobre o outrem. Temos, portanto, o desafio de realizarmos o exercício epistêmico de olhar o sujeito outro, como expressão de um mundo possível (VIVEIRO DE CASTRO, 2002).

Não podemos esquecer que enquanto escrevemos essas palavras o Brasil se aproxima das 340 mil mortes de Covid-19, revelando que a vida do Outrem, suas ideias, seu pensamento, sua existência e seu mundo podem ser aniquiladas e esquecidas. Portanto, temos a tarefa da des-inviabilização do diferente para não ignorarmos as desigualdades e injustiças que a pandemia tem exposto do modo mais cruel. Precisamos anunciar um mundo possível. Segundo Krenak, pensador indígena, a pandemia nos dá a oportunidade de repensarmos as nossas práticas para nos reinventarmos para a vida. Assim, a criação é um movimento que depende da nossa relação com o mundo, com as pessoas e com os outros seres, sendo que a “recriação do mundo é um evento possível o tempo inteiro” (KRENAK, 2020, p. 71).

Potências e práticas das Políticas Públicas de Saúde na Amazônia ribeirinha

Com características tão específicas, a Amazônia se torna um desafio para a prática das políticas públicas de saúde. Apesar de aparecer na maior parte da literatura científica como um lugar da falta, a região é entendida por nós como um espaço para as potências e as inovações do cuidado e da atenção às populações.

A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) é um exemplo, pois através desse modelo tecnoassistencial diferentes populações têm acesso à saúde. Schweickardt *et al.* (2016) afirmam que, devido à baixa densidade demográfica e outras questões como o ciclo das águas, essas populações não eram contempladas nas políticas públicas de saúde. No entanto, a partir da criação das UBSF, esses grupos passam a ter acesso aos serviços de saúde.

O pulso das águas, ou seja, o movimento natural de subida e descida das águas dos rios, comanda os modos de vida da população, não se constituem barreiras para o desenvolvimento das ações de saúde, pois fazem parte da vida de moradores e profissionais de saúde (SANTOS, 2020). Assim, também para a UBSF os rios são caminhos, meio para deslocamento e encontros com usuários e produção do cuidado (MARTINS & SCHWEICKARDT, 2016).

As particularidades do território exigem processos de trabalho diferenciados: enquanto na cidade o usuário desloca-se até a unidade de saúde, no território líquido, os profissionais deslocam-se até o usuário. Os deslocamentos das UBSF são planejados, modificados e reorganizados conforme o período hidrológico (MEDEIROS, 2020).

Além dos profissionais das equipes de saúde dos municípios, tantos outros atores também fazem parte da rede de produção do cuidado, como as parteiras, benzedores, puxadores de ossos, pajés. Os cuidadores populares e tradicionais fazem parte das redes vivas dos territórios, produzindo acesso à saúde. A dinâmica da Amazônia não permite que o trabalho tenha protocolos rígidos e fluxos pré-estabelecidos, pois as redes de produção do cuidado são tecidas no dia a dia. Assim, conhecimentos populares somam-se aos cuidados dos profissionais de saúde da rede formal e desta forma o cuidado e a saúde são garantidos nos territórios.

Outra inovação que nasce a partir das características do território amazônico são as “ambulanchas”, embarcações de pequeno porte utilizadas para a remoção de pessoas em situação de urgência e emergência. Medeiros (2020) afirma que as embarcações de pequeno porte possuem características que facilitam o acesso tanto na velocidade no deslocamento como a facilidade para navegar entre furos, igarapés, igapós e ressacas.

A Amazônia é conhecida mundialmente pela biodiversidade do seu bioma, mas também tem como característica a grande diversidade étnico-cultural. As categorias sociais como ribeirinhos, indígenas, quilombolas, seringueiros e pescadores desenvolvem suas práticas, histórias, resistência e modos de vida num território muito diverso. Assim, para que a política alcance a equidade, é preciso a escuta e um olhar atento para tantas diferenças.

Um exemplo importante da complexidade do território, da saúde e das políticas públicas é o Programa Bolsa Família, instituído em 2003, que apresenta condicionalidades para as famílias receberem o benefício (BRASIL, 2020). Assim,

as famílias precisam ser acompanhadas pelas equipes da Atenção Básica para a garantia do benefício. Nesse Programa, vemos a presença do Estado no território mais remoto do país para garantir acesso à saúde, educação e assistência social.

O Estado do Amazonas alcançou bons resultados, desde 2010, no indicador do Bolsa Família no que tange as condicionalidades da saúde que são: vacinação das crianças, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças menores de 7 anos e o pré-natal das gestantes. Desta forma, fica evidente que embora o território seja complexo, isso não é um fator que limita a execução das políticas públicas e a promoção do cuidado e de saúde.

Pensar em políticas públicas de saúde para a Amazônia é focar na implementação de ações e serviços públicos de saúde em cenários desafiadores, no entanto não podemos desconsiderar as realidades locais. Muitas vezes, o discurso biomédico é dominante e colonizador sobre as práticas e a vida das populações, ignorando as produções de saúde nos territórios. As tantas especificidades de cada território demandam ações múltiplas e diversas, promovendo uma ação intercultural e intersetorial. Outro ponto importante é a necessidade de integralidade do cuidado, pois a atenção é fragmentada e focada nas múltiplas especialidades, desconsiderando a perspectiva de uma clínica ampliada baseada nas tecnologias relacionais. Desse modo, a capacidade de intervir nas condições reais de adoecimento e de produção da saúde se torna limitada (FERLA, 2020; ALMEIDA; SANTOS, 2016).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é responsabilidade comum a todas as esferas de governo adotar estratégias que garantam um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica (AB) e que devem ser compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade. Em linhas gerais, cabe à União garantir as fontes de recursos federais para compor o financiamento da AB; aos estados, o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da AB; aos municípios, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de AB, e ainda organizar o fluxo de pessoas em linhas de cuidado, de acordo com as necessidades de saúde através da ESF como estratégia prioritária de organização da AB (BRASIL, 2017).

De forma tripartite, a porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é a AB, sendo estruturada de forma a garantir a oferta e organização dos serviços. Ainda convivemos com amplos desafios

como: necessidade de articulação integrada entre os entes, garantindo a soma de esforços em um único objetivo comum, sem competição nas ações intersetoriais; organização e orientação dos serviços de saúde a partir da lógica mais centrada nas pessoas; compreensão do território onde vivem. O lugar de vida das pessoas é o mesmo, o que muda são as equipes multiprofissionais e algumas responsabilidades específicas, mas todas precisam identificar as necessidades específicas do local onde atuam. Desse modo, as ações vão impactar no processo saúde-doença, contribuindo para a percepção dos problemas de saúde da população e no planejamento de estratégias de intervenção por parte das equipes (BRASIL, 2017).

Partindo do olhar específico da região amazônica é que a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) tem discutido e esboçado a construção da Política Estadual de Atenção Básica: necessidade de universalizar o acesso de uma AB de modo resolutivo e de qualidade; contribuir com o financiamento tripartite para o fortalecimento da AB; ter uma gestão pública democrática, participativa e transparente; promover a Educação Permanente de profissionais de saúde para a AB integral; mediar ações intersetoriais que incidam sobre determinantes sociais e promovam a saúde e reduzam as desigualdades sociais. O fortalecimento da AB se dá através do financiamento e da avaliação da qualidade, considerando a relação do modo de organizar e à capacidade resolutiva das ações ofertadas. A questão principal dessas ações é garantir o acesso integral e universal aos serviços de saúde.

As ações e serviços públicos de saúde devem estar integradas numa rede regionalizada e hierarquizada, garantindo o acesso e o atendimento integral dos cuidados em saúde (ALMEIDA; SANTOS, 2016). A construção de soluções específicas para as demandas de saúde, bem como a organização dos serviços, deve contemplar a criação e o funcionamento de políticas públicas mais adequadas, indo além da lógica de organização do trabalho a partir de protocolos (ALELUIA *et al.*, 2017). Regionalizar uma política pública tem o potencial de moldar as estratégias para o alcance de seus objetivos de criação, dinamizando o seu funcionamento e respeitando a organização da vida, enxergando além da lógica tecnológica a organização do trabalho (COSTA *et al.*, 2012; FERLA, 2020; VICTORA *et al.*, 2011). Ainda temos o desafio de pensar o modelo de regionalização mais adequado para a realidade do Estado do Amazonas, que é marcada pela geografia dos rios, mas também pelos fluxos e movimentos da população.

O Amazonas tem como característica a baixa densidade populacional, associada às longas distâncias a serem percorridas, implicando em custos elevados dos insumos e de manutenção de profissionais dentro dos preceitos legais de funcionamento. Isso torna os sistemas de saúde locais e regionais praticamente insustentáveis, do ponto de vista econômico, visto que o orçamento em saúde é finito e limitado, enquanto as demandas só crescem (COSTA *et al.*, 2012). O quantitativo populacional reduzido, bem como a dificuldade para alcançar indicadores de saúde que condicionam recursos, e a dificuldade de ampliação do número de equipes, refletem-se no baixo volume de recursos recebidos pelos municípios para oferecer e organizar o acesso (LIMA *et al.*, 2012; AMAZONAS, 2019).

O Amazonas precisa avançar na política de redes e regiões de saúde, indo além das dificuldades intrasetoriais e do processo de gestão em si, uma vez que já há uma compreensão da necessidade de olhar para as características que contribuem para a organização da vida no Estado. Desse modo, é necessário sair da centralização dos serviços especializados em Manaus, buscando um maior investimento nos municípios de referência das regiões de saúde. Os cidadãos são obrigados a recorrer regularmente à capital em busca de cuidados, pois a rede integrada nas regiões de saúde não incipientes ou inexistentes. Regionalizar significa ter interação poliárquica e cooperação entre os entes federados, com atuação complementar entre si e, neste ponto, uma política pública centrada e de apoio mútuo. A gestão colegiada amplia as chances de sucesso, mesmo diante da pouca autonomia política financeira e administrativa dos municípios (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Apesar da responsabilidade dos municípios no desenvolvimento da AB, é necessária a liderança institucional do Estado neste processo de (re)construção das regiões e redes. Do mesmo modo, há a necessidade de uma política estadual de Atenção Básica, que possa dar o suporte técnico e financeiro aos municípios. É preciso incluir profissionais de saúde e usuários nas decisões políticas, engajando agentes e incentivando a participação de instituições parceiras de diferentes tipos e natureza. Todos os envolvidos devem se sentir responsáveis pelas políticas públicas mais efetivas, com ambientes institucionais voltados para a cooperação e a inclusão com participação e o controle social (VIANA *et al.*, 2018).

Navegando pelos textos

A contextualização da Atenção Básica é o tema do capítulo intitulado Atenção básica no Amazonas: evolução histórica e indicadores de cobertura, dos autores Ana Lenize Negreiros dos Santos, Cleudecir Siqueira Portela e Karen Cristine Carvalho Freitas. O presente trabalho tem por objetivo descrever a evolução histórica e os indicadores de cobertura da atenção básica do estado do Amazonas, no período de 2010 a 2019. Os autores fazem um resgate da política na linha do tempo, tendo como referência a reestruturação da atenção básica no Brasil. Descrevem a Estratégia Saúde da Família enquanto proposta prioritária da Atenção Básica no estado. Além disso, os indicadores da Atenção Básica destacam, no que se refere à sua cobertura, mudanças nas fontes de informação e limitações. Mostram que os indicadores sofreram alteração, pactuação e acompanhamento pelos períodos: ano, biênio, triênio e quinquênio. Os autores destacam que no Amazonas houve uma melhoria do cálculo do indicador de cobertura em 2019 com a inclusão dos dados da saúde indígena.

No capítulo Inovações na Atenção Básica em saúde na Amazônia: navegando na ampliação do acesso e qualidade da atenção no sistema único de saúde, Cleudecir Siqueira Porto inicia fazendo uma analogia do canoero amazônico com as distintas tecnologias dos processos de trabalho no sistema de saúde. O autor destaca a necessidade de compreensão da singularidade do território amazônico e diversidade cultural, refletindo sobre os modos de compreender e fazer saúde. Desse modo, o diálogo entre as práticas e saberes locais com a ciência e os saberes biomédicos contribuem com a produção de saúde na Amazônia, podendo criar respostas mais adequadas às demandas de saúde da população e à organização dos serviços.

No capítulo Atenção Básica à Saúde: fronteiras vivas no Alto Solimões, dos autores Ivamar Moreira da Silva e José Aldemir de Oliveira (*in memoriam*) apresentam uma reflexão sobre os serviços de atenção básica à saúde na região da tríplex fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. Dentre os resultados da pesquisa, os autores destacam o papel estratégico que os municípios de Benjamin Constant e Tabatinga assumem na região do Alto Rio Solimões. Identificam o esforço da gestão municipal na configuração de uma rede de serviços de atenção básica,

promovendo o intercâmbio de pessoas na busca de serviços de saúde. No entanto, descrevem as dificuldades em manter a horizontalidade e longitudinalidade do cuidado de usuários oriundos dos países circunvizinhos.

No texto Contribuição dos enfermeiros da atenção básica na área da genética e genômica no Amazonas, o autor Cleudecir Siqueira Portela faz uma reflexão teórica sobre a contribuição dos enfermeiros que atuam na atenção básica dentro na área genética e genômica. Os enfermeiros desempenham um papel central na qualificação e no acompanhamento das condicionalidades de vida da população adscrita. O enfermeiro que atua na atenção básica, com conhecimento na área de genética e genômica, possui uma capacidade ampliada de realizar o aconselhamento genético, como parte da consulta de enfermagem. O autor destaca que o estado do Amazonas não possui nenhum serviço especializado cadastrado em doenças raras. Sugere que os enfermeiros precisam estar qualificados para atuarem nas áreas de genética e genômica, fomentando a sua utilização nas decisões terapêuticas para uma melhor prestação de assistência aos usuários do SUS.

No capítulo intitulado Atenção primária à saúde: pré-natal de gestantes com sífilis em uma unidade de saúde da família de Manaus, os autores Ivamar Moreira da Silva, Lúcia Marques de Freitas, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Jacqueline Cavalcanti Lima, Luís Paulo Bezerra de Carvalho e Rejane Santos Miranda Oliveira refletem sobre as responsabilidades da atenção primária em relação aos cuidados com o pré-natal, em particular no caso das gestantes com diagnóstico de sífilis. O estudo exploratório se deu a partir da análise dos casos de sífilis em gestantes notificados e acompanhados no período de abril a novembro de 2019 em Unidade de Saúde da Família do Distrito Sul, em Manaus. Os resultados sinalizaram que a unidade apresenta fluxos claros e bem definidos para início do pré-natal, disponibilizando teste rápido de gravidez, testes rápidos para sífilis e agendamento de consultas de retorno. Constata-se também a persistência de gestantes com sífilis com início tardio do pré-natal, refletindo na efetividade do tratamento de sífilis. As autoras e o autor identificaram uma lacuna no registro dos cuidados dispensados pela equipe em relação a essas mulheres, seja pela ausência total de informações e/ou por sua incompletude. Concluem que os serviços de APS assumem papel estratégico no enfrentamento da sífilis em gestantes. Assim, a captação precoce, acolhimento, construção de vínculo, diagnóstico, tratamento

oportuno e seguimento dessas gestantes, constituem demandas que reforçam os atributos e responsabilidades da APS no território.

Os autores Raylson Emanuel Dutra da Nóbrega, Romélia de Souza Reis, Fernanda Ariadne da Silva Xavier, Rosana Pimentel Correia Moysés, Adriana Oliveira Lima e Soloni Serafim Claudomiro relatam no capítulo intitulado O desafio da Saúde Bucal Ribeirinha: Um relato de experiência na Amazônia a experiência de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) de uma ESFR do município de Iranduba, estado do Amazonas. Entre os desafios encontrados estão a falta de insumos e infraestrutura adequada para a realização de prevenção e promoção de saúde bucal. Os autores propõem a utilização de métodos alternativos de higienização bucal, pois são de baixo custo e oferecem efetividade do cuidado. A outra proposta é a aquisição de consultórios odontológicos portáteis, que garante o acesso aos serviços odontológicos às comunidades ribeirinhas.

Práticas tradicionais de saúde entre indígenas Kokama antes e durante a pandemia da Covid-19 é o capítulo escrito por Hulda Graça Amorim, Katty Anne De Souza Nunes, Perpétua Pereira Cerqueira e Ana Beatriz Aguiar de Lima, que relatam as práticas de saúde tradicionais realizadas pelos Kokama da comunidade indígena São José, município de Santo Antônio do Içá, na região do Alto Rio Solimões, Amazonas. As autoras mostram como esse povo se organizou no período de pandemia, pois o primeiro caso de Covid-19 entre os povos indígenas no Estado se deu nessa comunidade. Destacam que a pandemia afetou a rotina do povo, principalmente porque as suas tradições e hábitos cotidianos estão diretamente relacionados com ações no coletivo.

As autoras Cristianne Benevides Mota e Renata Ferreira Santos no capítulo “*Estudo Epidemiológico da Covid-19 em um Hospital de Referência no Interior do Amazonas*” descrevem o perfil epidemiológico na população mais vulnerável à Covid-19 no hospital do interior do Amazonas. O estudo é descritivo transversal, utilizando dados do Ministério da Saúde. Foram analisados os casos notificados e confirmados para Covid-19 na cidade de Itacoatiara, analisando o perfil epidemiológico da doença e o seu comportamento em cada região. O estudo demonstrou que o diagnóstico precoce resultou na redução dos casos graves de Covid-19 e que a implantação de leitos de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foram determinantes para o declínio da curva do óbito na área hospitalar.

Humanização no caos: prática do enfermeiro assistencial em tempos de Covid-19 na urgência e emergência: relato de experiência profissional é o capítulo produzido por Robercio Barros Alencar, Jordana Pereira Gonzaga, Gisele de Souza Costa, Edgarda Castro Carvalho, Patricia da Conceição Pereira, Manon de Souza Barros Holanda, Leandro Roque Raposo e Patrícia Carvalho Castro. A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, criado pelo Ministério da Saúde em 2003, sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência. A política tem como princípios a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. O texto é um relato de experiência profissional acerca das ações dos enfermeiros no atendimento prestado a pacientes com suspeita ou diagnosticados com Covid-19 nos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) Dr. Danilo Corrêa e Alvorada na cidade de Manaus, Amazonas. Em meio à pandemia de Covid-19, a cidade de Manaus e sua rede de assistência hospitalar foram desafiadas, pois as unidades de saúde tiveram que enfrentar situações para as quais não estavam preparadas, especialmente devido ao aumento da demanda de atendimentos de urgência e emergência, que gerou problemas de estruturação e alta carga de trabalho para os profissionais de saúde. Os autores destacam que enfermeiros da linha de frente precisaram revisar as próprias condutas, principalmente porque tinham como principal meta a defesa da vida.

O texto O controle da tuberculose e a pandemia da Covid-19, das autoras Ana Paula de Carvalho Portela, Eveline Menezes Caçote Barbosa, Yasmim Vieira da Rocha, Wanessa Pessoa Souza Barbosa e Amélia Nunes Sicsú, contextualiza as ações de controle da tuberculose na Zona Norte de Manaus. A pandemia do novo coronavírus agregou novos desafios à saúde pública, demandando a necessidade de reorganização da assistência à população. Neste contexto, os autores destacam que o enfrentamento à tuberculose, uma doença de grande importância na localidade, necessitou de um olhar estratégico para dar continuidade aos cuidados dos pacientes em acompanhamento, bem como de atenção aos casos novos. O texto mostra que no enfrentamento da pandemia não é possível descuidar das outras enfermidades e programas, exigindo novas práticas e novas estratégias de cuidado.

O capítulo Saberes técnicos, populares e comunitários no cuidado com o pé diabético foi escrito por Margareth Alves Pontes, Samira Lima da Costa e Maria Angélica Tavares de Medeiros. O estudo de caso foi de caráter quali-quantitativo,

no período de julho de 2011 a abril de 2013, no serviço de referência para o cuidado com o pé diabético, do Programa de Acompanhamento e Prevenção à Hipertensão e ao Diabetes – Hiperdia (Programa do Sistema Único de Saúde – SUS), situado em Unidade Básica de Saúde (UBS) de Manaus, AM. Os autores destacam que os cuidados com a saúde dos usuários portadores de pé diabético têm maior afetividade com a associação entre os conhecimentos populares e o conhecimento técnico. Essa estratégia teve como principal resultado a adesão aos cuidados com o DM e o PD, especialmente quando as orientações técnicas passam a ter significado e sentido para os usuários. Assim, concluem os autores, é necessário que os profissionais de saúde valorizem os conhecimentos dos usuários, tornando a abordagem terapêutica mais flexível e acessível para auxiliar no processo de posse e manutenção da autonomia de seu tratamento.

O penúltimo capítulo deste livro, Os benefícios dos alimentos funcionais no controle da obesidade em idosos, escrito por Maria Bernadete Marinho de Medeiros e Nair Eunice Bezerra de Souza Neta, aborda a importância do consumo dos alimentos funcionais no controle da obesidade nos idosos. Vários problemas de saúde pública no mundo estão relacionados diretamente à particularidade do envelhecimento, dentre eles a obesidade. Os alimentos funcionais oferecem benefícios à saúde e vem sendo estudados hipótese de que ajudem a reduzir riscos de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, que tanto acomete os idosos.

O último capítulo, Do macro à Coari, Amazonas: uma leitura sobre práticas e políticas de resíduos sólidos e de saúde pública, foi escrito por Airton Silva da Costa, Elane da Silva Barbosa, Maria Clara Paulino Campos, Yasmin Nogueira Santos, Larissa Pessoa de Oliveira, Raphaelly Venzel, Rodrigo Vasquez Dan Lins, Victor Santana de Oliveira, André Bento Chaves Santana e Maria Helena Ribeiro De Checchi traz uma revisão de literatura sobre resíduos sólidos nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. Neste estudo, verificou-se que o Brasil é o quarto país que mais produz resíduos sólidos, com uma média de 0,95 kg/habitante/dia, sendo superado pelo estado do Amazonas, que tem uma média de 1,14 kg/habitante/dia. O texto evidencia ainda a necessidade de políticas públicas de manejo, descarte e reciclagem do lixo, além de disseminação de informação e educação em saúde.

Os autores e autoras são de diferentes instituições e serviços: gestão e unidade de atenção básica, hospitais e fundações, saúde da família ribeirinha,

Universidade, Vigilância e Escola de Saúde Pública do Município de Manaus. A temática da Covid-19 atravessou alguns dos textos, tanto como cenário como objeto de intervenção. Essa diversidade mostra a potência dos serviços e dos aprendizados que foi se construindo na dinâmica da produção científica. Assim, a coletânea apresenta uma produção original para um território único. Por fim, não poderíamos deixar de agradecer o apoio do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM). Desejamos boa leitura a todos e todas.

Referências

- ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; ALMEIDA, P. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–56, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1845-1856/pt>
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista Saúde Pública**, 50:80, p. 1-13, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf
- Amazonas. Secretaria de Saúde de Estado do Amazonas. Plano Estadual de Saúde. Amazonas. 2019. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/pes_2020_2023/Plano_Estadual_Saude_2016_2019_rev5.pdf
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BARROS, M. Matéria de Poesia. **Biblioteca Manoel de Barros**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BRASIL. Ministério do desenvolvimento social. **Guia para Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família**. 2020. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/Acompanhamento_condicionalidades.pdf.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde (MS). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- COSTA, L. S.; GADELHA, C. A. G.; BORGES, T. R.; BURD, P.; MALDONADO, J.; VARGAS, M. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**. Dezembro 2012. (suppl 1), pp. 76–82. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2012.v46suppl1/76-82/pt>
- FAUSTO, M. C. R.; RIZZOTO, M. L. F.; GIOVANELLA, L.; SEIDL, H.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F.; TOMASI, E. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 12-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>

FERLA, A. A. “Um laboratório de complexidade para práticas socio-sanitárias democráticas: inovações em políticas públicas e no pensamento”. In: NICOLI, M. A. et al. (Org.) **Il community lab: cosa è e come funziona**. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell’Emilia-Romagna – Unione dei Comuni della Bassa Romagna. Bolonha: Università degli Studi di Parma, 2020.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1225-1234. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; LOZZI, F. L. Regionalização da Saúde no Brasil. In: Giovannella, L. et al., **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. (Org.). 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, J. C. Vivências em Educação Permanente em Saúde no interior do Estado do Amazonas: percurso metodológico de um Estudo de Caso. In: SCHWEICKARDT, J. C. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, Cap. 1, p. 25-54, 2016.

MEDEIROS, J. S. **Caminhos da população ribeirinha: produção de Redes Vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas**. (Dissertação de mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia). Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia, 2020.

SCHWEICKARDT, J.C.; LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A.; FREITAS, C. M.; ALVES, V. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R.B.; Kreutz, J.A.; Campos, J. D. P.; Culau, F. S.; Wottrich, L. A. F.; Kessler, L. L. (orgs). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Vol 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SCHWEICKARDT, J. C. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, L. R. História das políticas de saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967-1990. SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; LIMA, R. T. S.; KADRI, M. R. **História e política pública de saúde na Amazônia**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

SANTOS, I. C. P. A. M. **O “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo Amazonas, AM**. (Dissertação-Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) -Universidade Federal do Amazonas, 2020.

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. M. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 6, pp. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 90-102, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25211/2/Condi%20c3%a7%20de%20sa%20c3%bade_Celia%20Almeida_2011.pdf

VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. **Mana**, v.8, n.1, p.113-148, 2002. ISSN 0104-9313

Atenção Básica no Amazonas: evolução histórica e indicadores de cobertura

Ana Lenize Negreiros dos Santos
Cleudcir Siqueira Portela
Karen Cristine Carvalho Freitas

Atenção Básica, como chegamos até aqui?

Desde o início da colonização portuguesa no Brasil, o país passou por diversas fases de organização política e administrativa. No tocante a saúde, as mudanças ocorreram com a chegada dos jesuítas que introduziram remédios e medidas de terapia europeia, passando por ações de saúde e vigilância em portos, pelo processo de institucionalização da medicina no Brasil e o seu reconhecimento como profissão. Caminhos foram percorridos até a instituição do Ministério da Saúde e, da Política em Saúde ser reconhecida na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como “Direito de todos e dever do Estado”, como destacamos no quadro 01 eventos de importância para a saúde no Brasil em ordem cronológica:

Quadro 01: Linha do tempo da Saúde no Brasil.

Ano	Fato
1500	Quando o Brasil foi “descoberto” houve o contato com o branco surgindo males de países civilizados como varíola, sarampo, tuberculose. Do contato com o negro, foram introduzidas as doenças tropicais como, febre amarela, tracoma e verminoses. Houve a Introdução da catequese pelos padres jesuítas, que introduziram os remédios e terapias europeias.
1798	As medidas de saúde concentraram-se, basicamente, na vigilância dos portos e no saneamento.
1808	D. Pedro I assina uma lei que marca o processo de institucionalização da Medicina no Brasil.
1826	As academias de Salvador e Rio de Janeiro transformam-se em escolas ou faculdades de Medicina.
1832	Houve a inauguração do primeiro hospício no Brasil, conhecido como Hospício de Pedro II.
1889	Houve o Reconhecimento da Medicina como profissão, no início do século XX.

1908	O cientista Carlos Chagas descobriu uma nova doença, a tripanossomíase americana, conhecida como doença de Chagas.
1926	Foi criada a Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública.
1933	Foi criado o Ministério da Educação e Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.
1953	A Lei nº 1.920, desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura.
1978	Foi promulgada a nova Constituição Brasileira, a saúde é vista como direito social fundamentada nos princípios da equidade social e dos direitos humanos.
1988	A política de saúde é reconhecida na Constituição Federal como “Direito de todos e dever do Estado”.
1990	Edição da Lei Nº 8.080, com as condições para proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Também a Lei Nº 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais dos recursos na área da saúde.
1994	Houve a Reestruturação da Atenção Básica.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2008b.

O direito à saúde foi um dos maiores avanços do Estado Democrático de Direito, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que proporcionou o acesso universal e gratuito para população aos serviços de saúde, sem discriminação, na origem e permanecendo em todos os ciclos de vida, com foco na saúde como qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

É importante destacar que no período anterior à Constituição de 1988, o sistema de saúde prestava assistência somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, os demais cidadãos tinham o seu atendimento realizado por entidades filantrópicas. A criação do SUS também trouxe um novo modelo de assistência à população, a atenção integral à saúde, que orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é o resultado de experiências que foram acumuladas por pessoas envolvidas com o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde ao longo da história. Tal Política visa nortear as ações de saúde no território nacional. Com o passar do tempo houve a necessidade de revisá-la com o objetivo de reforçar a estratégia Saúde da Família como modelo prioritário (CONASEMS; CONASS, 2017).

Atenção Básica à Saúde, reformulada pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017,

É o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou com o Programa Saúde da Família – PSF, em 1994, sendo criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, com o foco na promoção da saúde e na participação da comunidade, desde então é definido como a estratégia prioritária para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica. A PNAB (BRASIL, 2017) conceitua da seguinte forma:

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017, 3.4, item 1).

Desta forma, à medida que essas equipes foram se consolidando, houve necessidade de reorganização para os territórios diversificados da Amazônia Legal – área que corresponde a 59% do território brasileiro e engloba a totalidade de oito estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) – Pantanal e parte do Estado do Maranhão. Assim, estes municípios passaram a optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família (quadro 02).

Quadro 02: Arranjos organizativos da Estratégia Saúde da Família para Amazônia Legal, Pantanal e parte do Maranhão.

Equipe	Descrição
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS – Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita – PNAB.
Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)	São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial – PNAB.

Fonte: Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.

O estado do Amazonas é desenhado por rios que produzem alterações na sua extensão fazendo com que as áreas ribeirinhas e de várzea estejam em incessante mudança. Considerando este fato, observou-se que as políticas em saúde precisavam estar presentes nesses lugares de forma mais efetiva para garantir o acesso aos serviços de saúde, permitindo que os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade) pudessem ser cumpridos conforme preconizado.

O Estado é composto de 62 municípios, divididos em nove Regiões de Saúde, em que os recortes territoriais foram estruturados para se ter um processo de organização das ações e serviços de saúde, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade. O modelo assistencial da AB foi priorizado no sentido de realizar um cuidado integral e criar a acessibilidade para a redução das desigualdades municipais.

A regionalização foi estabelecida Resolução nº 59, de 20 de junho de 2011- CIB/AM (AMAZONAS, 2011), considerando as realidades locais da região amazônica, o Amazonas dispõe de nove Regiões de Saúde, são elas:

- **Alto Solimões** – Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins;
- **Rio Negro e Solimões** – Anamá, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás, Manacapuru e Novo Airão;

- **Manaus, Entorno e Alto Rio Negro** – Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira;
- **Triângulo** – Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini;
- **Médio Amazonas** – Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba;
- **Baixo Amazonas** – Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá e Parintins;
- **Juruá** – Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati;
- **Rio Madeira** – Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã;
- **Purus** – Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.

Para compreender estas mudanças, observou-se os cadastrados no Sistema de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, de 2010 a 2019 (anexo 01) e os seguintes tipos de equipes da estratégia prioritária de atenção à saúde:

- eSF – Equipe de Saúde da família convencional;
- eSFSB_M1 – Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade 1
- eSFSB_M2 – Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade 2
- eSFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
- eSFRSB_M1 – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal Modalidade 1
- eSFF – Equipe de Saúde da Família Fluvial
- eSFFSB – Equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal
- eSF1SB_M1 – Equipe de Saúde da Família tipo I com Saúde Bucal Modalidade I
- eSF4 – Estratégia de Saúde da Família tipo IV
- eSF4SB_M1 – Equipe de Saúde da Família tipo IV com Saúde Bucal Modalidade I
- eSFTRANS – Equipe de Saúde da Família Transitória
- eSFTRANS_M1 – Equipe de Saúde da Família Transitória
- eSFRB_MII – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha com Saúde Bucal MII.

No recorte estudado, houve um aumento no teto de eSF de 2010 a 2012, mas ao mesmo tempo vê-se que existiu uma oscilação na quantidade de eSF implantadas neste período passando de 520 eSF (2010) para 516 eSF (2011) e 518 eSF (2012). De 2013 a 2017, manteve-se um teto de 1.796 eSF, também se observa uma oscilação com relação ao quantitativo de eSF implantadas. Entre os motivos mais frequentes para essa oscilação de quantidade de eSF estão as irregularidades por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES ou pela suspensão por não envio de produção para o sistema de informação da Atenção Básica.

Financiamento e indicadores da Atenção Básica

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando o necessário para subsidiar as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

No ano de 1994, iniciou-se a implantação do piso de Atenção Básica (PAB), que marca uma transformação no modelo de financiamento. O PAB trata-se de um montante de recursos financeiros que podem ser utilizados tanto no custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes ou para realização de obras de construção ou reforma de unidades destinadas exclusivamente para ações básicas de saúde.

Em 2002, surgiu o Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Mundial – BIRD e voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica. O PROESF aplica recursos em saúde bucal, na aquisição de veículos, na compra de equipamentos médicos e de suporte, além de reformas das unidades do Saúde da Família. Os recursos financeiros, bem como as ações a serem implementadas, foram distribuídos nos seguintes Componentes:

- Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde;
- Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- Componente 3 - Monitoramento e Avaliação.

Em 2011, a Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b), instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado “Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável”. O programa elevou o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

A partir de 2019, o financiamento passou a ser feito conforme descrito na Portaria nº 3.263/2019 (BRASIL, 2019b) e, também com base em indicadores de desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil (Portaria nº 3.222/2019), a partir de três os componentes de financiamento: 1) Pagamento por capitação ponderada, 2) pagamento por desempenho e, 3) incentivos para ações estratégicas, o que torna equilibrado o financiamento, reduzindo os desvirtuamentos e produzindo a Equidade. Ao analisarmos o programa observamos que existe uma intenção de ampliar os recursos para aumentar o número de equipes de Saúde da Família (eSF) e os tipos de equipes financiadas (BRASIL, 2019a).

A capitação ponderada aumenta a responsabilidade do sistema de saúde pelas pessoas ao aumentar o acesso destas aos serviços da Atenção Básica e o vínculo entre população e equipe, não restringindo dessa forma o princípio da Universalidade. Além disso, outra consequência esperada desse financiamento é o fortalecimento do conjunto de serviços executados pela equipe de saúde para que sejam atendidas as necessidades da população, garantindo assim a Integralidade, conforme a Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2015), os indicadores de saúde são valores oriundos de medidas que sintetizam informações relevantes sobre determinados atributos da saúde, assim como, do desempenho do sistema de saúde. Observados em conjunto, devem espelhar a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A complexidade da construção de um indicador é um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados.

Os indicadores são fundamentais no processo de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas. Toda meta está diretamente relacionada a um indicador que expressa à maneira como a meta será

avaliada. A definição de indicadores e seus respectivos parâmetros permitem aos gerentes, dirigentes, políticos e cidadãos conhecer e opinar acerca da saúde com enfoque no gerenciamento da qualidade (SANTOS-FILHO, 2004). Os indicadores de saúde são de dois tipos:

- **Indicadores Universais:** expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema, sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente.
- **Indicadores Específicos:** expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema, sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

A Pactuação Interfederativa é o processo de negociação entre os entes federados (Municípios, Estados e Distrito Federal), que envolvem um rol de indicadores relacionados a prioridades nacionais em saúde, cabendo aos entes federados discutir e pactuar estes indicadores que compreendem os interesses regionais.

A pactuação tem como finalidade reforçar as responsabilidades de cada gestor com as necessidades de saúde da população no território, além de fortalecer a integração dos instrumentos de planejamento do SUS: o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório de gestão, de acordo com Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2003b).

Os indicadores que compõem a pactuação devem ser considerados nos referidos instrumentos de planejamento de cada ente federado. Cada indicador pactuado vincula-se a diretrizes, objetivos e metas aos quais, além dos métodos de cálculo, fonte dos dados e relevância dos indicadores, incluem as informações necessárias para sua utilização.

O Plano Estadual de Saúde (PES), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Monitoramento e Avaliação são os instrumentos de gestão que apoiam todo esse processo, dentre estes, o Monitoramento e Avaliação constitui uma metodologia de acompanhamento e análises das ações, metas, diretrizes e indicadores em Saúde. Sendo assim, pode-se afirmar que os indicadores de saúde representam uma das principais ferramentas para os processos de monitoramento e avaliação (REIS, 2016).

A Portaria nº 2.669/2009 estabeleceu as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de Pactuação para o biênio 2010 – 2011 (BRASIL, 2009).

I - atenção à saúde do idoso; II - controle do câncer de colo de útero e de mama; III - redução da mortalidade infantil e materna; IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; V - promoção da saúde; VI - fortalecimento da atenção básica; VII - saúde do trabalhador; VIII - saúde mental; IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e XI - saúde do homem (BRASIL, 2009).

Destaca-se que, no biênio 2010-2011, foram pactuados 42 indicadores, em duas etapas. A primeira para inserção das metas pactuadas, e segunda com a reabertura do Sistema de Pactuação para ajustes das metas de 2011, com base nos resultados alcançados em 2010. Também houve em 2011 a inserção dos indicadores da Saúde bucal; Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, uma vez que tais indicadores não foram inseridos na Pactuação de 2010.

No ano de 2012, houve a Pactuação dos indicadores de transição do Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). Os indicadores foram calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde, havendo a Pactuação de 31 indicadores, estabelecidos pela Resolução CIT nº 04, de 19 de julho de 2012 que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tem como objetivo possibilitar a formulação de políticas integradas, a partir da Região da Saúde, focando as necessidades de saúde da população deste território e definindo responsabilidades e compromissos entre os 3 entes federativos (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, a Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013, dispôs sobre as regras do processo de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 – 2015 (BRASIL, 2003a). Naquele triênio o rol de indicadores foi composto por 67 indicadores dos quais 33 são universais e 34 são específicos, observadas as especificidades no território. Os indicadores se relacionavam a 13 diretrizes e objetivos nacionais, porém 4 destes indicadores, relacionados à população indígena, foram cancelados por problemas operacionais durante o processo de pactuação.

Em 2016, a Resolução nº 2 estabeleceu os indicadores para o processo nacional de Pactuação Interfederativa, conforme decisões na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de 28 de julho de 2016, publicadas no Diário Oficial da União, em 16 de agosto de 2016. Houve a Pactuação de 29 indicadores, estes, relacionados a 6 diretrizes e 8 objetivos nacionais, compostos por 18 indicadores universais e 11 indicadores específicos (BRASIL, 2016a).

Os indicadores do Quinquênio 2017-2021 totalizam 23, dos quais 20 são indicadores universais e 03 são indicadores específicos. A regulamentação do processo ocorreu por meio de Pactuação Tripartite (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) por meio da Resolução nº 8 de 24 de novembro de 2016, e estabeleceu que o estado e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam suas respectivas responsabilidades em cada regional (BRASIL, 2016b).

No Amazonas, a Pactuação das nove Regiões de saúde teve seu início oficial em 2017, registrando as metas dos 23 indicadores inseridos no rol de Indicadores do quinquênio 2017-2021, no Sistema de Pactuação Interfederativa – SISPACTO. A partir de 2018, tal sistema foi substituído pelo DigiSUS Gestor, entretanto, não há a possibilidade de Pactuação das metas regionais no atual sistema. Apesar disso, os resultados alcançados pelos indicadores nas regionais de saúde continuam sendo acompanhados.

Metas e Resultados dos indicadores da Pactuação 2010 a 2021 do Amazonas

Os Indicadores da Pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2010 a 2021 para o Amazonas foram analisados e os resultados mais expressivos foram sintetizados ao longo deste texto.

É importante destacar que nos anos 2010 e 2011 o indicador “Proporção da População Cadastrada pela Estratégia Saúde da Família” era utilizado para aferir a cobertura, entretanto em 2012 a fórmula de cálculo e as variáveis foram modificadas. Desta forma, naquele ano passou-se a utilizar o indicador “Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica”. Os resultados foram detalhados na tabela 01.

Tabela 01: Metas e Resultados Anuais do Estado do Amazonas.

Indicador	2010		2011		2012	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Proporção da População cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	55%	50,39%	57%	48,92%	-	-
Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica	-	-	-	-	56%	52,07%
Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica	2013		2014		2015	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
	58%	56,43%	65%	64,24%	70%	68,98%
Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica	2017		2018		2019	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
	64,65%	63,48%	65,30%	66,14%	66,50%	70,40%

Fonte: SISPACTO, 2020.

Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto>. DIGISUS.

Disponível em: <https://digisus.saude.gov.br> e e-Gestor.

Disponível em: <https://gestorab.saude.gov.br/>

A meta anual da Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família em 2010 foi de 55% de população cadastrada e, em 2011, de 57%. Este indicador estima o aumento da proporção da população cadastrada no SIAB. Para definição das metas para o biênio foram considerados uma série histórica e os parâmetros descrito na Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009.

A meta Brasil para Cobertura, em 2010, era de no mínimo 54,5% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família e, para 2011, no mínimo 57% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, com o objetivo

de ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica. O resultado obtido foi 50,39% (2010)¹ de população cadastrada e 48,92% (2011)².

A Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, cujas fontes para a obtenção dos dados foram SCNES (Nº de equipe ESF equivalente) e DAB-MS (Nº de equipe ESF e os dados da População), estabeleceu uma nova forma de calcular a cobertura de AB, por este motivo foi realizado um levantamento de anos anteriores e com base nessas informações foi pactuada uma meta estadual anual para a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica de 56% de cobertura e como resultado alcançou-se 52,07% de cobertura. Tal indicador permaneceu pactuado, no triênio 2013-2015. Foi selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

No triênio 2013-2015, as fontes de dados utilizadas foram o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (número de ESF equivalente) e o Departamento de Atenção Básica – DAB (levantamento do número de equipes da ESF implantadas no município/estado e os dados da população).

Como meta estadual para o ano de 2013, foi pactuado o valor de 58% obtendo um resultado de 56,43% de cobertura. Em 2014, 65% o valor pactuado para o estado, obtendo um resultado de 64,24% de cobertura e, em 2015 o valor pactuado foi de 70% com resultado de 68,98%³. É possível observar que os resultados alcançados foram valores próximos das metas estabelecidas com destaque para o ano de 2015, maior cobertura no triênio. Em 2016 não houve a pactuação desse indicador, conforme decisões na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite em 28 de julho de 2016 e publicação no Diário Oficial da União em 16 de agosto de 2016.

No quinquênio 2017-2021, a pactuação da Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica voltou a inserir o indicador, contudo, as fontes de informações passaram a ser o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para a seleção das variáveis número de eSF,

1 data de coleta dos dados 23/09/2011 – última atualização

2 data de coleta dos dados 13/03/2012 – última atualização

3 Os resultados apresentados foram gerados em 29/03/2016 – data de atualização, apresentando a situação existente na época da consulta aos bancos de dados.

número de eAB e número de eSF equivalentes; e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a seleção das Estimativas populacionais anuais, com referência em 1º de julho. Verificam-se alterações nas variáveis a serem utilizadas, além de serem acrescentadas outras variáveis de seleção para a obtenção das equipes, bem como a fonte de obtenção da população.

Vale ressaltar que a principal limitação desse indicador está no fato de mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na Atenção Básica, e não o acesso efetivamente proporcionado. Assim, no ano de 2017, foi pactuada meta estadual de 64,65% e o resultado obtido a princípio foi de 65,29%.

No Relatório Anual de Gestão, divulgado em 2017, consta que o alcance da meta proposta se deu pelas seguintes ações: 1) apoio e monitoramento dos municípios no cadastramento domiciliar e individual no E-SUS; 2) apoio institucional, in loco aos que estão no processo de implementação, acompanhamento, qualificação; e 3) fortalecimento da Atenção Básica, através do credenciamento de novas equipes de saúde da família, após a divulgação dos resultados obtidos (AMAZONAS, 2017).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde divulgou em site outros valores do referido indicador. Naquele momento, a Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária esclareceu que foi realizado um ajuste no método de cálculo de cobertura, após a identificação de incoerências nos resultados de alguns municípios.

Em dezembro de 2018, o DAB promoveu uma reformulação nos critérios do cálculo da cobertura e, por este motivo, foram atualizadas à época as competências disponibilizadas no e-Gestor AB. As principais mudanças foram: equipes de saúde da família excluídas do cálculo por apresentar irregularidade, tais como, duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES em toda a série histórica ou suspensa por não envio de produção no SISAB a partir de janeiro de 2017. Esse ajuste causou impacto nos resultados, sobretudo na redução de percentuais, pois incluiu o critério de suspensão de equipes por não envio ao SISAB. Considerando essas alterações o resultado de 2017 ficou em 63,48% não alcançando a meta pactuada.

É importante lembrar que a Pactuação das Regiões de Saúde foi realizada considerando as realidades locais da região amazônica. Dessa forma, os

municípios decidem em conjunto a meta, assumindo seus papéis nas ações para a melhoria da qualidade da saúde na regional. As metas de cada regional podem ser registradas a tabela 02.

Tabela 02: Metas e resultados anuais da cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica das Regiões de Saúde.

Regiões de Saúde	2017			Observação
	Meta	Resultado	Diferença	
Alto Solimões 2,28	89,44%	87,16%	- 2,28	Houve mudança de plataforma para pactuação de metas, na qual não há campo para oficializar as metas regionais por esta razão não foram registradas as metas dos anos de 2018 e 2019
Baixo Amazonas	85,91%	84,93%	- 0,98	
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	52,09%	47,90%	-4,19	
Juruá	81,11%	86,46%	-5,35	
Médio Amazonas	81,96%	100%	18,04	
Purus	79,12%	81,33%	2,21	
Rio Madeira	79,96%	81,08%	1,12	
Rio Negro e Solimões	94,50%	91,24%	-3,26	
Triângulo	90,32%	98,03%	- 7,71	

Fonte: DIGISUS, 2020.

Disponível em: <https://digisus.saude.gov.br> e e-Gestor.

Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>

A partir da tabela é possível observar que das nove Regiões de saúde do Amazonas no ano de 2017, quatro não alcançaram as respectivas metas pactuadas. O pior desempenho foi da Região do Triângulo, cujo resultado da cobertura foi 7,71 pontos menor que o pactuado. Por outro lado, dentre as Regiões que alcançaram a meta, o melhor resultado foi da Região do Médio Amazonas que além de ter superado a meta em 18,04 pontos, ainda conseguiu registrar a cobertura de 100% da população, uma conquista importante, diante das dificuldades impostas pela geografia dos territórios.

Para o ano de 2018, foi pactuada meta estadual de 65,30%, esta meta considerou o modelo implantado. Cabe esclarecer que a negociação para alterações na fórmula de cálculo da cobertura, ocorrida entre o DAB/MS, SAS/MS, CONASEMS, CONASS e SESAI/MS, uma vez que a saúde indígena, mesmo

com equipes multiprofissionais habilitadas na atenção básica, não era inserida na cobertura do estado, prejudicando o resultado da cobertura de vários municípios e regiões. Desta forma, após a negociação, o resultado anual obtido foi de 66,14%, alcançando a meta estabelecida para o estado naquele ano.

No ano de 2019, a meta estadual foi de 66,50% e o resultado obtido foi de 70,40%, valor alcançado como resultado dos esforços das equipes do Departamento de Atenção Básica da SES/AM, ações estratégicas de apoio institucional junto aos municípios, reorganização de dados e variável e do comprometimento de cada município com as linhas de ação pactuadas.

Considerações Finais

A Política de Saúde no Brasil se estabeleceu enquanto direito social ao longo da história. Desde a chegada dos padres jesuítas, a partir da colonização portuguesa, com a introdução de remédios e terapias europeias até a promulgação da Constituição Federal de 1988, passou pela filantropia, direito previdenciário, até constituir-se como direito de todo cidadão e dever do Estado.

A partir desse momento, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, para operacionalizar as formas de acesso a tal direito, com base em diretrizes, ou seja, conjunto de recomendações técnicas e organizacionais, com vista a garantir a universalização – garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; a equidade – a fim de diminuir desigualdades; a integralidade. E ainda, a regionalização e hierarquização – orientando a organização dos serviços em níveis de complexidade que considerem as particularidades locais.

Em 1994, houve a reestruturação da Atenção Básica, a qual se tornou a principal porta preferencial de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, bem como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Neste contexto, as equipes de Estratégias Saúde da Família foram criadas para alcançar populações que como pouco ou nenhum acesso às ações de saúde da forma esperada.

Para dar organicidade à Atenção Básica, instrumentos de gestão foram elaborados para apoiar o processo de avaliação e monitoramento de ações, metas, diretrizes e indicadores de saúde estabelecidos pela Pactuação Interfederativa,

traduzindo o compromisso assumido pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades e diretrizes que apresentam impacto positivo sobre a situação de saúde da população brasileira.

Desta forma, os indicadores pactuados são instrumentos de gestão imprescindíveis na avaliação da Política de Atenção Básica, pois é possível, a partir deles, acompanhar as ações realizadas durante determinado período e avaliar os impactos das intervenções na saúde da população, visando também dar base para tomada de decisão.

No Amazonas, os indicadores de cobertura da Atenção Básica, foram se modificando ao longo dos 10 anos estudados (2010 a 2021). Contudo, foi possível observar avanços significativos nos resultados, com o alcance das metas de cobertura das Regiões do Rio Purus, Rio Madeira e Médio Amazonas, com destaque para terceira que alcançou a cobertura de 100% da população.

Outro resultado expressivo foi 70,40% de cobertura de AB no estado do Amazonas, em 2019, que se deu por fatores como o reconhecimento da necessidade negociação sobre o cálculo do indicador de cobertura de AB, com a inclusão dos dados da saúde indígena e, ainda, pelos esforços das equipes do Departamento de Atenção Básica da SES/AM. Foram realizadas ações estratégicas de apoio institucional junto aos municípios, apoiando a reorganização de dados e variáveis, assim como o comprometimento de cada município com as linhas de ação pactuadas.

Referências

- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução nº 59, de 20 de junho de 2011**. Dispõe sobre Revisão do Desenho Regional do Estado do Amazonas para a Saúde. Disponível em: http://saude.am.gov.br/uploads/storage/cib/docs/res/res_cib_2011_059.pdf
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão, 2017**. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/servico/rag.php>
- BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. 1953. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **A saúde bate à porta Programa Saúde da Família**. 2002. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateporta/timeline.php>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, 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). Diário Oficial da União. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. (Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil) Brasília: MS. 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Linha do Tempo da Saúde. 2008b**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.669, de 03 de novembro de 2009**. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AM, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 04, de 19 de julho de 2012**. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 05, de 19 de junho de 2013**. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). 2013a.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 02, de 28 de julho de 2016**. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação intefederativa, relativo ao ano de 2016. 2016a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0002_16_08_2016.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação intefederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0008_24_11_2016.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do Ministério: Saúde no Brasil – do Sanitarismo à Municipalização**. Brasília: MS, 30 de junho de 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. 2019a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3222_11_12_2019.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019**. Estabelece o incentivo financeiro de custeio federal para implementação e fortalecimento das ações de cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). 2019b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3263_12_12_2019.html

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Nota Conjunta CONASEMS e CONASS sobre a reformulação da PNAB**. 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasms-e-conass-sobre-reformulacao-pnab>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos**. [index.php \(paho.org\)](http://index.php(paho.org)), 2015.

REIS, L. O. Avaliação de desempenho em prefeituras municipais: as metas não importam. (**Dissertação de Mestrado**). Ribeirão Preto, 2016.

SANTOS-FILHO, S. B. **Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Relatório de consultoria realizada para o Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2004.

Anexo I: Indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2010 a 2021.

Nº	Indicador 2010 - 2011	Indicador 2012	Tipo	Indicador 2013- 2015	Tipo	Indicadores 2016	Tipo	Indicadores 2017 - 2021
1	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
2	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	U	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab)	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
3	Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família	E	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
4	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (iam) 20,00 %	U	Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada
5	Taxa de mortalidade infantil	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária 0,54 razão	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (dnci) encerradas em até 60 dias após notificação

5.a	Taxa de mortalidade infantil neonatal.	-	-	-	-	-	-	-
5.b	Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.	-	-	-	-	-	-	-
6	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados.	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
7	Incidência de sífilis congênita.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	U	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	U	Proporção de parto normal no sus e na saúde suplementar	E	Número de casos autóctones de malária
8	Taxa de letalidade das formas graves de dengue (febre hemorrágica de dengue - fhd / síndrome do choque da dengue - scd / dengue com complicações - dcc)	Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa.	U	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	E	Cobertura de centros de atenção psicossocial (caps) 0,55 /100.000	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
9	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	U	Taxa de mortalidade infantil. 14,40 /1000	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
10	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera	Proporção de partos normais	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	U	Proporção de óbitos maternos investigados	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
11	Índice parasitário anual (ipa) de malária.	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (mif) investigados	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária

12	Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente determinado local e população da mesma faixa etária
13	Proporção de casos de hepatite b confirmados por sorologia.	Taxa de mortalidade infantil	E	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais dcnt (doenças aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	Proporção de parto normal no sus e na saúde suplementar
14	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (iam)	U	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
15	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos.	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (mif) por causas presumíveis de morte materna investigados	E	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva (uti)	U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	U	Taxa de mortalidade infantil.
16	Prevalência de tabagismo em adultos.	Incidência de sífilis congênita.	E	Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (samu 192)	U	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
17	Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família.	Cobertura de centros de atenção psicossocial (caps)	E	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
18	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de -natal	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família

19	Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações.	Cobertura vacinal com vacina tetravalente (dtp+hib)/pentavalente em crianças menores de um ano	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
20	Taxa de internações por acidente vascular cerebral (avc)	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	U	Proporção de parto normal	E	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.
21	Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	E	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase	E	Ações de matricial realizadas por caps com equipes de atenção básica
22	Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	Número de testes de sífilis por gestante.	E	Incidência parasitária anual (ipa) de malária	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
23	Número de notificações dos agravos a saúde do trabalhador constantes da portaria gm/ms nº.777/04.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (dnc) encerrados oportunamente após notificação	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	E	Número absoluto de óbitos por dengue	U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho
24	Taxa de cobertura de centros de atenção psicossocial (caps) /100.000 habitantes.	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente	U	Taxa de mortalidade infantil.	E	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	-	-
25	Número de serviços de reabilitação visual habilitados pelo ministério da saúde.	Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade.	U	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	-	-

26	Proporção de municípios prioritários do estado com rede de prevenção das violências e promoção da saúde implantadas.	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	U	Proporção de óbitos maternos investigados	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	-	-
27	Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas.	Índice parasitário anual (ipa) de malária.	U	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (mif) investigados	E	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	-	-
28	Número de estados e municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a saúde do homem inseridas nos planos de saúde estaduais e municipais	Número absoluto de óbitos por dengue	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	Planos de saúde enviados ao conselho de saúde	-	-
29	Número de cirurgias prostatectomia suprapúbica por local de residência.	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	E	Cobertura de centros de atenção psicossocial (caps)	E	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde n/a n.absoluto	-	-
30	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (dnc) encerrados oportunamente após notificação	Percentual de comissões de integração ensino-serviço (cies) em funcionamento por estado.	U	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais dcnt (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	-	-	-	-

31	Proporção de óbitos não fetais informados ao sim com causa básica definida.	Proporção de municípios com ouvidorias implantadas	Pactuação cancelada	percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	-	-	-	-
32	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (dtp+hib) em crianças menores de um ano.	-		Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados	-	-	-	-
33	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.	-		Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados	-	-	-	-
34	Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	-		Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (mif) investigados.	-	-	-	-
35	Percentual de colegiados de gestão regional (cgr) constituídos em cada estado e informados a cit.	-	U	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas	-	-	-	-
36	Proporção de estados e municípios com relatórios anuais de gestão aprovados nos conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde.	-	U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	-	-	-	-
37	Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (cnes).	-	U	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose	-	-	-	-
38	Percentual de comissões de integração ensino-serviço (cies) em funcionamento por estado.	-	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	-	-	-	-

39	Implantação de ouvidorias do sus nos estados e capitais.	-	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (dnci) encerradas em até 60 dias após notificação	-	-	-	-
40	Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.	-	U	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	-	-	-	-
41	Cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família	-	U	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	-	-	-	-
42	Media da ação coletiva de escovação dental supervisionada	-	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	-	-	-	-
43	-	-	E	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200CEL/MM3	-	-	-	-
44	-	-	E	Número de testes sorológicos anti-hcv realizados	-	-	-	-
45	-	-	E	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes	-	-	-	-
46	-	-	E	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	-	-	-	-
47	-	-	E	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	-	-	-	-
48	-	-	E	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	-	-	-	-
49	-	-	E	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	-	-	-	-

50	-	-	E	Incidência parasitária anual (IPA) de malária	-	-	-	-
51	-	-	E	Número absoluto de óbitos por dengue	-	-	-	-
52	-	-	E	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	-	-	-	-
53	-	-	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	-	-	-	-
54	-	-	E	Percentual de municípios com o sistema horus implantado	-	-	-	-
55	-	-	E	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da atenção básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	-	-	-	-
56	-	-	E	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária, no ano	-	-	-	-
57	-	-	U	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	-	-	-	-
58	-	-	E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência de medicina da família e comunidade e da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família/saúde coletiva	-	-	-	-

59	-	-	E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental	-	-	-	-
60	-	-	E	Número de pontos do telessaúde Brasil redes implantadas	-	-	-	-
61	-	-	U	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos	-	-	-	-
62	-	-	E	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento	-	-	-	-
63	-	-	U	Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde	-	-	-	-
64	-	-	U	Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde - SIACS	-	-	-	-
65	-	-	E	Proporção de municípios com ouvidorias implantadas	-	-	-	-
66	-	-	E	Componente do SNA estruturado	-	-	-	-
67	-	-	E	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde	-	-	-	-

Fontes: Sispacto, 2020. Acesso em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto> e DigiSUS, 2020. Acesso em: <https://digisus.saude.gov.br>



Inovações na Atenção Básica em saúde na Amazônia: navegando na ampliação do acesso e qualidade da atenção no Sistema Único de Saúde

Cleudecir Siqueira Portela

*Ser capaz, como um rio
que leva sozinho
a canoa que se cansa,
de servir de caminho
para a esperança...*

*...Mudar em movimento,
mas sem deixar de ser
o mesmo ser que muda.
Como um rio.*

Thiago de Mello,
(Como um rio, 1981)

Introdução

O rio faz do ribeirinho um canoeiro que no ir e vir de seu caminhar desliza sobre as águas e constrói seu modo de vida permeado pelas relações, sendo mais do que um elemento adicional na paisagem. O ribeirinho faz do rio parte de sua trajetória e de seu modo de ser e de viver. O rio não é o lado de fora da vida, é parte constitutiva dela. Para manter o rumo certo o canoeiro usa a quilha¹ e o remo, que somados à capacidade técnica do canoeiro e à relação que estabelece com o leito do rio e com suas margens, torna possível o “bem navegar”. Ser um bom canoeiro, portanto, exige o uso de uma canoa com quilha e remo (tecnologias duras), o conhecimento sistematizado pela experiência sobre sua forma correta de uso (tecnologias leve-duras) e o estabelecimento de relações com o leito do rio e suas margens, que são os saberes locais (tecnologias leves), vivos e mutáveis, como na poesia de Thiago de Mello.

Assim como o canoeiro necessita de distintas tecnologias para realizar com êxito o seu trajeto, os sistemas de saúde e, sobretudo, os processos de trabalho

¹ Parte mais importante na construção de uma embarcação, é a coluna vertebral onde se prendem todas as outras peças transversais, se localiza na parte inferior e dá estabilidade, direção e agrega pressão e velocidade.

que se desenvolvem no seu interior necessitam dispor de diferentes tecnologias (MERHY; FRANCO, 2003), sendo o foco desta escrita as tecnologias leves, os saberes não normatizados, por serem assim representativos e específicos de um lugar (ALMEIDA *et al.*, 2019). A produção do cuidado se dá através das relações, pois o trabalho em saúde é necessariamente relacional e dependente do trabalho vivo, feito em ato, denominado de tecnologias leves pelo seu caráter relacional, dependente da forma de agir entre os trabalhadores e usuários, onde o profissional aplicará seu conhecimento para produzir o resultado esperado (MERHY, 2002). As generalizações necessárias para a criação de normas gerais não são capazes de abarcar todas as diferentes especificidades de um país, especialmente quando nos referimos à região amazônica.

Identificar e reconhecer esse território como singular, por suas características de acesso, sazonalidade e uso do tempo, apenas para citar algumas, já nos permite ver que existem condições de vida e de saúde ainda pouco exploradas que geram experiências particulares e, em grande medida, saberes singulares (PORTELA, 2017). Ao designar as diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação, a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) colocou a diversidade locorregional como central na definição dos modos de fazer do sistema de saúde, mesmo que essa visão não seja predominante nas análises sobre a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No território amazônico, a produção de vida e do trabalho são, também, movimentos de produção de formas de saber, de formas diversas aos modos da vida urbana nos grandes centros e nos serviços tecnológicos de saúde (FERLA, 2020).

A partir da identificação desses diferentes cenários e suas especificidades, é que se torna possível o surgimento de diversas nuances nas políticas públicas e sua condução mais adequada, com visibilidade das potencialidades e o entendimento de cada local de atuação como singular, provendo assim, as respostas necessárias e oportunas (KADRI, 2019). A “unicidade” do sistema de saúde brasileiro, como definido na Constituição (BRASIL, 1988), não é a homogeneização das condições locais, mas, ao contrário, o seu reconhecimento e valorização. A região amazônica precisa ser vista, também, como local de produção intensa de vida, de saúde, de presenças e de organização, mesmo diante das ausências históricas do Estado, sem permitir que a vastidão de seus territórios se confunda com, ou seja, sinônimo de

vazios e vulnerabilidades (SANTOS; MENESES; NUNES, 2004). Sua distância epistêmica dos lugares “centrais” de pensamento da ciência e das políticas é também potencialidade para a produção de novas formas de fazer ciência e políticas públicas não somente para o território amazônico, mas também para superar problemas estruturais que advêm das naturalizações que embasam a relação entre o conhecimento e o conteúdo das políticas de saúde (FERLA *et al.*, 2019).

A complexidade em se produzir o cuidado e ofertar atenção à saúde deve ser vista como fruto dos princípios e diretrizes do SUS, independente de seus diferentes desafios para sua implementação. E a complexidade, nesse caso, se acentua no cenário amazônico, considerando que os conhecimentos e tecnologias tendem a ser demandados e produzidos nos centros urbanos dos estados mais influentes do país (FERLA *et al.*, 2019). Entretanto, a alta densidade populacional e o deslocamento por vias urbanas é apenas parte da realidade brasileira (KADRI, 2017).

O rio oferece mais do que a possibilidade de locomoção, comunicação e alimento, traz o sentimento de pertencimento ao local, de construção de cultura e de identidade. O canoeiro vive em harmonia com seu entorno, entende a vida como algo não estático ou fixo e que, apesar de mudanças extremas em seu território, como a subida e descida das águas, ainda necessita acessar serviços, como por exemplo, Unidade Básica de Saúde (UBS), escola e energia elétrica. Na realidade amazônica, muitos dos sentidos da vida e da saúde dos diversos grupos populacionais estão relacionados aos rios e florestas (KADRI, 2017). Sobretudo, não é possível falar sobre acesso e qualidade da saúde sem considerar essas características do território.

Como esse acesso se dá, quais os fluxos, ou percursos para que ocorra? A organização, ou planejamento de serviços de saúde necessita olhar para a vida e seu cotidiano. O entendimento correto de sua dinâmica, incluindo o que já existe disponível (fixos) e a forma de acessar os serviços (fluxos), permite melhor adequação aos diferentes cenários, respondendo assim às necessidades específicas do lugar (SANTOS, 1988).

Diante das especificidades que os diferentes cenários de vida apresentam é que esta escrita surge, apoiado na ideia de que tamanha fluidez na organização da mobilidade torna possível, mesmo diante de mudanças sazonais no período de cheia e vazante, que o rio seja o elemento de união, aproximação, conexão entre

as pessoas e os serviços/ instituições presentes no espaço (KADRI, 2017). Quando analisamos profundamente esse “território líquido” é possível conhecer como ele se organiza, o acesso aos serviços de saúde e os diferentes percursos pelas redes de atenção por onde o mesmo caminho poderá ser utilizado pelo poder público — caso ainda não seja — para se fazer presente na vida e no cotidiano das pessoas, promovendo saúde e qualidade de vida (KADRI *et al.*, 2019; SCHWEICKARDT *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2019; ALELUIA *et al.*, 2017).

Do desafio a busca

O desafio de garantir acesso resolutivo e humanizado para todo cidadão que necessite, independentemente de onde resida, é a razão de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Já se entende que as ações e serviços públicos devam estar integradas numa rede regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir acesso e atendimento integral dos cuidados em saúde (BRASIL, 1988; ALMEIDA; SANTOS, 2016), mas a formação histórica e cultural do Brasil ocorrida de forma desigual, trouxe impactos nos diferentes cenários de implantação do SUS. Neste sentido, a região amazônica, por suas especificidades do lugar e de sua população, apresenta-se como um profícuo cenário de análise quanto ao exercício da promoção da equidade na política de saúde.

O Amazonas é o maior estado em extensão territorial, cerca de 1,5 milhão de quilômetros quadrados, mas é pouco povoado, sua densidade demográfica é de 2,23 habitantes por quilômetro quadrado. Grande parte dos municípios são de até 25 mil habitantes, o que torna ainda mais desafiador ofertar os diferentes níveis de atenção em saúde em todos os seus mais dispersos territórios. Este quantitativo populacional reduzido reflete no baixo volume de recursos recebido pelos municípios para ofertar e organizar o acesso, sendo insuficientes, do ponto de vista econômico, para a criação e manutenção dos serviços (LIMA *et al.*, 2012; AMAZONAS, 2019).

A baixa densidade populacional, longas distâncias e elevados custos dos insumos, força os gestores a utilizarem, cada vez mais, de estratégias inovadoras para tornar o sistema de saúde local e regional sustentável, do ponto de vista econômico, uma vez que o orçamento da saúde é finito e limitado, em relação à

demanda (COSTA *et al.*, 2012). Essas características da região amazônica torna a oferta dos serviços mais onerosa, mas a saúde é direito de todos e dever do Estado, independentemente de onde vivam. Aos acostumados com o padrão de formação de redes empregado em grandes capitais, os rios são considerados como elemento dificultador, um obstáculo, um desafio a ser superado. Já para a população ribeirinha eles são exatamente o contrário, é o lugar de vida e significado, fonte de existência e aprendizagem, de conhecimento sobre a natureza e sobre a vida das pessoas que ali circulam diariamente (NOGUEIRA, 2014).

É um território que exige adaptação para as construções e desconstruções ocorridas pela influência das águas nos períodos de seca e vazante que conectam ou isolam, mas oportunizam um constante aprendizado, além de requerer o uso de novos e velhos conhecimentos nas experiências diárias de existência. É o “território líquido”, que surge como definição para explicar essa forma tão fluida de lidar com a organização da vida, perfeitamente adaptada às mudanças já aguardadas, tidas como rotineiras, tendo o rio como elemento comum, como forma de se fazer presente entre os ribeirinhos e os serviços e instituições ali presentes (KADRI *et al.*, 2019). Afinal, seria possível separar os modos de se produzir saúde e de gerir processos de trabalho, distanciar a atenção da gestão, a clínica da política, a produção de saúde da produção de subjetividade?

As políticas públicas de saúde, no geral, reproduzem o discurso da biomedicina, alheio às condições sociais e estruturais que produzem saúde em cada local, somado à fragmentação do cuidado entre as diferentes profissões da saúde através das especialidades, desconsiderando as tecnologias relacionais, conseguindo intervir parcialmente nas condições reais de produção da saúde e do adoecimento (FERLA, 2020; STEFANINI, 2014; MERHY, 2002; ALMEIDA; SANTOS, 2016). As inovações em saúde podem, não apenas agregar tecnologias e diminuir gastos estatais, mas também, trazer efeitos positivos sobre a vidas das pessoas. Inovações possuem potencial de moldar as estratégias de criação e funcionamento de políticas públicas, respeitando a organização da vida, enxergando além da lógica tecnológica de organizar o trabalho (FERLA, 2020; VICTORA *et al.*, 2011; COSTA *et al.*, 2012).

Compreender a singularidade presente no território amazônico, com tamanha diversidade cultural e diferentes modos de compreender e fazer saúde,

com a valorização do diálogo com as pessoas envolvidas neste processo (mesmo que não seja a forma tradicional vigente de desenvolver ciência), reforça a ideia de que para se compreender esse território líquido são exigidas técnicas capazes de responder às demandas do lugar, e portanto, ao fazer isso, estamos criando um poder de uso do território (ALBUQUERQUE, 2006). Espera-se que seja possível dar maior visibilidade e valorização às inovações em saúde, e que estas possam colaborar positivamente para a solução de demandas de saúde e formas de organização dos serviços, moldando estratégias de criação e funcionamento de políticas públicas mais adequadas, não apenas para o território amazônico, indo além da lógica de organização do trabalho a partir de protocolos (ALELUIA *et al.*, 2017).

Surgem, então, algumas perguntas importantes: Como é caracterizado o acesso à atenção básica e as redes prioritárias do SUS em territórios singulares na Amazônia? Como se organizam modelagens inovadoras de cuidado na atenção básica e no acesso às redes especializadas em territórios amazônicos? As respostas poderão vir a partir da compreensão de como se organiza o acesso à atenção básica e o percurso pelas redes de atenção da população dessa região. Um olhar mais cuidadoso sobre os fluxos e o desempenho assistencial, com a busca das inovações no cuidado em saúde, poderá ampliar nossa compreensão sobre esse território tão cheio de potencialidades ainda não reconhecidas.

Um território de inovações

As inovações em saúde são caracterizadas por pequenas mudanças em estruturas de serviços ou nos processos de trabalho que os qualificam, e podem ser classificadas como inovações de processos, organizacionais ou de serviços. Quando aplicadas elas resultam em otimização de processos de trabalho, aumento da satisfação dos usuários e trabalhadores e aquisição de competências organizacionais (FERREIRA *et al.*, 2014). Esses arranjos são compreendidos, no setor público, como mudanças substanciais, qualitativas ou quantitativas nas práticas anteriores, uma nova estrutura organizacional ou sistema administrativo, uma implantação de uma nova ação, ou programa com ampliação, ou consolidação das formas de acesso ou diálogo entre sociedade e governo, que resulte em um novo produto, serviços ou práticas que tragam algo novo para a organização ou para o estado da arte (SPINK, 2006).

Essas inovações tecnológicas e organizacionais em saúde podem trazer benefícios significativos para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro, levando em consideração características demográficas e epidemiológicas, o que possibilita expandir o acesso, reduzir custos de atenção e adequar a estrutura às novas tecnologias. A incapacidade de gerar inovações pode ser reconhecida como uma ameaça à viabilidade econômica do SUS, que necessita qualificar e potencializar o acesso e a circulação nos sistemas de saúde, sendo a dificuldade de fazê-lo, um grave problema tanto social como econômico (COSTA *et al.*, 2012). É urgente o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis e efetivos que envolvam trabalhadores e gestores, com a participação efetiva da população, provocando e experimentando inovações em termos de compartilhamento de práticas do cuidado e gestão, onde os saberes leigos impactam na escolha do percurso assistencial, que provoca aprendizado em todos os envolvidos (MERHY *et al.*, 2016).

Os arranjos organizacionais em saúde, ou modos de organização das instituições, deveriam ser capazes de reconhecer e responder às demandas específicas de um determinado lugar. Mas esses “modelos ideais”, que sempre supõem condições também idealizadas, são formatados para serem utilizados em um cenário padronizado de demandas. Esse é um limite entre as articulações feitas entre a formulação e a execução de políticas públicas de saúde, bem como para a aplicação das teorias sobre as práticas. Os diversos atores envolvidos produzem novas formas de se relacionar, produzindo, a partir de então, necessidades de aprimoramento das configurações já estabelecidas, desde a implementação da maquinaria envolvida até a revisão de políticas públicas (FERLA, 2020). Reconhecer e observar soluções locais, muitas vezes permite avanços inovadores não apenas nas práticas locais, mas novas tecnologias de uso ampliado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é especialmente responsável pela expansão do acesso aos serviços de saúde no Brasil, por toda a descentralização já ocorrida no sistema, refletindo no aumento expressivo de cobertura, com consequente diminuição da mortalidade infantil e internações desnecessárias. Ter um sistema universal e centrado na atenção básica só foi possível pela intensa participação social desde a sua fundação. Mas para consolidar os serviços de atenção básica ainda é necessário vencer desafios que ainda persistem, como melhorar o acesso aos níveis secundários e terciários de atenção, ou seja, a

atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede com base nas necessidades locais (VICTORA *et al.*, 2011; ROSA *et al.*, 2016). Ao provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, se espera a superação dos limites hoje impostos, com a experimentação de novas formas de organizar os serviços, novos modos de produção e circulação de poder que possam direcionar estratégias e métodos de articular ações, saberes e sujeitos, potencializando e garantindo a atenção integral, resolutive e humanizada, com eficácia clínica, sanitária e econômica (BRASIL, 2010).

O acesso às redes prioritárias, a vinculação e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, ainda é um desafio para todas as regiões do país (ALELUIA *et al.*, 2017). A revisão e aprimoramento dos processos de trabalho na atenção básica deve ir além da lógica de organização dos municípios a partir dos equipamentos e saberes estruturados, onde o modelo biomédico, predominante em municípios de grande porte, sobre influência do complexo produtivo da saúde e das configurações tecnológicas (LUZ, 2009). Com relação à Amazônia somam-se desafios, como fixar profissionais membros da equipe mínima, como médicos, que apresentam alta rotatividade, formação inadequada e diferenças culturais, bem como a pouca infraestrutura disponível nos municípios, longas distâncias a serem percorridas e permanências em comunidades de difícil acesso (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

O Estado do Amazonas faz fronteira com três países, Venezuela, Peru e Colômbia, sendo livre a circulação, o que facilita a busca por assistência à saúde onde houver disponibilidade. Esses países apresentam diversos determinantes para problemas de saúde, como elevada mobilidade populacional, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde, condições precárias de vida e acentuadas desigualdades socioeconômicas, com oferta desigual de direitos sociais, que trazem um desafio adicional ao nosso sistema universal de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019; AMAZONAS, 2019).

As diferentes condições sociais e de estrutura demandam respostas do setor saúde, como através de diferentes formas de organização dos serviços, nem sempre disponíveis em conhecimentos e técnicas, onde os padrões já definidos e protocolos podem não abarcar (ALELUIA *et al.*, 2017). A ideia de que a região amazônica é “longe muito longe” e, portanto, difícil de ser compreendida, precisa

ser mudada. Um olhar mais sensível e amplo sobre as especificidades amazônicas permitiria maior grau de continuidade do cuidado, da integralidade da atenção à saúde, da capilaridade da assistência com foco na redução das desigualdades de acesso aos serviços (HEUFMANN *et al.*, 2016).

A vida na região amazônica possui uma dinâmica própria que não segue os fixos estabelecidos marcados pelos planejamentos e políticas, mas obedece aos caminhos traçados, ou fluxos, criados pela própria população quando necessita de assistência (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016). A compreensão e uso dos conceitos de fixos, fluxos e espaço já está bem consolidada no campo da geografia, que define o espaço geográfico como um “conjunto indissociável de objetos (fixos) e de ações (fluxos)” (SANTOS, 1988). O fixo faz referência a objetos naturais, como rios e florestas; e a construções, como estruturas prediais e ruas que possuem interligação com uma rede de interações que justificam sua existência. Já os fluxos são produtos da ação humana, esse dinamismo que é resultado da circulação de valores entre os fixos, onde cada fixo (ou nó) estabelece uma série de conexões com os fluxos (linhas) (SANTOS, 1988). Cada serviço disponível é um fixo e a forma de interação com a população é o fluxo, e devem, portanto, seguir uma lógica de ordenamento que garanta o acesso e a organização dos territórios (FERLA, 2020).

A singularidade amazônica, especialmente no território de várzea, pela influência do ciclo das águas com o fenômeno de cheia e vazante dos rios, impacta nas condições de vida e de saúde dos ribeirinhos, também chamados de camponeses das águas ou de homens-anfíbios, por sua estreita relação com as águas (FRAXE, 2000). A organização da vida nesse cenário exige que os serviços de saúde levem em consideração essas especificidades, visto que é um lugar heterogêneo e complexo, formado pelo conjunto de pessoas, águas, terras e florestas, uma paisagem humanizada (WITKOVSKI, 2010).

A essa organização e produção de conhecimentos e tecnologias, a partir das condições amazônicas e olhar diferenciado, chamamos de “território líquido”, que se movimenta pelo ciclo das águas, enquanto espaço de produção da gestão e das práticas sociais. Território tem, na origem etimológica, a ideia de jurisdição, delimitação de terra, e o líquido, se referindo ao físico, ao movimento, à energia produzida pelo movimento das águas, diferente das relações líquidas, marcadas pelo hibridismo e imaterialidade de uma sociedade moderna, são as

águas que constituem o cenário de vida dos ribeirinhos (EL KADRI *et al.*, 2019; SCHWEICKARDT *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2019; SILVA, 2006; ESTERCI, 2002; SCHWEICKARDT, 2012).

Na geografia natural, ou física, os rios atuam como divisores naturais em um território, mas consideramos que é exatamente o oposto, é o elemento responsável por fazer conexão/ligação entre pessoas, serviços e instituições (KADRI; SCHWEICKARDT; LIMA, 2017). O termo “ribeirinho” se refere aos grupos populacionais que moram em pequenas comunidades ou localidades próximas aos rios, igarapés, igapós e lagos (SCHERER, 2004). Para os ribeirinhos da região amazônica, a água possui uma referência simbólica muito forte, pois é fonte de alimento, via de transporte e está presente em muitas lendas e mitos amazônicos (PEREIRA *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2016). Até o tempo tem outro significado, pois as intencionalidades e os objetivos ao percorrer as mesmas distâncias são diferentes para cada pessoa. Essas diferentes formas de realizar deslocamento no tempo e no espaço é que produz a história, mas o mundo é móvel e em permanente transformação (SANTOS, 2013), assim como deve ser nosso sistema de saúde.

O SUS na região amazônica não obedece aos pressupostos estabelecidos de organização centrada em áreas urbanas e deslocamento por estradas, ele é construído a partir de possibilidades e experiências concretas que precisam ter visibilidade, serem aprimoradas e multiplicadas. Com o devido estímulo, a soma de saberes entre os sujeitos envolvidos e seus diferentes modos de vida e de promoção da saúde podem trazer respostas mais acertadas e apontar caminhos menos tortuosos, induzindo a mudanças necessárias. Critérios econômicos e populacionais não devem ser decisivos para definir os pontos e as formas de assistência nesse território, uma vez que a organização da região já suscita a necessidade de maior dinamismo entre profissionais e serviços, aproximando-se da população que necessita e se distanciando da capital.

Propositura de um caminho

Os diferentes territórios e modos de vida na Amazônia produzem variadas estratégias para a organização de suas práticas, que interferem diretamente na produção de saúde dos indivíduos e da organização dos serviços (KADRI *et*

al., 2019; ALMEIDA; SANTOS, 2016). Essas estratégias são tidas aqui como “inovações” por não serem formalmente conhecidas/reconhecidas como usuais em outros cenários de atuação do SUS. Esses arranjos são percebidos com mais clareza quando vividos em seu local de existência, sentidos com a intenção de compreender e reconhecer seu potencial.

Para compreender o modo de acesso à atenção básica e às redes de atenção, bem como as diferentes modelagens inovadoras usadas no cuidado em saúde, sugiro a utilização de abordagem quali-quantitativa, através da exploração de estudos de casos, “casos-guia”, que vão além de casos representativos de uma população para generalização, mas a partir de um conjunto particular de resultados, torna possível gerar proposições teóricas que seriam aplicáveis a outros contextos – “generalização analítica” (ALVES-MAZZOTTI, 2006; MERHY *et al.*, 2016).

Mesmo que a intenção seja de apresentar uma proposta, reconheço que retratar com fidelidade a realidade da região amazônica é, em si, um desafio metodológico, por tamanhas diversidades em suas relações socioespaciais (OLIVEIRA, 2011). Sugiro que sejam vivenciadas experiências empíricas que sirvam para ampliar conceitos e melhor responder as perguntas disparadas neste texto, valorizando os arranjos sociais e estratégias adotadas para a solução dos desafios cotidianos.

A escolha da região de saúde deve ser o ponto de partida, onde pode ser levado em conta o desempenho da região em relação às demais, ou ao desempenho individual dos municípios em relação aos demais no Estado. Sugiro que seja escolhida a região cujo acesso ao município de referência (ou polo) seja feito por via terrestre, neste caso, excetuando a capital Manaus, temos Manacapuru ou Itacoatiara. Para a análise da região pode ser utilizada uma série histórica com todos os anos disponíveis, dos seguintes conjuntos de indicadores: Pactuação Interfederativa (CIT, 2016), Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) (BRASIL, 2013) e Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019).

Necessário que se faça a análise dos equipamentos e profissionais disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com montagem de matriz de funcionalidade para a visualização das interligações de diferentes níveis de atenção, bem como a saída da região em busca de serviços não disponíveis. A utilização de mapa temático poderá apontar onde estão distribuídos os equipamentos de saúde e onde vivem as pessoas. Com a análise

dos três conjuntos de indicadores é possível ordenar os municípios para a escolha dos melhores resultados (sugiro de 2 a 4 municípios).

Todas as equipes dos municípios selecionados deverão ter suas produções do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB) analisadas quanto à produção (atendimentos, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares), cadastro individual e indicadores de desempenho (SISAB). Visto que os dados do SISAB condicionam a transferência de recursos, junto com o alcance dos indicadores de desempenho, a tendência é que estejam muito próximos da realidade.

Para o acesso à atenção básica e as redes de atenção à saúde, sugiro que sejam montados fluxos com a identificação dos caminhos formais já existentes, pactuados em Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além de contratos dos municípios com a checagem do que se produz ambulatorialmente Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e da quantidade de internações no Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e da identificação dos fluxos para agendamento de demandas especializadas, com tempo médio de espera para agendamento e execução da solicitação através de dados das centrais de regulação municipais e estadual.

Todos os mapas e fluxos produzidos devem ser apresentados aos gestores locais para confirmação e ajustes, se necessários. As singularidades da região devem ser analisadas com base numa camada de dados quantitativos, na tentativa de montar uma tecnologia de análise leve, que apresente e aponte o atual cenário organizacional. O processo de validação dos dados e indicadores deverá incluir a captação das construções explicativas feitas com base nas interpretações locais, não apenas na leitura técnico-formal dos dados. Árvores explicativas poderão ser construídas juntas com os gestores locais e registradas em cadernos de campo.

Para as análises qualitativas sugiro o uso de entrevistas, que são fundamentais para a investigação de como as diferentes formas de produção de saúde ocorrem, como os pontos são interligados e qual a conexão do usuário na construção do cuidado. Trabalhar com dados quantitativos e qualitativos permite realizar avaliações mais fidedignas da realidade (FERREIRA *et al.*, 2014). Os diferentes casos servirão de guias para apontar uma mesma direção de uma narrativa hegemônica, mesmo que entre casos, ou equipes, apontem outros

modos, outras formas de ver e falar sobre o caso, trazendo subjetivações que operam na construção das redes e territórios do cuidado.

O reconhecimento dos momentos de repetição, onde “os casos” vão acabar afirmando que nas diferenças é que os serviços poderão fazer a rede (cheia de burocracia) se tornar acolhedora, com nítida preocupação com o sujeito. A rede deve ser entendida como um espaço a ser preenchido com a relação cuidado-compartilhado e não apenas encaminhamentos isentos de subjetivação (MERHY *et al.*, 2016; MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

A cartografia dos fluxos inovadores deve buscar encontrar onde todos esperam não encontrar nada, um bom desempenho ou uma configuração singular, visto que as políticas de saúde acabam adotando um modelo biomédico que responde bem à lógica urbana de municípios de maior porte, com forte influência do complexo produtivo da saúde e das configurações tecnológicas do trabalho centrado em equipamentos e saberes estruturados (FERLA, 2020; LUZ, 2009). A partir da identificação de “casos-guia” é que se poderá compreender o acesso às redes prioritárias e a cartografia dos processos de trabalho para a compreensão e organização local da saúde. Casos múltiplos devem ser analisados, com situações reais de atendimento para entender os fluxos. Na abordagem cartográfica sugerida, o estudo de casos (entrevistas, observação e grupos) serve para analisar o trabalho no interior dos serviços (MERHY *et al.*, 2016).

Como detalhamento das fases propostas: Fase 1 – Análise dos indicadores dos municípios da região. Fase 2 – Escolha dos municípios com melhores resultados para (1) levantamento geral de densidade populacional por comunidade/distrito, (2) mapear estabelecimentos, (3) analisar o desempenho das equipes por período sazonal e (4) encaminhamentos para atenção especializada. Fase 3 – Análise comparativa entre as equipes do mesmo município para escolha das que apresentam melhores resultados, por tipo (ESF, ESFF, ESFR), para (1) análise de distância do primeiro acesso e (2) satisfação dos usuários. Fase 4 – (1) Identificar por equipe os métodos/estratégias para interligar diferentes níveis de atenção – foco nos usuários e (2) cartografar as inovações/estratégias utilizadas no acompanhamento dos processos de trabalho – foco na equipe. Fase 5 – Escolha dos “casos-guia” por equipe para compreensão das (1) redes de cuidados “informais” e (2) redes de atenção “formais” – com desempenho, detalhando (3) a forma de acesso primário e da rede especializada (dentro e fora da região).

Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. **O território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas – SP**. [Dissertação de mestrado], Universidade de São Paulo, 2006.
- Aleluia, I. R. S.; Medina, M. G.; ALMEIDA, P. F.; Vilasbôas, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845–56, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n6/1845-1856/pt>
- ALMEIDA, E. R.; BRANDÃO, C. C.; MATIELO, E.; SANTANA, M. A.; UGARTE, O. A.; COSTA, T. S. C.. Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S.; (Org.). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Saúde & Amazônia. 1a. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, v. 8p. 15–50, 2019.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista Saúde Pública**, 50:80, p. 1-13, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **CAD Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637–51, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>
- AMAZONAS. Secretaria de Saúde de Estado do Amazonas. **Plano Estadual de Saúde**. Amazonas, 2019. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/pes_2020_2023/Plano_Estadual_Saude_2016_2019_rev5.pdf
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Ministério da Saúde (MS). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União.
- BRASIL. **Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013**. Ministério da Saúde (MS). Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html
- BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Ministério da Saúde (MS). Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
- Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016**. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_8_16.pdf
- Costa, L. S.; Gadelha, C. A. G.; Borges, T. R.; Burd, P.; Maldonado, J.; Vargas, M. A. dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, (suppl 1), p. 76–82, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2012.v46suppl1/76-82/pt>
- ESTERCI, N. Conflitos ambientais e processos classificatórios na Amazônia brasileira. In: ESTRECI, N.; LIMA, D.; LÉNA, P. **Boletim Rede Amazônia: diversidade sociocultural e políticas ambientais**. Ano 1, v. 1, Rio de Janeiro, 2002.
- FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, K. H. S.; Gai, D. N.; SCHWEICKARDT, J. C. Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. In: FERLA, A. A. et al., (Orgs.). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 8-20, 2019.
- FERLA, A. A. “Um laboratório de complexidade para práticas socio-sanitárias democráticas: inovações em políticas públicas e no pensamento”. In: NICOLI, M. A. et al. (Org.). **II community lab: cosa è e come funziona**. Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell’Emilia-Romagna – Unione dei Comuni della Bassa Romagna. Bolonha: Università degli Studi di Parma, 2020.
- FERREIRA, V. R. S.; NAJERB, E.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N.B.; BORGES, C. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro 48(5):1207-1227, set./out 2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/33357/32165>
- FRAXE, T. J. P. **Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. São Paulo: Annablume, 2000.
- HEUFEMANN, N. E. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; FARIAS, L. N.; MORAES, T. L. M. A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, pp. 102-113, 2016. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>
- KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S. Território Líquido: A Unidade Básica de Saúde Fluvial “Igarapu”. **Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**. Dourados, 2017.
- KADRI, M. R. Território e Políticas de Saúde na Amazônia: diálogo necessário. In: Debate no Seminário Internacional de Determinantes Sociais da Saúde. 2 a 5 de outubro 2017. Manaus: Fiocruz Amazônia, 2017.
- KADRI, M. R. A regionalização da saúde: o caminho para o SUS em todos os territórios? **Anais do IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Anais... In: 9º GEOSAÚDE**. Blumenau, 2019. Disponível em: <http://inscricao.eventos.ifc.edu.br/index.php/geosaude/geosaude/paper/viewFile/1317/245>
- KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, F. M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface (Botucatu)** v. 23, 2018. Disponível em: <https://www.amazonia.fiocruz.br/doutorado/L2P4/ArtigoKADRIetal.pdf>
- LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Regionalização da Saúde no Brasil. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Giovanella, L., et al. (Org.). 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A. L.; HEUFEMANN, N. E.; ALVES, V.P. Saúde sobre as águas: o caso da

- Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM, R. B. et al., (Org.) **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde** – Volume 2 – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.
- LUZ, M. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2019.
- MELLO, T. **Mormaço na Floresta**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**. v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, M. P. “Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado”. In: RAMOS, V.; FRANCO, T. B. (Org.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; Cruz, K. T.; FRANCO, T. B. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E. E. et al., (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes** – livro 1. – 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, p. 31-42, 2016. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>
- NOGUEIRA, A. R. B. **Percepção e representação gráfica: A “geograficidade” nos Mapas Mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas**. Manaus: EDUA, 2014.
- OLIVEIRA, J. A. NEPECAB – um pouco antes e no nosso agora. **Revista ACTA Geográfica**, p. 165–167, 2011. Disponível em: <https://revista.ufr.br/index.php/actageo/article/view/546/575>
- PEREIRA, F. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C. O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: SCHWEICKARDT, J. C., KADRI, M. R., LIMA, R. T. S. (Org.) **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, p. 92-111.
- PORTELA, A. P. C. **O território e as redes vivas de saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas**. [Dissertação de mestrado], Instituto Pesquisa Leônidas e Maria Deane Fiocruz Amazônia, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33498/2/Disserta%3a7%3a3o%20Ana%20Paula%20Portela.pdf>
- ROSA, N.; SOUZA, M. C.; RODRIGUES, R. M.; ESTEVES, C. O. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: FEUERWERKER, L. C. M. (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes** – livro 2. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, p. 92-101, 2016. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do>
- SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. G.; NUNES, J. A. Para ampliar o cânone do reconhecimento, a diversidade epistemológica do mundo. **Semear**, 2004. Disponível: <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/res/pdfs/IntrodBioPort.pdf>
- SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional**. São Paulo: EDUSP, 5 ed., 2013.
- SCHERER, E. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia – Brasil. **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A questão social no novo milênio**. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra-Portugal, 2004.
- SCHWEICKARDT, K. H. **Faces do Estado na Amazônia: entre as curvas do Rio Juruá**. 1. Ed. São Paulo: Annablume, 2012.
- SCHWEICKARDT, J. C.; SOUSA, R. T. L.; SIMÕES, A.; FREITAS, C. M.; ALVES, V.P. TERRITÓRIO NA ATENÇÃO BÁSICA: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R. B. et al. (Org.) **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde** - Volume 1). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 101-132.
- SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; LIMA, R. T. S.; AMORIM, J. S. C. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2020, p. 1-8. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51349/v44e242020.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- SILVA, F. C. Recensão a Zygmunt Bauman. **Análise social**, v. 42, 2006, p. 647-651.
- SPINK, P. A. Inovação na perspectiva dos inovadores. In: JACOBI, P.; PINHO, J. A. (Org.) **Inovação no campo da gestão pública local: novos desafios, novos patamares**. São Paulo: FGV Editora, 2006.
- STEFANINI, A. “Capovolgere” la facoltà di medicina? L'eredità di Giulio A. Maccacaro. **Scaricato da Salute Internazionale**, 2014. Disponível em: <https://www.saluteinternazionale.info/2014/04/capovolgere-la-facoltadi-medicina-leredita-di-giulio-a-maccacaro/?pdf=9668>
- TEIXEIRA, C. S.; NEVES, M. S. M.; BESSA, E. R. L.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S. O SUS é para todos!?: Percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 237-249, 2019. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2262/pdf>
- VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, 6736, n. 11, p. 90-102, 2011. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25211/2/Condi%3a7%3a5es%20de%20sa%3abade_Celia%20Almeida_2011.pdf
- WITKOVSKI, A. C. **Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais**. 2 ed. São Paulo: AnaBlume, 2010.



Atenção Básica à Saúde: fronteiras vivas no Alto Solimões

Ivamar Moreira da Silva
José Aldemir de Oliveira (*in memoriam*)

Introdução

Em realidades como a do Amazonas, onde a mescla de tempos lentos e tempos rápidos (OLIVEIRA J., 2006) demarca o desenvolvimento das cidades, refletir sobre a política de saúde exige reconhecer que as lutas para construção de um Sistema Único de Saúde universal e capaz de assegurar a integralidade do cuidado não se materializou da mesma forma para todos. No estado, 86% dos municípios apresentam índice de vulnerabilidade social “muito alto” (COSTA; MARGUTI, 2015) e, mesmo com o movimento indutor do governo federal, que ampliou as possibilidades de interação e articulação entre os vários territórios através da diretriz de descentralização e regionalização, faltam aqui condições de sobrevivência para muitos e, no que concerne à saúde, há um descompasso na infraestrutura instalada dos municípios com concentração majoritária de serviços e procedimentos de média e alta complexidade na capital, Manaus.

Nesse sentido, municípios como Benjamin Constant e Tabatinga, localizados no Alto Solimões, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, tendem a enfrentar inúmeras dificuldades para assegurar serviços e ações de saúde à população do lugar, seja ela, nacional ou oriunda dos países circunvizinhos.

As regiões de fronteira configuram-se historicamente como espaços demarcados por múltiplas desigualdades que envolvem desde as condições de moradia, emprego e renda da população, quanto à existência de sistemas de saúde distintos em territórios onde a barreira física que separa as cidades materializa-se numa avenida ou em um braço de rio.

A circulação e interação entre a população da tríplice fronteira é intensa, as trocas comerciais também. Seja nos portos, na Avenida da Amizade ou mesmo no aeroporto de Tabatinga, o ir e vir diário de estudantes, trabalhadores, turistas, pescadores, comerciantes, religiosos, migrantes e indígenas permite visualizar a

zona de contato que se estabelece entre esses territórios e o potente fluxo material e imaterial que ali se estabelece.

No que concerne aos serviços de saúde, constata-se que a população transita nos dois sentidos à procura de serviços que possam resolver sua demanda de saúde: brasileiros buscam clínicas e laboratórios em Letícia, na Colômbia; mulheres de Benjamin Constant concebem em Islândia, no Peru; colombianos buscam atendimento nas unidades de saúde de Tabatinga. Esse movimento evidencia as contradições e desigualdades de acesso aos serviços de saúde em cada lugar.

Configurando-se como centralidade médico-hospitalar para a região do Alto Solimões, Tabatinga e Benjamin Constant, constituem polo de atração de pessoas da região e dos países vizinhos à procura de serviços de saúde. Grande parte dessa população acessa os serviços de atenção básica locais cotidianamente, apresentando demandas que vão do acompanhamento pré-natal ao atendimento de hipertensos e diabéticos. Como os serviços de atenção básica incorporam essas demandas? Há dificuldades e/ou barreiras para o atendimento de estrangeiros nos serviços de saúde locais? Em que medida o atendimento dessa população pressiona os serviços locais nos municípios estudados?

Este artigo apresenta uma reflexão sobre os serviços de atenção básica à saúde nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, no Alto Solimões, no Amazonas. Os resultados apresentados foram obtidos através de ampla pesquisa qualitativa realizada no escopo da tese de doutorado intitulada Territorialidades das políticas públicas de HIV/AIDS: descentralização e regionalização da saúde no Alto Solimões, defendida na Universidade Federal do Amazonas em 2018.

Diante da realidade dos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant entende-se como essencial evidenciar os desafios enfrentados na organização dos serviços de atenção básica à saúde, os desafios práticos e dilemas concretos vivenciados pelas equipes e, em particular, as contradições que permeiam o papel que esse nível de atenção assume da estruturação da rede de saúde.

Tabatinga e Benjamin Constant: territórios vivos na Tríplice Fronteira

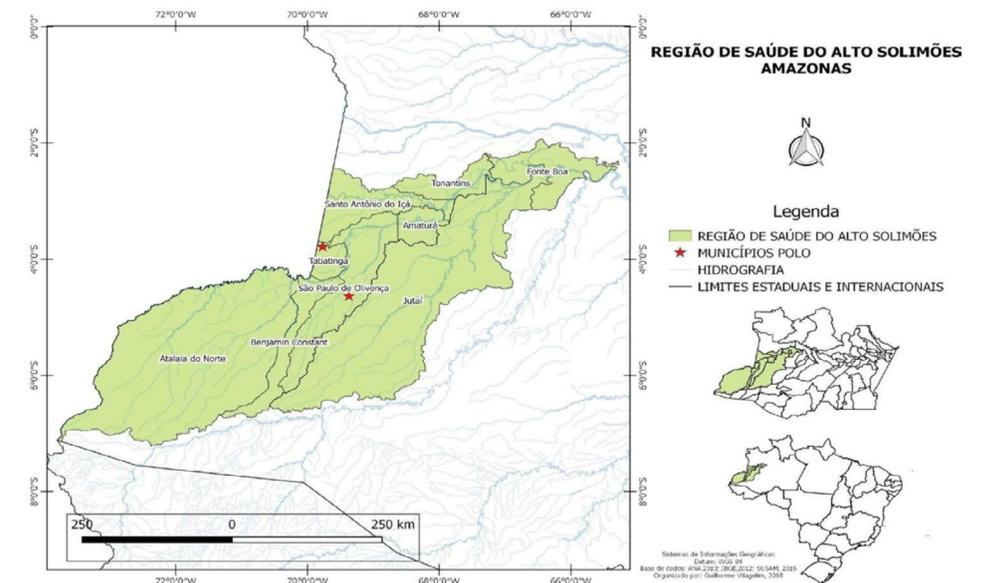
Refletir sobre o funcionamento dos serviços de atenção básica à saúde e sua organização a partir de uma base territorial nos municípios de Tabatinga

e Benjamin Constant permite sinalizar os efeitos nocivos que as desigualdades expressas na política de saúde têm sobre a vida da população desses lugares. Essa análise adota como pressuposto que tais municípios constituem cidades amazônicas construídas à margem dos rios, contíguas a outros países e que a vida de suas populações é condicionada pela inserção da região na dinâmica mundial (OLIVEIRA; SCHOR, 2008).

Pensar a realidade de Tabatinga e Benjamin Constant, territórios que integram o Trapézio Amazônico, as ações e serviços de saúde instituídos no lugar, revela que o desenvolvimento da arquitetura de saúde nesses territórios ocorreu de modo simultâneo ao surgimento e consolidação da rede urbana e “reflete e reforça as características sociais e econômicas regionais” (CORRÊA, 2006, p. 189).

A divisão político-administrativa do Amazonas, com a delimitação das regiões, inclusive a do Alto Solimões onde os municípios estudados inserem-se, foi delimitada nos marcos da Constituição Estadual de 1989. Vejamos no mapa a configuração da região.

Figura 1: Mapa da Região de Saúde do Alto Solimões.



Fonte: AMAZONAS, Resolução CIB/ AM nº 059, de 20 de junho de 2011.

Localizada na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, Tabatinga e Benjamin Constant estão entre os municípios contíguos a tais países. A região do Alto Solimões apresenta uma área de 213.235,04 km². O Alto Solimões constitui uma das muitas amazônias que desafiam o planejamento regional e, em particular, a política de saúde. A história dos municípios está vinculada ao processo de urbanização na Amazônia, aos interesses militares, civis, econômicos e religiosos que entrecortam a região (CORRÊA, 2006) e impulsionaram a transformação de vilas, sedes de seringais, fortes e aldeias à condição de cidades, apesar de suas reduzidas populações e os poucos serviços ali oferecidos (BECKER, 2013, p. 44).

A faixa de fronteira, ao mesmo tempo em que constitui ponto de convergência de uma potente rede de relações que se estabelece na Amazônia, emerge como ponto de tensão e merecedora de olhar diferenciado do Estado por tratar-se de uma área pouco desenvolvida, marcada pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, pela falta de coesão social e pela inobservância de condições de cidadania (GADELHA; COSTA, 2007, p. S208).

Decerto a condição de fronteira, por suas particularidades, exige atenção diferenciada. A linha imaginária que separa nações, delimita o território e precisa ser “controlada” por questão geopolítica, no cotidiano de quem vive nas cidades gêmeas muitas vezes dilui o que é distinto como um só.

Há de se refletir se essa tendência se reproduz na realidade dos municípios estudados. Como vivem os cidadãos de Benjamin Constant e Tabatinga? Quais as necessidades de sua população? Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), Benjamin Constant tem uma população de 33.411 habitantes e Tabatinga, 52.272 habitantes. Se ao observador informal as cidades apresentam infraestrutura incipiente, arruamento caótico, falta de saneamento básico, trânsito desordenado, essa informação se confirma com os dados oficiais de que Benjamin Constant tem apenas 6,6% de vias urbanizadas e Tabatinga 8,5%; que 12,3% dos domicílios de Benjamin Constant apresentam esgotamento sanitário adequado e em Tabatinga esse percentual chega a 21,6% dos domicílios (IBGE, 2010).

Os dados oficiais também sinalizam a realidade socioeconômica adversa dos municípios estudados, onde o percentual daqueles que vivem com renda per capita de ½ salário-mínimo chega a quase 50% da população. De certo que essa realidade

impacta na situação de saúde da população e pode ser traduzida no percentual preocupante de mortalidade infantil nesses territórios, refletindo uma realidade que pode ser encontrada em muitos municípios de pequeno e médio porte no Amazonas que, resguardando especificidades, exibem problemáticas parecidas — problemas relacionados a desemprego, habitação, transporte, lazer, água, esgoto, educação e saúde são generalizados e revelam enormes carências (SANTOS, 1993, p. 95).

A esses aspectos soma-se o desafio aos municípios representado pelas populações indígenas localizadas na região e que transitam em áreas que extrapolam o domínio territorial brasileiro e, muitas vezes, migram para o Brasil. No Alto Solimões, a presença da população indígena exige articulação direta entre os serviços municipais e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Além de acolher demandas de saúde de vários municípios, países e comunidades indígenas que habitam no território, o município de Tabatinga:

(...) destaca-se como ponto de maior movimentação migratória, concentrando uma porcentagem significativa de migrantes colombianos e peruanos e se apresentando também como porta de entrada no território brasileiro. Há problemas similares vivenciados pelos três países nessa área específica. O narcotráfico impera na tríplice fronteira com proporções diferentes em cada uma das três cidades. O desemprego e o trabalho informal também são característicos do trio (OLIVEIRA M., 2006, p. 186).

Construídas à margem de rios amazônicos, as cidades de Tabatinga e Benjamin Constant têm na efervescência do porto e seu entorno um espaço de vida e de vivência que traduz muito da alma do lugar. Se ao olhar inicial a precariedade da estrutura do porto assusta, entende-se que é preciso ver, ouvir e viver a cidade, exercício que permite desvelar que o porto funciona como porta de entrada e ponto de conexão, seja da população que chega ou parte em lanchas, recreios, baleiras ou em pequenas canoas; seja como espaço de relações comerciais fundadas no extrativismo, na pesca, na caça, no comércio de estivas e utilidades em geral; seja do trabalhador informal que vende alimentos da produção local àquele que oferece o corte de cabelo.

A fragilidade econômica local, aliada à complexa intensidade de interações transfronteiriças que se materializam nos municípios de Tabatinga e

Benjamin Constant indicam que é preciso ir além de interpretações simplistas ou análises macroestruturais que “...são fundamentais, mas insuficientes, pois é preciso considerar também as coisas simples, a vivência do dia a dia, o cotidiano” (OLIVEIRA; SCHOR, 2008, p. 9).

No processo de regionalização da saúde cada ponto de atenção assume papel importante. No caso específico da região de saúde do Alto Solimões, Tabatinga configurou-se como município de referência. Sua definição como tal considerou aspectos como capacidade instalada e disponibilidade de profissionais, além do consenso em torno do papel do município como ponto de convergência de atividades políticas, sociais e econômicas concentradas no território.

No Alto Solimões e especialmente em Benjamin Constant e Tabatinga, os serviços de saúde são predominantemente públicos. No caso específico da saúde, por mais simples que pareçam esses lugares, apesar das inúmeras precariedades que os demarcam, são essas cidades que asseguram o “suporte de serviços à população, visto que, embora as condições gerais de infraestrutura de serviços na Amazônia sejam precárias, a pouca existente ainda está concentrada nas cidades” (OLIVEIRA J., 2006, p. 28).

Nos anos 2000, estudos (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 183), sinalizam que a participação dos municípios na produção dos serviços de atenção básica já estava quase que totalmente municipalizada no país. No Amazonas a incorporação e implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde se deu de forma morosa, em um ritmo próprio. Em Relatório de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas de 2003, há registro da implantação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 100% dos municípios do Estado; Programa Saúde da Família em 49 municípios (AMAZONAS, relatório de gestão 2003, s/p.). Tais informações corroboram o entendimento de que a realidade da política de saúde desenvolvida no Amazonas há tempos apresenta-se de forma complexa e que aqui, “O território mostra diferenças de densidades quanto às coisas, aos objetos, aos homens, ao movimento das coisas, dos homens, das informações, do dinheiro e, quanto às ações” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 260) e, porque não dizer, quanto à saúde.

Apesar de alguns esforços de superação das desigualdades em saúde na escala macro através da destinação de recursos específicos para regiões com

menor oferta e cobertura de ações e serviços — como a Amazônia —, os resultados continuam insatisfatórios e não parecem traduzir orientação estratégica ou política que atenua as desigualdades regionais. A definição de regiões de saúde como a do Alto Solimões, os ganhos de escala almejados, a constituição do Consórcio de Saúde do Alto Solimões, a implantação do Serviço de Atenção Móvel de Urgência, do Complexo Regulador, do Telessaúde, do Laboratório de Fronteira, da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e da Maternidade Cecília Villacrez Ruiz tem sido suficiente para assegurar a universalidade do acesso à saúde na região?

A política de saúde constitui um campo de disputas e o financiamento é aspecto central dessas lutas. A decisão de alocar recursos e definir a instalação ou não de estruturas em territórios como os em estudo, onde as dificuldades em fixar profissionais, contratar fornecedores de medicamentos, assegurar transporte sanitário, dentre outros, aliam-se à complexidade da região transfronteiriça, espaço contraditório onde as relações de vizinhança traduzem as possibilidades reais de vida, evidenciando que “O homem não mora no mundo, ele mora no lugar” (OLIVEIRA, 2000). Assim, é no lugar, nos municípios de Tabatinga e Benjamin Constant, um lugar compartilhado por brasileiros, peruanos e colombianos, que se estabelecem relações de cooperação e de conflito que traduzem possibilidades e oportunidades da vida em um território denominado outrora como a “periferia da periferia” da Amazônia (STEIMAN, 2002).

Um exemplo do aprofundamento da horizontalidade (SANTOS, 2006) transfronteiriça no Alto Solimões pode ser observado na área da saúde, em particular em relação aos serviços de atenção básica em saúde. Considerando as especificidades dos sistemas de saúde de cada país na Tríplice Fronteira, de modo geral colombianos e peruanos utilizam amplamente os serviços de saúde disponíveis em Tabatinga e Benjamin Constant. Essa dinâmica implica o reconhecimento de que, além dos limites jurídico-administrativos instituídos, a fronteira consiste em uma zona de contato permeável à construção de laços de solidariedade entre os povos vizinhos e onde a possibilidade real de tessitura de redes se dá a partir das demandas que emergem no lugar.

Considerando que a diretriz descentralizadora fortaleceu o município como esfera com plena autonomia político-administrativa e responsável por operacionalizar a política de saúde e prover serviços essenciais à sua população,

entende-se que essa determinação se mostrou extremamente complexa, pois o lento processo de descentralização da gestão da saúde para os municípios, onde apenas 6% dos municípios do estado formalizaram sua adesão ao Pacto Pela Saúde e cerca de 80% dos municípios respondem apenas pela atenção primária em saúde, ficando a responsabilidade da atenção especializada para a gestão estadual, o que requer sério esforço da SES/AM para executar os serviços nos diversos municípios e ainda cumprir suas responsabilidades de coordenador e indutor do sistema de saúde do estado (AMAZONAS, 2016, p. 179).

Nesse sentido questiona-se quais os desafios que conexões estabelecidas em relação à saúde na tríplice fronteira apresentam aos serviços de atenção básica estruturados em Tabatinga e Benjamin Constant? Como está organizada a rede de atenção básica nesses municípios?

Atenção Básica no Alto Solimões: fragilidades e potenciais na tessitura de redes

Em uma realidade marcada por diferentes capacidades técnicas e gerenciais dos municípios, pela ausência de infraestrutura, poucos recursos, dificuldade em fixar recursos humanos especializados e pelo crescimento das responsabilidades em relação à política de saúde, muitos municípios do Amazonas limitaram-se à prestação dos serviços de atenção básica à saúde. Tais serviços assumem papel estratégico regulamentado pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Como alicerce da atenção à saúde, a atenção básica configura-se como a principal porta de entrada do sistema, ordenadora e centro comunicacional das redes e demais serviços na área da saúde desenvolvida no âmbito municipal.

Na perspectiva da construção, organização e consolidação de uma rede poliárquica de serviços de saúde (MENDES, 2011, p. 82), os serviços de saúde localizados nesse nível de atenção caracterizam-se por realizar o atendimento de uma multiplicidade de situações-problema (STARFIELD, 2002, p. 43), assegurando ações múltiplas de cuidado em saúde com ênfase em famílias residentes em território delimitado.

Os municípios estudados têm envidado esforços na organização da rede de serviços de atenção básica, o que pode ser constatado a partir de alguns dados.

Quadro 2: Informações atenção básica à Saúde, Benjamin Constant e Tabatinga, Amazonas.

Município	Nº Unidade Básica de Saúde	Centros de Especialidades	Nº equipes Saúde da Família - 2019	Agentes Comunitários de Saúde - 2019	Cobertura populacional Saúde da Família - 2019	Equipe de Saúde Bucal implantadas - 2019	Unidade Móvel Fluvial - 2019
B. Constant	5	2	9	89	73,89%	4	1
Tabatinga	8	7	14	146	75,9%	9	1

Fonte: MS/SAGE, 2021.

Os dados apresentados no quadro em análise permitem inferir que os municípios têm envidado esforços no sentido da ampliação de serviços de atenção básica à saúde. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CnesWeb) em Benjamin Constant as Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana são: UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva, UBS Alcino de Almeida Castelo Branco, UBS Centro de Saúde Benjamin Constant, UBS Prim Assis, UBS Sebastião Cruz Plácido. Tabatinga, por sua vez, tem as seguintes UBS em sua zona urbana: UBS Brilhante, UBS Santa Rosa, UBS Vila Verde, UBS Ibirapuera, UBS Nova Esperança, UBS São Francisco, UBS Tancredo Neves, UBS Vila Paraíso.

Note-se que o quadro se refere a profissionais que atuam na atenção básica, ou seja, equipes que têm “território definido” sob o qual assumem “responsabilidade sanitária”. Esses serviços devem ter seus processos de trabalho marcados pela multidisciplinaridade das equipes, que devem ter a capacidade de cobrir a população adstrita, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde presentes no território (BRASIL, 2017).

Na realidade estudada, a implantação da atenção básica é permeada por inúmeros obstáculos. Problemas estruturais persistem nos municípios estudados que, assim como em muitas cidades da Amazônia, têm na cheia e a vazante aspectos condicionantes de seus modos de vida. Em Benjamin Constant foi possível constatar na UBS Enfermeira Leontina Lima as marcas da enchente nos serviços de saúde locais que foram invadidos pelas águas e tiveram que ser transferidos para outras estruturas.

Nos dois municípios estudados, as UBS funcionam de segunda a sexta-feira em horário comercial, apresentando comumente estruturas compartilhadas

entre várias equipes. Constatou-se a partir de relatos que, em algumas unidades, os agentes comunitários de saúde ocupam espaços improvisados, “eles ficam naquela área externa” (Profissional G, Tabatinga), e que há necessidade de adequação da estrutura de alguns serviços, pois concentram atividades que exigem cuidados de biossegurança no mesmo espaço, como fica claro na fala de um profissional: “nessa mesma sala funciona a sala de triagem, a sala de curativo, a sala de nebulização e a sala de medicamentos, fica todo mundo suscetível” (Profissional B, Benjamin Constant).

Outro aspecto a ser considerado na estruturação da atenção básica nos municípios reside não somente na dificuldade em captar profissionais, mas também na precariedade de vínculos que se estabelecem no lugar, como indica um relato, “Eu sou contratada há uns quatro anos” (Profissional A, B. Constant). A precariedade das relações de trabalho a que se encontram impostos muito profissionais decerto constitui um obstáculo a mais para a fixação de profissionais nesses territórios e permite entender a alta rotatividade dos mesmos nesses territórios.

Aliam-se a tais questões a desigualdade na distribuição tanto de serviços quanto de profissionais de saúde entre as regiões brasileiras, o que permite entender a dura realidade da saúde nos municípios do Alto Solimões traduzida em 2012 por um membro da CIR em relação à presença de médicos: “continuamos trabalhando com médicos nos municípios sem CRM, infelizmente não conseguimos até o presente momento médicos com CRM” (Resumo Executivo. Reunião CIR Alto Solimões, 6ª reunião ordinária, realizada em 06 de agosto de 2012).

Por ocasião da pesquisa, os relatos referentes à composição das equipes mesclam situações em que as equipes estão completas, a relatos que traduzem preocupação, pois “não temos médico, apenas eu que sou enfermeiro. Estamos sem odontólogo. No momento estamos com cinco ACS e sem agentes de endemias, cadastrado na minha equipe não tem técnico de enfermagem” (Profissional B, Benjamin Constant).

Tantas questões não nos impedem de constatar que a estrutura da atenção básica no Alto Solimões, especificamente em Tabatinga e Benjamin Constant, pode não ser a desejável, mas a atenção básica “possível” naquele território e sem a qual parcela daquela população estaria exposta, nos termos de Gastão Wagner (2016), à “barbárie sanitária”.

Como se trata de área transfronteiriça, os serviços de saúde são constantemente demandados pela população de outros países, como indica um gestor local, que “na

verdade o estrangeiro ele tem livre acesso, tanto à urgência e emergência, quanto a atenção básica” (Gestor Municipal. Secretaria de Saúde de Tabatinga). O acolhimento dessa demanda não prevista no financiamento local e a evidência de que na “UBS Santa Rosa, nós temos 52% dos usuários estrangeiro” (Gestor Municipal. Secretaria de Saúde de Tabatinga), pressiona o SUS municipal nos municípios estudados para a necessidade de um olhar diferenciado para esses territórios.

Os relatos obtidos por ocasião da investigação informam que a população dos países transfronteiriços pressiona o sistema local de saúde à procura de assistência em saúde.

“Sim, temos bastantes peruanos. (...), a maior dificuldade é que eles estão esse mês na área e depois não. A gente está com um caso de uma gestante, (...) peruana, mas a gente ainda não conseguiu encontrar.” (Profissional I, Tabatinga)

“Peruanos tem bastante e geralmente quando vem é com ‘bomba.” (Profissional L, Tabatinga)

“Atendemos pessoas do município de Atalaia do Norte e de comunidades rurais. Até mesmo de outros países também chegam lá, temos peruanos, colombianos, argentinos.” (Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Benjamin Constant)

Fica evidente que a presença de pessoas de outros países é constante nos serviços. Depreende-se que, em geral, a atenção dispensada à população oriunda de outros países tende a ser episódica e centrada em condições agudas, uma vez que parte dessa população já chega aos serviços doente e em busca de uma solução em curto prazo para sua queixa. As dificuldades enfrentadas por essas populações são reconhecidas pelos profissionais.

“A dificuldade não é pelos trâmites da unidade, mas é do próprio paciente. Ele vem a primeira vez em busca, é encaminhado para fazer os exames todos. Ele retorna para base onde mora e aí a gente acaba que perde aquele vínculo. Muitas vezes ele já nem retorna para lá, ele já vai para outra localidade. Essa é a dificuldade no paciente. Mas tem paciente que vem daquela localidade, vai fazer aquele tratamento e

depois retorna. Tem muitos casos assim, pacientes que vem de áreas indígenas e (...) estrangeiros, que é mais difícil ainda pois eles estão lá e vem para cá.”(Profissional A, Tabatinga)

“A presença dessa população, por vezes se dá em meio a conflitos”, como indica o relato de um profissional.

“Às vezes até na UPA mesmo, não gostam de atender peruano, entendeu? Até gestante peruana, são rejeitadas, (...) eu trabalho lá, tem médicos que rejeitam, ah é peruana? Essa é a dificuldade. Aqui a gente não faz isso, a gente atende todo mundo, o problema é que eles são um pouco difíceis para entender as coisas. Quando vem, eles já vêm para parir e pegar só a carteirinha.” (Profissional L, Tabatinga)

O relato suscita preocupação, uma vez que em realidades marcadas por crescente desigualdade corremos o risco de reproduzir nesses territórios um sistema perverso, “criando cidadãos desiguais, não apenas pelo seu lugar na produção, mas também em função do lugar onde vivem” (SANTOS, 2011, p. 187), seja no Brasil, no Peru ou na Colômbia. Quando cidadãos de outras origens buscam atendimento nos serviços de saúde dos municípios estudados há algumas especificidades que transcendem a capacidade de resolução da atenção básica à saúde e que são comuns no cotidiano dos municípios estudados.

“Se um peruano precisar de um exame ou um paciente estrangeiro ele pode ser atendido regionalmente, mas se ele precisar de uma tomografia ele não pode ir para Manaus porque ele está como ilegal. A polícia federal não vai deixar ele passar pra Manaus. Aqui tudo bem no atendimento médico, mas se ele precisar de alguma coisa ele vai precisar se legalizar. Se a gente pede para ele, solicitar tomografia para ver se ele consegue lá no Peru, às vezes eles mandam de volta para cá, eles mandam de volta. Aqui em Letícia é um pouco mais fácil só que a tomografia ele vai ter que pagar lá porque o serviço de saúde lá é pago.”(Coordenador Programa IST, HIV, AIDS e Hepatites Virais, Tabatinga)

Fica evidente que a especificidade de tratar pessoas de outras nacionalidades em região de fronteira se apresenta complexa, pois, conforme evidenciaram os relatos, os entraves são muitos quando suas demandas não estão circunscritas às

responsabilidades da atenção básica à saúde. As soluções para tais questões, em grande parte, se encontram além da possibilidade de resolução das gestões locais que, pressionados pelas demandas da população que está a sua porta, tentam construir alternativas para dar respostas a essa população.

“O Peru não se manifesta, é muito complicado. Eles não têm estrutura como tem em Letícia, (...) dizem não ao paciente que é deles. Em relação ao consulado, antes eles davam um apoiozinho, eles puxavam no sistema tipo vamos ajudar, mas agora nós fomos lá e não conseguimos apoio. A gente queria uma passagem, a gente soube que tem um centro de referência em que o tratamento é gratuito em Quito. A criança era ilegal, a mãe era ilegal, mas eles disseram que não e não, que não podiam apoiar. (...). A gente foi lá, foi várias vezes pedindo recursos, fez relatórios explicou a situação toda da família, da mãe, mandamos para lá, mas não teve resposta.” (Profissional A, SAE Tabatinga)

Essa é uma questão controversa que envolve articulação do Ministério da Saúde e de Relações Internacionais e que este estudo não se propôs a dar conta. Ademais, mesmo que essa população apresente os documentos preconizados, que as equipes locais façam um esforço hercúleo para atender da melhor forma possível nos serviços de atenção básica à saúde, dificilmente as equipes de saúde conseguirão estabelecer vínculos com essa população de forma a assegurar a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, entende-se que apesar das barreiras físicas na fronteira do Alto Solimões serem reduzidas a um posto policial, uma avenida ou ao próprio rio, grande parte dos peruanos e colombianos que buscam serviços em Tabatinga e Benjamin Constant ainda são tratados como irregulares no território brasileiro, incomodando muitas vezes a “ordem” local. Tais dificuldades, hoje enfrentadas com ações pontuais de alguns gestores, poderiam ser enfrentadas com planejamento conjunto e ações coordenadas entre os países.

Considerações Finais

Dinamizada pelo intenso fluxo de pessoas e mercadorias tanto entre países quanto entre os próprios municípios brasileiros, Tabatinga e Benjamin Constant,

têm função estratégica dentro da região de saúde. Nos municípios há um esforço na construção de uma rede municipal de serviços de atenção básica à saúde. No entanto, estes serviços ainda apresentavam, por ocasião da pesquisa, problemas relacionados à precariedade de estrutura física, equipes incompletas, fragilidades no acesso aos exames diagnósticos.

Constatou-se que a intensa mobilidade na região impõe inúmeros desafios aos serviços de saúde, especialmente aos de atenção básica à saúde. O ir e vir constante desses sujeitos, seja em direção às cidades brasileiras, ao Peru ou à Colômbia, apresenta obstáculos à continuidade do cuidado em saúde, pois em muitos casos esta população móvel chega a Tabatinga e Benjamin Constant com quadros agudos de saúde. Alguns, após atendimento inicial, retornam às comunidades ou mesmo ao país de origem, restringindo a possibilidade da horizontalidade do cuidado e inviabilizando outras intervenções.

Por fim, fica evidente que as relações estabelecidas na implantação do SUS em realidades como o Amazonas, em particular, em municípios como Tabatinga e Benjamin Constant, no Alto Solimões apresenta do ponto de vista da sua materialização inúmeros percalços. A transformação de fortes e aldeias em cidades que supostamente atenderiam a necessidade de “ocupação” da região impôs aos lugares novas complexidades, pois ao mesmo tempo em que tais lugares traduzem o novo e o moderno, esses territórios passam a ser associados à baixa qualidade de vida, epidemias, inércia e considerados lugares de destruição e de violência (OLIVEIRA; SCHOR, 2011, p. 22), reafirmando o desenvolvimento geograficamente desigual como parte essencial da espacialidade capitalista.

Referências

- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão**. Amazonas, 2003.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016 - 2019**. Amazonas, 2016.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN et al. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BECKER, B. K. **A Urbe Amazônica: A Floresta E A Cidade**. Rio De Janeiro: Garamond, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CORRÊA, R. L. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. **Atlas Da Vulnerabilidade Social Nos municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, 2015.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. S214-S226, 2007.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ CONASS, 2011.
- OLIVEIRA, J. A. **As cidades na Selva**. Manaus: Valer, 2000.
- OLIVEIRA, J. A. **A cultura, as cidades e os rios na Amazônia**. Cienc. Cult. São Paulo, v. 58, n.3, jul./ set. 2006.
- OLIVEIRA, J. A.; SCHOR, T. As cidades da natureza à natureza das cidades. In: TRINDADE JR., S. C. C.; TAVARES, M. G. C. (Orgs.). **Cidades ribeirinhas na Amazônia: mudanças e permanências**. Belém: EDUFPA, 2008.
- OLIVEIRA, J. A.; SCHOR, T. Reflexões metodológicas sobre o estudo da rede urbana no Amazonas e perspectivas para a análise das cidades na Amazônia brasileira. **ACTA Geográfica**, Ed. Esp. Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.
- OLIVEIRA, M. M. A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil e Colômbia. In: **Estudos Avançados**, v. 20, n. 57, 2006.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço**. São Paulo: EDUSP, 2006.
- SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SANTOS, M. **O espaço da cidadania e outras reflexões**. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2006.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STEIMAN, R. **A geografia das cidades de fronteira: um estudo de caso de Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia)** / Rebeca Steiman - Rio de Janeiro, UFRJ, 2002. x, 117 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio de Janeiro / PPGG, 2002.
- WAGNER, G. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. **Ensaio e Diálogos**, nº 3, 2016.



Contribuição dos enfermeiros da Atenção Básica na área da genética e genômica no Amazonas

Cleudecir Siqueira Portela

Introdução

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), coloca a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB). Os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de AB, no âmbito do SUS, são denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS e possuem potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

A portaria ainda estabelece que as equipes de Saúde da Família (eSF) possuam em sua composição mínima um médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, além de auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada eSF possui uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas localizadas dentro de seu território. Essa adscrição da população presente no território da UBS visa estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, com o objetivo de ser referência. Quanto ao número de ACS por equipe depende da base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, com população de até 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

A PNAB coloca a AB como ordenadora da RAS mediante o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde. E para reconhecer essas necessidades, os ACS têm papel central, por realizar diariamente a identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes. Desenvolvem também atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e em espaços comunitários. Atuam ainda na identificação de casos suspeitos de doenças e agravos, encaminha os usuários para a UBS de referência, registra e comunica o fato à autoridade de saúde responsável pelo território (BRASIL, 2017).

O ACS leva suas demandas ao enfermeiro de sua eSF, que é o responsável por planejar, gerenciar, avaliar e supervisionar as suas ações. Também, através da consulta de enfermagem, que faz parte da atenção à saúde prestada aos indivíduos e famílias, os enfermeiros podem atuar em diferentes áreas, de forma interdisciplinar e em equipe, integrando profissionais de diferentes formações e em outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matricialmente ao processo de trabalho cotidiano, como a construção de Projeto Terapêutico Singular, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população (BRASIL, 2017).

Razões para ampliar seu papel

Por coordenar a equipe de agentes, os enfermeiros desempenham um papel central na qualificação e no acompanhamento das condicionalidades de vida da população adscrita. Sendo assim, o ACS pode ser treinado para suspeitar do diagnóstico e informar à equipe a necessidade de avaliação, bem como, se ainda não houver o registro, informar os usuários que já possuem diagnósticos ou que realizaram aconselhamento genético em outros pontos da rede de serviço especializado. Diante disso, qual a contribuição do enfermeiro da atenção básica na área da genética, genômica e aconselhamento genético, e qual a capacidade de atuação da Rede de Atenção à Saúde do estado do Amazonas em doenças raras? Importa entender qual a situação atual da Rede de Assistência à Saúde do

Amazonas para lidar com doenças raras e qual o potencial de contribuição dos enfermeiros da atenção básica no aconselhamento genético. Qual a base legal da atuação do enfermeiro na atenção básica? Dá para correlacionar a consulta de enfermagem com o aconselhamento genético? E qual o atual cenário da Rede de Assistência à Saúde do Amazonas de serviços de genética médica cadastrados.

Relevância

Este estudo poderá contribuir para o aprimoramento das políticas públicas a nível regional, bem como provocar o debate para a criação de um fluxo de deslocamento dos usuários em busca de serviços especializados no Amazonas, com a adequação da rede local, suscitando a adequação dos serviços, com a ampliação do número de profissionais e de categorias distintas, para qualificar os serviços e ofertar os exames necessários para o correto diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com doenças raras.

Metodologia

Trata-se de uma reflexão teórica sobre a contribuição dos enfermeiros que atuam na atenção básica dentro da genética e genômica. O levantamento das publicações foi realizado pelo pesquisador por meio da busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus Info Site (SCOPUS) e WEB OF SCIENCE e Editora da Rede Unida.

Foram utilizados, de modo articulado, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Headings (MeSH): enfermagem, atenção básica, aconselhamento genético, genética e genômica. Foram analisados separadamente e depois através de cruzamentos para seleção do material analisado.

Após a conclusão das buscas e cruzamentos foi possível selecionar 10 artigos, quatro protocolos/manuais, uma portaria e um livro que ajudavam a responder à pergunta: “Qual a capacidade de contribuição dos enfermeiros que atuam na atenção básica na genética e genômica, com ênfase no aconselhamento genético e qual a capacidade da Rede de Atenção à Saúde do estado do Amazonas

em atender pacientes com doenças raras?” A busca foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2019 e incluiu textos completos disponíveis online, publicados entre os anos 2003 a 2019, nos idiomas inglês e português.

Atenção Básica e os enfermeiros

A AB trabalha com a prevenção e o acompanhamento de pessoas saudáveis, que podem desejar ter filhos, bem como pessoas que estão convivendo com doenças ou condições crônicas. Em ambos os casos existe a influência genética que permeia a atuação do enfermeiro, que é considerado a interface entre a tecnologia, a aplicação clínica de novos testes e tratamentos genéticos e os indivíduos e famílias (FLÓRIA-SANTOS; RIBEIRO, 2006). Atividades educacionais são essenciais aos membros da equipe e para os usuários, onde buscam nos enfermeiros as respostas às suas preocupações e questões de saúde. Fora o fato de os enfermeiros estarem presentes em praticamente todas as comunidades, sendo elos vitais entre indivíduos, famílias e o sistema de saúde (FLÓRIA-SANTOS; CASTANHEIRA, 2006).

O enfermeiro, geralmente, é o primeiro a interagir com os usuários e pode, através da entrevista e do exame físico, segundo a ISONG (Sociedade Internacional dos Enfermeiros Geneticistas), coletar as expectativas, sua história pessoal e familiar de saúde, dinâmica e estrutura familiar, práticas de saúde, fatores ambientais e econômicos que podem afetar sua saúde, padrões de adaptação e enfrentamento de doenças, sistemas de apoio, valores e crenças, bem como conhecimento sobre a influência da genética e genômica na etiologia de sua patologia (FLÓRIA-SANTOS *et al.*, 2013).

O enfermeiro é o profissional de saúde que passa maior tempo em contato direto com o paciente, sendo, normalmente, o primeiro a notar características dismórficas em recém-nascidos, primeiro a dar informações sobre a natureza da doença crônica recém-diagnosticada e propiciar o repensar sobre o que é adoecer na família (FLÓRIA-SANTOS; CASTANHEIRA, 2006).

Consulta de enfermagem e o aconselhamento genético

As consultas de enfermagem, por sua vez, são realizadas com base no art. 11 da Lei nº 7.498/86, onde diz que o enfermeiro pode realizar a coleta de dados,

diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, prescrevendo os cuidados necessários e, por ser membro da equipe mínima das eSF, tem um campo de atuação muito amplo (BRASIL, 1986). Ao realizar a coleta de dados o enfermeiro investiga o histórico familiar, podendo, com isso, elaborar o heredograma, que contém o parentesco de primeiro a terceiro grau, além de pessoas afetadas ou não por alguma doença ou que já faleceram. Pode-se utilizar, a depender das características de cada indivíduo, o aconselhamento pré e pós-testes genéticos, atuando de forma interdisciplinar. Mas, para que isso ocorra, o enfermeiro precisa conhecer os aspectos genéticos, biológicos, comportamentais, sociais e de outras áreas afins, que montam a base da prática de enfermagem genômica.

O Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Básica nº 32, que fala sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco, coloca o planejamento familiar/reprodutivo como necessário para a realização da assistência pré-natal efetiva, em um contexto de escolha informada (BRASIL, 2013).

Outro fator importante, falando de antecedentes mais frequentes para o surgimento de doenças crônicas e condição crônica de saúde, é a herança genética, que é apontada como o segundo núcleo gerador de mais problemas de saúde, perdendo apenas para o estilo de vida não saudável (tabagismo, alcoolismo, alimentos com excesso de gordura) (FREITAS; MENDES, 2007). Aí, como medida preventiva, o enfermeiro pode atuar na avaliação pré-concepcional, que é feita com o casal antes de uma gravidez e visa identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar o curso normal da gestação (BRASIL, 2013).

A avaliação é um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, pois diminui o número de gestações não desejadas, cesáreas e ligaduras tubárias, bem como aumenta o intervalo entre gestações e possibilita o planejamento da gravidez em adolescentes e mulheres com patologias crônicas: hipertensão, cardiopatias, HIV, entre outras (BRASIL, 2013). É no ambiente da AB, sendo este o mais próximo da realidade local dos usuários, que se conhece exatamente a realidade local vivenciada e que possui maior poder de contribuição para a manutenção da condição de saúde de sua população. Lá o enfermeiro é capaz de realizar: pré-natal de baixo risco, solicitar exames, encaminhar as gestantes de risco para consulta com o médico, promover atividades educativas, realizar cólera de exame colpocitológico e visitas domiciliares (SÃO PAULO, 2010).

A AB desenvolve papel chave na prevenção e encaminhamento para serviços especializados de pré-natal de alto risco, seja por fatores relacionados às condições prévias, à história reprodutiva anterior ou à gravidez atual (BRASIL, 2016). Dentro da AB, portanto, os enfermeiros realizam atendimentos de baixa complexidade e focados na prevenção, mas precisam ter conhecimento da área de genômica, pois, se esgotando a capacidade resolutive, realizarão a identificação e o manejo de usuários com agravos de origem genética, que não se limita a gestantes, em todos os seus diferentes ciclos de vida, que necessitam ser encaminhados para serviços especializados (CARDOSO; JUNIOR, 2016).

A atuação do enfermeiro não conseguirá ser resolutive, sanando todas as necessidades dos usuários e familiares, que apresentem alguma morbidade genética, mesmo trabalhando em centros altamente especializados. Daí a necessidade de trabalhar de forma transdisciplinar, em uma perspectiva holística, que é o que se requer de quem trabalha com ciência genética em meio a tantas mudanças das realidades econômicas, políticas, tecnológicas e sociais (ANDERSON; MONSEN; RORTY, 2006).

Dentro de suas limitações, através da consulta de enfermagem, pode-se realizar o aconselhamento genético, desde que feita por profissionais capacitados, que podem amenizar o sofrimento de pessoas portadoras de morbidades genéticas e seus familiares.

Os profissionais podem usar na AB uma ferramenta genômica de baixo custo e alta eficiência, ainda coletar e registrar a história familiar de três gerações, elucidando riscos genéticos e genômicos, identificando padrões de herança genética, que contribuindo para a referência e contrarreferência em genética e genômica (LOPES-JÚNIOR *et al.*, 2014). Com o conhecimento do problema de saúde é possível saber o prognóstico e realizar um planejamento sobre as possibilidades de recorrências de doenças hereditárias, tornando possível a tomada de medidas preventivas dos agravos relacionados ao distúrbio genético, que facilitaria a elaboração de um plano de cuidados específico para o quadro do paciente (CARDOSO; JUNIOR, 2016).

Para que se consiga melhorar a qualidade de vida, permitindo que o cuidado em saúde seja feito baseado em genômica, indivíduos com risco aumentado para agravos genéticos devem ser priorizados e identificados através de diagnóstico precoce (LOPES-JÚNIOR *et al.*, 2014). Também é necessário compreender que os

pacientes, de uma forma mais ampla, carregam consigo suas vivências, relações, sensações e sentimentos, entendendo que sua família faz parte de seu contexto (FURTADO; LIMA, 2003), daí a necessidade de estarem qualificados para apoiar as famílias em diferentes aspectos. Pacientes com doenças crônicas e incapacidades (desordens no desenvolvimento), são maioria dos usuários na AB, e não conseguem ter suas complexas necessidades sanadas apenas por uma classe profissional ou ao ambiente limitando da AB (ANDERSON; MONSEN; RORTY, 2006).

Quando se faz a triagem neonatal, por exemplo, a atuação da enfermagem é feita através de orientação familiar, coleta do exame e dos dados familiares, e acondicionamento e envio do material coletado, que analisam a fenilcetonúria, hipotireoidismo, doença falciforme e fibrose cística. No caso da doença falciforme o tratamento especializado deve ser feito apenas quando há complicações clínicas e, quando não houver, o atendimento é feito apenas na AB. O cenário encontrado hoje na AB é formado por profissionais inseguros e inadequadamente preparados para prestarem atenção qualificada à pessoa com essa doença e seus familiares (KIKUCHI, 2007).

O Amazonas e as doenças raras

No Amazonas não há nenhum serviço especializado em doenças raras cadastrado, que cumpra as exigências da Portaria N°199/2014 (BRASIL, 2014). Existe apenas um serviço em Manaus que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com doenças raras, que funciona na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e conta com a única médica geneticista do Amazonas. A APAE recebe pacientes para atendimento ambulatorial encaminhados de ambulatórios de maternidades de Manaus, do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas e da própria APAE. Não há um serviço de referência para atender pacientes da AB (FANTIN *et al.*, 2017). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), não há nenhum serviço cadastrado no Amazonas que realize atendimento em genética médica.

A inexistência de uma referência especializada em genética médica, com protocolos definidos para atendimento das condições de saúde mais comuns, acaba sendo uma iniquidade em saúde, por ser uma desigualdade de saúde

evitável, injusta e desnecessária que pode trazer como consequência a morte de inúmeros usuários do SUS. Há no Rio Grande do Sul um serviço ofertado pelo Programa RegulaSUS, desenvolvido pela TelessaúdeRS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que possui Protocolos de encaminhamento para Genética Médica, sendo a referência para os seguintes atendimentos: teste do pezinho alterado, aconselhamento genético, erros inatos de metabolismo, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, distúrbios do movimento (ataxias e coreias), deficiência intelectual, oncogenética, cromossomopatias, dismorfias, microcefalia, aborto, distrofia muscular e miopatia (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

O RegulaSUS ainda oferece para os profissionais da AB a possibilidade de solicitar consultorias para o serviço Alô Genética e referência para atendimentos específicos para o Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) (RIO GRANDE DO SUL, 2019). No Amazonas, por suas dimensões continentais e dificuldade de acesso e conectividade com a internet, poderia ser uma alternativa para solucionar as ausências de referência, uma vez criado o serviço e disponibilizadas as teleconsultas. A AB no Amazonas, na maioria dos municípios, possui uma dificuldade de articulação com os demais serviços especializados, que estão localizados/concentrados na capital, Manaus (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015). Sem essa articulação de serviços não existe integralidade da atenção. O cenário atual é a inexistência do serviço estruturado em uma rede de referências e contrarreferências, ordenado pela AB, como diz a PNAB (BRASIL, 2017).

De modo geral, todos os níveis de atenção à saúde devem dispor de profissionais preparados para atender as suas demandas específicas, identificando, tratando e encaminhando, com uma rede de referências bem estruturada e com funções delimitadas, com a preocupação centrada nas necessidades específicas dos usuários na área de genética e genômica. Existe uma crescente demanda dos serviços de aconselhamento genético. O enfermeiro está inserido neste processo em vários pontos da rede e, estando qualificado para atuar nas áreas de genética e genômica, podem ser uma excelente estratégia para melhorar a profilaxia, sugestão de diagnóstico e tratamento, colaborando para a diminuição dos índices de morbidade e mortalidade associados às causas genéticas. Para tanto, os enfermeiros devem estar prontos para participar ativamente de decisões terapêuticas, sendo eficazes e eficientes em seu papel de conselheiro genético, seja

para com a equipe, fomentando sua utilização por outros membros, ou para a comunidade, tornando visível a oferta dos serviços (CARDOSO; JUNIOR, 2016).

Triagem Neonatal

O Ministério da Saúde propõe no Programa Nacional de Triagem Neonatal uma autoavaliação através do controle de indicadores da triagem neonatal. No portal do Ministério da Saúde existem dados nacionais sobre os indicadores, porém ainda não existem os dados regionais, ou mesmo dos estados.

Os indicadores propostos pelo PNTN são os seguintes (BRASIL, 2016):

1. Indicador cobertura: refere-se ao percentual de recém-nascidos (RN) realizaram os exames de triagem neonatal em primeira amostra em relação ao número de nascidos vivos informado pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do SUS (SINASC/SUS) em determinado espaço geográfico no período considerado. Permite a avaliação de acesso ao programa. É obtido pela fórmula: Número de RN triados em 1ª amostra/Número de RN SINASC X 100
2. Indicador idade do RN na primeira coleta: refere-se ao percentual de recém-nascidos que coletaram o teste do pezinho até o quinto dia de vida dividido pelo número total de recém-nascidos triados em primeira amostra X 100. É obtido pela fórmula: Número de RN com coleta de 1ª amostra até o quinto dia de vida/Número total de RN triados em 1ª amostra X 100
3. Indicador da mediana da idade do RN na primeira consulta: refere-se à mediana da idade em número de dias dos recém-nascidos na primeira consulta para determinada doença no período considerado. É obtido pelo cálculo da mediana de idade em dias do RN na primeira consulta no SRTN.
4. Indicador número de pontos de coleta do teste do pezinho: refere-se ao número de locais cadastrados para realizar coleta das amostras de sangue dos recém-nascidos e encaminhar para o laboratório especializado em triagem neonatal no período considerado. É obtido pela somatória direta da informação proveniente do laboratório especializado do SRTN.

5. Em todos os indicadores é possível a colaboração do enfermeiro, desde a identificação dos nascidos em sua área de atuação, a confirmação da coleta em tempo oportuno, realizar as consultas de puericultura e possibilitar a coleta em locais estratégicos.

Considerações finais

O enfermeiro que atua na atenção básica, com conhecimento na área de genética e genômica, possui uma capacidade ampliada de realizar o aconselhamento genético, como parte da consulta de enfermagem. Uma vez esgotada a capacidade resolutive, estarão encaminhando os usuários aos serviços especializados, quando houver. Sabem que o trabalho realizado de forma transdisciplinar, em perspectiva holística, amplia a capacidade de levar conforto e solução aos clientes.

O estado do Amazonas não possui nenhum serviço especializado em doenças raras cadastrado e isso dificulta a referência, tanto para pacientes oriundos da média complexidade como da atenção básica. Os enfermeiros precisam estar qualificados para atuarem nas áreas de genética e genômica, contribuindo significativamente na diminuição da morbidade e mortalidade associados às causas genéticas. Devem, também, fomentar sua utilização nas decisões terapêuticas e se posicionarem como membros necessários para uma melhor prestação de assistência aos usuários do SUS.

Referências

- ANDERSON, G. W.; MONSEN, B.; RORTY, M. V. Enfermagem e genética: uma crítica feminista rumo ao trabalho em equipes transdisciplinares. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 248, 2006.
- BRASIL. **Lei n. 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7498.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). CNESNet: Consulta de Estabelecimentos. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de triagem neonatal** [Internet], s/d. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-da-triagem-neonatal/indicadores-da-triagem-neonatal-no-brasil>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integral às Pessoas com Doenças**

Raras, Portaria GM/MS nº 199/2014, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html#:~:text=PORTARIA%20N%20199%2C%20DE%2030,institui%20incentivos%20financeiros%20de%20custeio.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32), 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf
- CARDOSO, M. C. V.; JUNIOR, D. A. C. Enfermagem em genômica: o aconselhamento genético nas práticas assistenciais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.
- FANTIN, C.; BENZAQUWEM, D. C.; CARMO, J. C.; PRAZERES, V. M. G. Profile of Patients Attended at the Genetic Service of a Special Care Institution in Brazil. **Journal of Pharmacy and Pharmacology**. 5. p. 727-735, 2017.
- FLÓRIA-SANTOS, M.; SILVEIRA RAMOS, E. Cuidado de enfermagem baseado em genômica para mulheres com síndrome de Turner. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 14, núm. 5, septiembre-octubre, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2006.
- FLÓRIA-SANTOS, M.; CASTANHEIRA NASCIMENTO, L. Perspectivas históricas do Projeto Genoma e a evolução da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 358-361, 2006.
- FLÓRIA-SANTOS, M.; Santos, E. M. M; Nascimento, L. C; Pereira-da-Silva, G.; Ferreira, B. R; Miranda, D.O; Lopes-Júnior, L. C.; Pinto, P. S. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica - Oncology nursing practice from the perspective of genetics and genomics – Práctica de lo enfermero en oncología en la perspectiva de la genética y genómica – **Texto & contexto enferm**, v. 22, n. 2, p. 526-533, abr./jun. 2013.
- FREITAS, M.C; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007.
- FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. O Cotidiano da Família com Filhos Portadores de Fibrose Cística: Subsídios para a Enfermagem Pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP. v. 11, n. 1, pp. 66-73, jan./fev. 2003.
- KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica – Nursing of sickle cell disease in basic healthcare services. **Rev Bras Hematol**, v. 29, n. 3, p. 331-338, jul./set. 2007.
- LOPES-JÚNIOR, L. C.; FLÓRIA-SANTOS, M.; DE FARIA FERRAZ, V. E. *et al.* Exequibilidade da Atenção Integral em Genética Clínica no Sistema Único De Saúde: Ampliando o debate. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1130-1135, out./dez. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Telessaúde RS. Projeto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento para Genética Médica**. Genética Médica. 2019.

SÃO PAULO (Estado). (2010). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al* (Orgs). **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas** [recurso eletrônico] / 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 240 p.: il. – (Série Saúde & Amazônia), 2015. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude-saberes-e-fazeres-no-territorio-do-amazonas/>.



Atenção Primária à Saúde: pré-natal de gestantes com sífilis em uma Unidade de Saúde da Família de Manaus

Ivamar Moreira da Silva
Lúcia Marques de Freitas
Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Jacqueline Cavalcanti Lima
Luís Paulo Bezerra de Carvalho
Rejane Santos Miranda Oliveira

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis, em particular a sífilis, constituem um desafio à saúde pública. Apesar dos registros sobre esse agravo remontarem à antiguidade, a analogia feita por Sérgio Carrara (1996) quanto “as mil máscaras da sífilis” mostra-se extremamente atual, uma vez que os dados epidemiológicos suscitam preocupação quanto às múltiplas dimensões que permeiam o agravo, envolvendo, em particular, a sífilis em gestantes, objeto de reflexão deste artigo. O diagnóstico oportuno da sífilis na gestação é fundamental no controle do agravo, permitindo que a gestante e, quando possível, sua parceria, tenham acesso ao tratamento adequado, no tempo certo e o acompanhamento sorológico pós-tratamento. A assistência e o seguimento oportunizado no atendimento pré-natal tem reflexos nos casos de transmissão vertical e na morbimortalidade do concepto no período neonatal associada ao agravo.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017), as questões que nortearam o estudo são: Qual a responsabilidade da APS em relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes? Como os serviços têm se organizado para captar precocemente as gestantes para o pré-natal? O diagnóstico precoce da sífilis e de outras infecções sexualmente transmissíveis tem sido uma preocupação nos serviços?

Partindo dessas questões, considerando as responsabilidades da APS e que o manejo inadequado de pessoas acometidas por sífilis, em particular gestantes, pode contribuir para o número crescente de casos de transmissão vertical definiu-se o objetivo geral deste artigo, analisar o papel da atenção primária no acompanhamento das gestantes com diagnóstico de sífilis, identificando potencialidades e fragilidades desse processo a partir de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sul em Manaus.

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa que toma como referência a observação e registro da dinâmica do pré-natal em uma unidade de saúde da família; dados e informações secundárias obtidas a partir de sistemas de informação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA); além da consulta e levantamento realizado a partir de fichas de notificação e prontuários de gestantes com sífilis notificadas e em acompanhamento na USF em questão, no período de abril a novembro de 2019. Por ocasião da pesquisa, havia 11 gestantes notificadas com sífilis na unidade, as quais nesse estudo são identificadas como G e numeradas de 1 a 11. O ponto de partida para o artigo foi o Trabalho de Conclusão de Curso realizado para o curso de especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família, vinculado a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE 24092919.5.0000.5020.

Por fim, assegurar visibilidade aos fatores que têm obstaculizado a redução dos números de sífilis em gestante e, de seu resultante imediato, a sífilis congênita em Manaus, sinalizando possíveis intervenções nos processos de trabalho das equipes e na reorganização do serviço para melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e monitoramento dos casos de forma a reduzir ocorrências de transmissão vertical é o que impulsionou a construção do artigo.

Imagens, pistas e fragmentos de uma prioridade em saúde pública: sífilis em gestantes

Enfermidade secular que durante o século XIX, devido ao crescimento dos casos, assume relevância social e epidemiológica, “a sífilis ninguém a quer, nem mesmo como hóspede, nem como vizinha e muito menos como patrimônio histórico ou de família” (ALMEIDA, 1925). A história do agravo é marcado por experimentos como o caso de *Tuskegee*, realizado entre 1946 e 1948 (REVERBY,

2012); por descrições como a de Michael Foucault (1978) ao retratar o Hospital Geral de Paris como espaço que abrigava não somente loucos, mas mendigos, libertinos e sífilíticos; por registros como o de Gilberto Freyre (1992) de que a sífilis foi o grande mal venéreo adquirido da raça “superior” nos tempos de colonização; ou ainda, pela preocupação e medo de Ezequias, personagem de Dalcídio Jurandir (1995), ao pensar na sífilis, o flagelo da humanidade.

Fica claro, portanto, que “é muito difícil fixar residência no país dos doentes e permanecer imune aos preconceitos decorrentes das sinistras metáforas com que é descrita a sua paisagem” (SONTAG, 1984, p. 8). Assim, é possível vislumbrar os sentimentos de raiva, negação, ansiedade e medo que permeiam o diagnóstico de sífilis e que podem incidir sobre a completude do tratamento, não captação do companheiro, não compartilhamento do diagnóstico com familiares, dentre outras questões.

O estágio da sífilis gestacional e o tempo de exposição fetal ao *Treponema pallidum* permitem antever o potencial de transmissão vertical da doença, sinalizando tendências de mortalidade materno-infantil. Como signatário de compromissos internacionais para erradicação da sífilis, o Brasil desenvolve estratégias para eliminação da doença, contudo, apesar dos esforços nacionais e internacionais estudos (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 2011) estimam que pelo menos 50% das gestações acometidas pela sífilis apresentam desfechos perinatais adversos.

Nos últimos anos no Brasil os números de casos de sífilis têm chamado atenção, em particular em gestantes. Em 2018, no país, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 62.599 casos de sífilis em gestantes, o que indicava uma progressão dos casos de 3,5 por 1.000 nascidos vivos em 2010 para 21,4 por 1.000 nascidos vivos em 2018. Em relação aos estados da região Norte, em 2018, o Amazonas apresentou a segunda maior taxa de detecção de sífilis em gestante, 20,3 casos por 1.000 nascidos vivos; a segunda maior taxa de incidência de sífilis congênita, 9,9 por 1.000 nascidos vivos. Por sua vez, em relação aos óbitos por sífilis congênita o Amazonas ocupa a quarta colocação com taxa incidência de 9,0 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Como enfrentar essa realidade? Sem dúvida a criação da Rede Cegonha desde 2011 tem impulsionado ações que fortalecem o pré-natal e impactam na

redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país, em particular as mortes por causas evitáveis, como é o caso da sífilis. Investir no início precoce do pré-natal, assegurar o número de consultas preconizadas, universalizar a oferta dos testes rápidos em todos os serviços, viabilizar o acesso aos exames de rotina necessários ao acompanhamento da gestação constituem medidas que articuladas com outras tantas podem contribuir para o enfrentamento desse cenário e assegurar a redução dos índices de mortalidade materna e na infância em nossa realidade.

Manaus insere-se nas ações e estratégias propostas pelo Ministério da Saúde no bojo do projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, figurando entre os 100 municípios prioritários no país para o enfrentamento do agravo. O município definiu como meta registrada no Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021, “Reduzir, anualmente, em 25% o número de casos novos de sífilis congênita, em menores de 01 ano, até 2021”. Como as Unidades Básicas de Saúde se inserem nesse contexto de enfrentamento e compromisso com a redução dos números de sífilis em Manaus? Quais as responsabilidades que essas unidades assumem face às metas instituídas?

A USF espaço desta reflexão, localizada no Distrito Sul de Manaus, dispõe de uma estrutura adequada compartilhada na qual funcionam três equipes da Estratégia Saúde da Família, além de uma equipe tradicional que atua no horário ampliado. A unidade tem uma população estimada para atendimento de aproximadamente 45.467 pessoas (IBGE, 2020), sinalizando que ainda há muitos a fazer para alcançar a almejada universalidade do acesso.

Frente a esse cenário, cabe refletir: Como tem se dado a captação das gestantes para o pré-natal? Como está organizada a oferta dos testes rápidos no serviço? As gestantes têm conseguido realizar os testes no primeiro e terceiro trimestre? O diagnóstico de sífilis gestacional tem desencadeado um acompanhamento diferenciado dessas mulheres? Os casos de sífilis em gestantes têm sido notificados? Há disponibilidade de tratamento na unidade? As gestantes têm sido monitoradas pós-tratamento? Quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a realização do pré-natal de gestantes com sífilis? Algumas dessas questões serão abordadas no item subsequente.

O cuidado se constrói na caminhada – limites e possibilidades da atenção às gestantes com diagnóstico de sífilis em uma USF de Manaus

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020) indica uma multiplicidade de serviços sob a responsabilidade desse nível de atenção em relação à solução dos problemas de saúde da população. Ou seja, efetivamente as unidades básicas de saúde devem assumir sua função como ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017), de forma a acompanhar indivíduos e famílias ao longo do tempo, coordenando o cuidado por meio de uma relação contínua e de confiança (BRASIL, 2020).

Nessa direção e tendo em vista que o pré-natal envolve ações distintas, mas de suma importância para o êxito do seu desfecho, destaca-se que na USF em análise, a assistência à gestante é efetuada por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, farmacêuticos, dentre outros. O trabalho em equipe no acompanhamento pré-natal é de grande relevância e as consultas comumente são intercaladas entre médico e enfermeiro, além das consultas com o dentista. O envolvimento da equipe no acompanhamento às gestantes é salutar, podendo fortalecer a humanização e integralidade da atenção a esse segmento.

Em 2018, segundo dados obtidos no Núcleo de Monitoramento e Avaliação do Distrito de Saúde Sul, a USF em estudo realizou 4.170 consultas de pré-natal; em 2019, esse número chegou a 3.998 consultas. No mesmo período, foi possível identificar, através do relatório do Sistema de Logística Laboratorial (SISLOGLAB) da unidade, que em 2018 e 2019 foram realizados respectivamente 561 e 425 testes rápidos de sífilis em gestantes na unidade, sinalizando o uso desse insumo na assistência de cuidado de pré-natal naquele território.

Tendo em vista as características da USF em estudo, destaca-se a existência de dois fluxos para o atendimento pré-natal. O primeiro fluxo considera a responsabilidade da equipe e, em particular dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação ao desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população. Nesse sentido, as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são uma estratégia importante na busca de mulheres que apresentam

amenorreia por mais de 15 dias em suas microáreas de atuação. A intervenção dos ACS no território, seja na captação das gestantes, nas visitas domiciliares ou mesmo na busca ativa de faltosas, fortalece o vínculo dessas mulheres com as equipes.

O segundo fluxo, por sua vez, se dá via demanda espontânea, ou seja, a mulher que suspeita ou tem confirmação de gravidez e procura atendimento na USF. Destaca-se que, devido à disponibilidade de atendimento em horário noturno e aos sábados, algumas dessas mulheres podem ser de bairros distantes da unidade, o que pode vir a ser um obstáculo à longitudinalidade do cuidado, mas não sua impossibilidade. Nos dois fluxos a disponibilidade do teste rápido de gravidez na USF constitui um avanço, pois constitui um insumo que facilita a confirmação precoce da gestação.

A recepção da unidade configura-se como espaço de acolhimento e orientação às gestantes, uma vez que é neste setor que as mulheres com atendimento agendado pelos ACS ou aquelas com suspeita de gravidez ou mesmo com algum exame comprobatório para o início do cuidado pré-natal são atendidas. Na recepção ocorre a confirmação do atendimento, encaminhamento para escuta qualificada, espaço onde as mulheres são ouvidas e compartilham, muitas vezes, anseios e dúvidas, sendo posteriormente direcionadas a outros atendimentos.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a primeira consulta acontece com o enfermeiro, profissional que compartilha com a equipe a responsabilidade na prestação de assistência à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido. Este, em caso de suspeita de gravidez, após avaliação clínica e investigação, em não havendo testes rápido para gravidez na unidade, solicita exame confirmatório e demais complementares. Em paralelo, ainda no primeiro atendimento, a gestante é encaminhada para atualização dos esquemas vacinais e realização de testagem rápida de HIV, sífilis, hepatites B e C.

Compartilhando do entendimento de que o início tardio do pré-natal em muitos casos envolve vulnerabilidades individuais e sociais da gestante (ANVERSA *et al.*, 2012), defende-se o posicionamento de que a APS pode enfrentar essa realidade dando celeridade ao atendimento e fazendo as articulações necessárias que o caso requer. Assim, se a gestação for identificada de forma tardia, na unidade, a equipe deve avaliar o caso, solicitar exames e articular para atendimento com os demais profissionais da unidade, solicitando imediatamente o teste rápido.

Quando na testagem rápida há diagnóstico reagente para sífilis? Como a equipe procede? Destaca-se o número de casos de sífilis em gestante notificados na USF em referência durante o período de abril a novembro de 2019.

Tabela 01: Gestantes com diagnóstico de Sífilis – abril a novembro de 2019 – USF/SEMSA.

INFORMAÇÕES	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11
Idade	24 a	34 a	20 a	21 a	30 a	17 a	24 a	23 a	20 a	19 a	34 a
Parceiro fixo ***	S	SR	S	S	SR	S	SR	S	SR	S	SR
Nº gestações	SR	4	SR	SR	SR	0	SR	2	SR	0	1
Idade da 1ª gestação	SR	SR	SR	SR	SR	17	SR	SR	SR	19	SR
História de IST****	SR	SR	SR	SR	SR	SR	S	N	SR	SR	N
Histórico de abortos*****	SR	S	SR	SR	SR	SR	SR	S	SR	SR	N
Uso de preservativo	SR	N	SR								

Fonte: Pesquisa de Campo, 2019.

** Sem Registro – SR.

*** Parceiro fixo: SIM – S; Não – N.

****História de IST: SIM – S; Não – N.

*****História de abortos: SIM – S; Não – N.

*****Uso de preservativos: SIM – S; Não – N.

No período em que foi realizado o levantamento de dados e informações, 11 casos de gestantes com sífilis haviam sido notificados na USF. A tabela em análise sinaliza, dentre outras informações, que as gestantes notificadas com sífilis se apresentavam na faixa etária entre 17 a 34 anos. Destas, um percentual predominante apresentava-se entre 20 e 29 anos, equivalente a 55% dos casos; 27% das gestantes apresentavam idade igual ou maior que 30 anos; já as que tinham idade entre 15 e 19 anos representavam 18% dos casos notificados.

Chama atenção também que nos registros 55% das gestantes informaram ter parceiros fixos. Contudo é preocupante que em 45% dos casos notificados na USF essa informação não esteja registrada. A ausência dessa informação restringe o escopo do alcance da investigação sobre sífilis e, por conseguinte, a identificação dos diferentes graus de vulnerabilidade a que os indivíduos estão expostos (BRASIL, 2019).

Das 11 gestantes notificadas na USF, 45% tinham registros das gestações anteriores, e 55% constavam sem registro dessa informação. A entrevista é etapa crucial no levantamento de dados da gestante e deve ser realizada ainda na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2016). A eventual ausência de registro de informações tende a se configurar como possível desafio para a vigilância em saúde dessa população.

No que se refere ao histórico de infecções sexualmente transmissíveis das gestantes notificadas pela USF, fica evidente que esta informação estava registrada em apenas 27% dos documentos de gestantes com sífilis não estando disponível nos registros de informação em 73% das pacientes. Esse dado permite refletir que o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional requer a avaliação de um conjunto de informações, dados clínicos, resultados de testes e exames laboratoriais, histórico de infecções anteriores e investigação de exposição recente. A disponibilidade dessas informações e sua correlação é que tornam possível o correto diagnóstico e classificação de sífilis e, por conseguinte, seu tratamento adequado (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Quanto à idade gestacional de início do pré-natal, destaca-se que 45% das gestantes notificadas com sífilis na USF em estudo iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez; 27% no segundo trimestre; 18% no terceiro trimestre e 9% das gestantes não apresentava registro da idade gestacional de início. Segundo indica o Ministério da Saúde, o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre oportuniza a realização dos testes rápidos, sobretudo de HIV e sífilis, que devem acontecer na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, e repetidos no início do terceiro trimestre, na maternidade antes do parto, em caso de abortamento/natimorto ou em caso de exposição ao risco/violência sexual (BRASIL, 2020).

Considerando a importância do início precoce do pré-natal e o diagnóstico oportuno de sífilis, destaca-se algumas informações obtidas em relação ao diagnóstico de sífilis nas gestantes notificadas.

Tabela 02: Diagnóstico de Sífilis em gestantes – abril a novembro de 2019 – USF/SEMSA.

INFORMAÇÕES	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11
Realização dos testes rápidos na primeira consulta	SR	S	S	S	SR	SR	S	SR	S	SR	S
Data Notificação	1/4/19	8/4/19	22/4/19	27/5/19	5/6/19	27/6/19	3/7/19	11/10/19	5/7/19	10/7/19	8/8/19
Classificação**	LAT	SR	LAT	PRI	SR	SR	LAT	LAT	SR	SR	LAT
Tratamento prescrito	7.200 UI	7.200 UI	7.200 UI	2.400 UI	7.200 UI						
Tratamento realizado (registro administração doses)	SR										
Tratamento parceiro	SR	N	N	SR							
Resultado VDRL	1:04	1:32	1:08	1:16	1:08	1:08	1:02	1:16	1:04	1:04	1:08

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

* Sem registro – SR;

**Classificação: Latente – LAT; Primária – PRI.

***Tratamento Parceiro: Sim- S; Não- N.

Em se tratando dos testes rápidos de sífilis realizados na primeira consulta de pré-natal, os dados e informações sistematizados no quadro indicam que 55% das gestantes foram testadas ainda na primeira consulta, porém exige atenção o número de gestantes que não apresentavam registro dessa informação, ou seja, 45% delas,. A realização do teste rápido para sífilis na primeira consulta favorece o diagnóstico de sífilis gestacional precocemente, e promove o tratamento em tempo hábil para evitar possíveis complicações maternas, fetais e neonatais (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Se atentarmos para o ideal de realização dos testes rápidos, na USF em estudo, apenas 36% pacientes foram testadas na primeira consulta de pré-natal e no primeiro trimestre. Esse dado remete a informação já sinalizada pelo Ministério da Saúde indicando que, em 2018 a maior proporção de diagnóstico

de sífilis gestacional no Brasil foi de 39% no primeiro trimestre, 25,2% foram diagnosticadas no segundo trimestre, 29,6% no terceiro trimestre, e em 5,8% dos casos essa informação está como ignorada (BRASIL, 2019).

Quais os aspectos que obstam a captação precoce da gestante e a realização do diagnóstico na primeira consulta? A implantação dos testes rápidos e sua indicação como um dos exames a serem realizados durante o pré-natal, sem dúvida tem contribuído para a ampliação do diagnóstico de sífilis. Contudo, é preciso que no cotidiano dos serviços o fluxo para realização dos testes esteja bem claro para a equipe de forma a garantir que os mesmos sejam realizados de forma oportuna. Estas são questões que exigem um olhar detalhado sobre o cuidado em saúde destinado a esse segmento.

Em relação à classificação clínica da sífilis nas gestantes, nas notificações da USF em estudo, 45,5% dos casos diagnosticados está classificado como sífilis latente; outros 45,5% das gestantes não apresentam registro da classificação do agravo e 9% dos casos foi classificado como sífilis primária. É de extrema importância o correto diagnóstico de sífilis, bem como sua devida classificação clínica. Essa informação é essencial para que o profissional possa indicar o tratamento adequado. Frente a uma gestante com diagnóstico positivo para sífilis, onde há a impossibilidade de inferir a cronologia do tempo da infecção recomenda-se classificá-la e tratá-la como sífilis latente tardia (BRASIL, 2019).

Como assegurar, mediante a ausência de classificação do agravo que o tratamento prescrito, predominantemente o esquema com 7.200.000 UI de Penicilina G benzatina, está correto? Como assegurar a efetividade do tratamento se nenhuma das 11 gestantes com sífilis notificadas na USF tinham as datas de administração de seu tratamento efetivamente registradas no prontuário? Como avançar no tratamento das parcerias sexuais se majoritariamente não há registro de convocação desse sujeito para realização do teste ou tratamento?

Na USF em referência todos os profissionais utilizam o sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para registro dos atendimentos, encaminhamentos e orientações prestadas à gestante. Além do PEC, o registro do tratamento e resultado de exames no prontuário da gestante deve ser feito na

Caderneta da Gestante, instrumento que retrata todo o acompanhamento pré-natal, inclusive as ações relacionadas ao pré-natal do homem.

A busca ativa é uma estratégia fundamental na captação das parcerias sexuais das gestantes com sífilis para o diagnóstico e tratamento da infecção, além de estimular e fortalecer o pré-natal das parcerias nas unidades de saúde. Mesmo apresentando testes de sífilis não reagentes, as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, e por isso recomenda-se o tratamento presumido com uma dose de Penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI). Em caso de testes reagentes deve-se seguir o tratamento de sífilis adquirida no adulto (BRASIL, 2019). O não registro e/ou a incompletude do registro do tratamento da gestante e/ou do parceiro lança dúvidas sobre sua realização efetiva, restando concluir por sua não realização.

A ineficiência e/ou inexistência da abordagem às parcerias sexuais reflete diretamente na magnitude do agravo. Assim, o fortalecimento do pré-natal das parcerias, sua adesão ao tratamento estabelecido e o apoio à gestante durante o pré-natal, parto e puerpério tem o potencial de evitar futuras complicações da sífilis ao conceito.

A captação precoce da gestante para o pré-natal e o diagnóstico de sífilis em gestante via teste rápido não exime o profissional de solicitar que a gestante faça o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). Destaca-se que todas as gestantes com diagnóstico de sífilis na USF realizaram o VDRL pelo menos uma vez durante o pré-natal. Contudo, há de se reconhecer que esta informação deve ser analisada à luz do início do pré-natal e data do diagnóstico de sífilis, pois no caso das gestantes o VDRL deve ser realizado mensalmente. Este exame configura-se como ferramenta essencial no cuidado longitudinal da gestante com sífilis, pois possibilita o controle da efetividade do tratamento, o declínio da atividade sorológica e, sobretudo, subsidiando a adoção de condutas clínicas em um novo evento da patologia e/ou reinfeção.

Quantas consultas as gestantes precisam realizar durante o pré-natal? A visita de vinculação à maternidade de referência tem sido estimulada pelos profissionais? Destaca-se as informações obtidas por ocasião do estudo.

Tabela 03: Cuidado pré-natal gestantes com sífilis – abril a novembro 2019 – USF/SEMSA.

INFORMAÇÕES	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11
Nº consultas pré-natal	14	10	8	11	6	5	2	7	7	4	8
Profissional primeira consulta*	M	M	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Profissionais que atenderam a paciente durante o pré-natal	M/E	M/E	M/E	M/E	M/E	M/E	E	M/E	E	M/E	M/E
Solicitação de exames laboratoriais na 1ª consulta	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Encaminhamento/ realização da visita de vinculação	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR	SR

Fonte: Pesquisa de Campo, 2019.

* Profissional primeira consulta: Médico – M; Enfermeiro- E

** Solicitação de exames laboratoriais na 1ª consulta: SIM – S; NÃO – N

**Sem registro – SR.

A tabela 03, em análise, indica que as gestantes realizaram entre duas e 14 consultas de pré-natal. Contrapondo essa informação com outras, observa-se que a gestante que realizou apenas duas consultas iniciou o pré-natal com 23 semanas de gestação, ou seja, no 2º trimestre da gestação. Quais as vulnerabilidades que condicionaram a realização do pré-natal por esta gestante? Note-se que identificar as vulnerabilidades que permeiam a realidade de uma pessoa pressupõe o estabelecimento de uma relação de confiança entre esta e a equipe de saúde, a construção de um vínculo de confiança que permita em conjunto construir outras possibilidades de cuidado.

As gestantes que por sua vez registraram quatro e cinco consultas respectivamente apresentavam idade inferior a 20 anos e iniciaram o pré-natal tardiamente, com 32 e 30 semanas respectivamente. Estudos sinalizam que as múltiplas razões que devem ser consideradas e que podem influir na não realização do pré-natal ou seu início tardio, envolvem aspectos como a faixa etária das gestantes, a reduzida escolaridade, a não aceitação da gravidez, a ausência de um parceiro fixo e, em particular o acesso e humanização do atendimento em saúde. Nota-se que no decorrer do cuidado pré-natal, conforme indicam os dados, fica evidente que são esses dois profissionais, Médico e Enfermeiros, que conduziram a assistência pré-natal às mulheres. Cabe questionar a ausência de registro de

atendimento de profissionais, como o dentista, que são de suma importância para o êxito do pré-natal.

Considerando a rotina instituída pela Rede Cegonha quanto à realização da visita de vinculação. No caso da USF em estudo chama atenção a ausência total de registro de encaminhamento das gestantes com sífilis para realização da visita na Maternidade de referência para o território. A não realização da visita de vinculação fragiliza o cuidado pré-natal, em particular das gestantes primíparas que carecem de informações sobre a maternidade, sobre o parto humanizado, sobre o fluxo interno e as condutas a serem adotadas quando do parto.

Sendo assim, confirma-se que uma atenção pré-natal de qualidade é aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura. O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, para melhor planejamento do cuidado.

Considerações Finais

O conjunto de dados e informações sistematizados por ocasião do estudo, apesar de apresentarem limitações uma vez que não se teve acesso à caderneta dessas gestantes, permitem inferir que os serviços de APS assumem papel estratégico no enfrentamento da sífilis em gestantes. A captação precoce, o acolhimento, a construção de vínculo, o diagnóstico, o tratamento oportuno e o seguimento dessas gestantes constituem demandas que reforçam os atributos e responsabilidades que a APS assume frente ao território.

O estudo evidencia que não basta assegurar uma estrutura física aos serviços, é preciso investir em momentos de reflexão e avaliação sobre os processos de trabalho instituídos, em particular aqueles relacionados ao pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis. A equipe como um todo deve participar desse processo.

O conjunto dos dados e informações coletadas no estudo permite destacar algumas questões:

- A USF estudada apresenta fluxos bem definidos para o pré-natal, com captação dessas mulheres no território e acolhimento daquelas que

chegam por demanda espontânea;

- As gestantes com diagnóstico de sífilis iniciaram o pré-natal majoritariamente no 1º trimestre de gestação e, em sua maioria, foram diagnosticadas via teste rápido realizado na primeira consulta;
- Há uma lacuna de registro quanto aos cuidados em relação às gestantes com sífilis, seja pela fragilidade e/ou ausência de informações nas fichas de notificação e no prontuário eletrônico;
- O número de consultas realizadas por essas gestantes durante o pré-natal tende a ultrapassar as 6 (seis) recomendadas pelo Ministério da Saúde, sendo essa assistência predominantemente realizada pelos Enfermeiros e Médicos da USF;
- Persiste ainda um número de gestantes que apresentam início tardio do pré-natal, realizando um número reduzido de consultas.

Diante dessas informações cabe refletir que a ausência e/ou fragilidade nos registros é aspecto que merece atenção por parte dos profissionais e gestores, uma vez que coloca dúvidas sobre a efetividade do cuidado com as gestantes com sífilis, em alguns casos não sendo possível identificar questões essenciais como a classificação do agravo e administração do tratamento.

Por fim, reitera-se o papel que a APS assume como primeiro acesso e porta de entrada no sistema de saúde e a necessidade de intervenções que permitam às equipes de saúde refletir sobre seus processos de trabalho, ajustando aspectos como os indicados neste estudo.

Referências

- ALMEIDA, T. Da origem não americana da syphilis. *Anais Brás. Dermat. Sífilis.*, ano I, nº 7. 1925.
- ANVERSA, E. T. R.; BASTOS, G. A. N.; NUNES, L. N.; PIZZOL, T. S. D. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em municípios do sul do Brasil. *Caderno de saúde pública Rio de Janeiro*, v. 28, n. 4, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Sífilis 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. 2. ed. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**. Brasília: MS, 2016.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil**, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C.; ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R.; PERIOTTO, C. R. L.; VEDOVATTE, C. A.; POSSOON, L. R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 19, n. 3-4, p. 139-143, 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala: formação da família Brasileira sob o regime de economia patriarcal**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020. População estimada Manaus, 2020. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidade@.

JURANDIR, D. **Chove nos campos de Cachoeira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vecchi, 1995.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun. Ciênc. Saúde*. v. 22, Sup 1, p. 43-54, 2011.

MANAUS. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Manaus, 2018a.

MANAUS. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde. Manaus, 2018b.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Monitoramento e Avaliação, Disa Sul, 2020.

REVERBY, S. M. Sífilis por “exposição normal” e inoculação: um médico da equipe do estudo Tuskegee na Guatemala, 1946-1948. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* São Paulo, v. 15 nº.2 Junho, 2012.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

WHO. **World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections**, 2016-2021. [internet]. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.



O desafio da Saúde Bucal Ribeirinha: Um relato de experiência na Amazônia

Raylson Emanuel Dutra da Nóbrega
Romélia de Souza Reis
Fernanda Ariadne da Silva Xavier
Rosana Pimentel Correia Moysés
Adriana Oliveira Lima
Soloni Serafim Claudomiro

Introdução

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, se estabeleceu pelo Artigo 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 1), baseado nos princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência e da participação da comunidade.

A definição de universalidade, como princípio do SUS, afirma que todos os brasileiros têm direito ao acesso igualitário aos serviços de saúde e às respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. Desta forma, considerando que o acesso universal aos serviços de saúde em todo o território nacional é um direito garantido por lei, pode-se afirmar que este fator é de grande importância para o auxílio da diminuição das desigualdades existente no país (KAFER, 2016).

Neste panorama sabe-se que Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada do SUS, deve ser capaz de assumir a coordenação do cuidado dos usuários como um atributo fundamental na organização de sistemas de saúde, promotora de equidade, acesso, qualidade e continuidade da atenção (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

De acordo com Silva *et al.* (2020), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal plano para a expansão e consolidação da APS. É por meio desta, que se faz possível acompanhar grande parte do processo saúde/doença em todo o ciclo de vida, devido sua característica de gestão do cuidado integral. A partir

desse ponto, é possível desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre os componentes das equipes, e entre estes e os usuários, para desta forma, garantir a longitudinalidade do cuidado.

No entanto, o alcance das populações em situação de vulnerabilidade é um importante desafio para o SUS. Dentre essas populações, encontram-se as comunidades ribeirinhas que são bastante expressivas na região amazônica. Neste sentido, se faz necessário estabelecer estratégias para redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde com políticas de equidade com o intuito de atender as demandas de saúde desses povos (BRASIL *et al.*, 2016).

Assegurar o acesso aos serviços de saúde e que estes sejam de qualidade de forma a garantir a satisfação do usuário, se torna uma das mais relevantes responsabilidades dos sistemas públicos universais de saúde, tendo como objetivos não apenas o acompanhamento dos problemas de saúde, mas também o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde e proteção dos agravos (FIGUEIRA *et al.*, 2018).

Neste contexto, o Ministério da Saúde vem formulando e implementando Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos e que são resultantes dos determinantes sociais e ambientais de saúde, como acesso à água tratada, ao saneamento básico, à segurança alimentar e nutricional, dentre outros. Sendo assim, torna-se um grande desafio a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual contempla as especificidades e as peculiaridades dessas populações com o intuito de promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida das populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2015).

Historicamente, as comunidades ribeirinhas têm as águas como um instrumento de transporte, produção, caça, dentre outros fatores que definem suas relações sociais e com a natureza (QUEIROZ *et al.*, 2018). Essas comunidades representam uma mistura de diferentes grupos sociais, dentre eles indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões que vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos na Amazônia brasileira, distribuindo-se em uma área geográfica com

cerca de 5.020.000km². O cotidiano dos ribeirinhos às margens dos rios resulta no que alguns autores chamam de território líquido, isto é, a vida sob influência das dinâmicas das águas (cheias e vazantes). O ciclo das águas que determinam as atividades produtivas, as facilidades e desafios do cuidado em saúde e tem impacto de ordem multidimensional (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Ao analisar a cultura desses povos, é possível perceber uma forte herança dos povos indígenas, através dos hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e da agricultura de subsistência. De forma geral, pode-se afirmar que essas comunidades apresentam baixa infraestrutura de saneamento básico, de energia elétrica e de serviços de saúde. Os serviços de saúde são centralizados na zona urbana dos municípios, dificultando a busca dos moradores das regiões ribeirinhas ao serviço de saúde por ser caro e demorado, fazendo com que tenham acesso limitado a serviços básicos como vacinação, pré-natal, puericultura, tratamento odontológico e acompanhamento de hipertensão e diabetes. Outra forma de acesso aos serviços de saúde é através das ações esporádicas dos profissionais de saúde nas comunidades (GAMA *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2013).

Diante de tamanhas peculiaridades e características singulares, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.191 de 2010, instituiu critérios diferenciados com vistas à implantação, ao financiamento e à manutenção das equipes de saúde da família (eSF) para as populações ribeirinhas nos municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense. Estes municípios tinham a opção de optar por dois tipos de arranjos organizacionais para a eSF, além dos existentes para o restante do país que eram as Unidades de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2010).

As eSF para Populações Ribeirinhas eram constituídas por equipes cujo acesso à população ribeirinha ocorriam por meio fluvial. Em localidades nas quais não fosse viável o deslocamento diário da eSF da sede do município até o local de moradia dessas populações ribeirinhas, a equipe de saúde deveria pernoitar na localidade para o desempenho de suas funções. A equipe multidisciplinar mínima deveria ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e até um máximo de 12 agentes comunitários de saúde (ACS), as equipes poderiam contar com a Equipe de Saúde Bucal (ESB) que era composto por um dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal. O fluxo de trabalho era

diferenciado, devendo cumprir, no mínimo, 112 (cento e doze) horas de trabalho mensais, prestando, no mínimo, 14 dias de atendimento à população (KAFER, 2016; Brasil, 2010).

No ano de 2011, através da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.488, é reformulado o conceito da estratégia para Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). Essas equipes desempenhariam a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial. Segundo a PNAB, foi ofertada a possibilidade de inclusão de um microscopista nas regiões endêmicas e, devido à grande dispersão populacional, os municípios poderiam solicitar ampliação da composição mínima das equipes, de acordo com critérios populacionais mínimos, podendo acrescentar mais 12 ACS, 4 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 1 técnico em saúde bucal e 2 enfermeiros sendo adicionado ao incentivo mensal de custeio da equipe (BRASIL, 2011).

Em 2014, é publicada a Portaria nº 837, com o intuito de redefinir o arranjo organizacional das ESFR e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF). Esta Portaria amplia o conceito de ESFR ao afirmar:

Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território (BRASIL, 2014, p.1).

A equipe mínima passa a ser composta por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem, e aumentou-se o número e tipos de profissionais que podem ser agregados à equipe mínima com o intuito de garantir uma maior resolutividade a essa equipe e retirou-se a exigência do critério populacional. Em áreas de dispersão populacional, podem ser agregados à equipe mínima até 24 ACS, 11 técnicos ou auxiliares de enfermagem, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, 12 microscopistas, além de poder acrescentar até dois profissionais da área de saúde de nível superior dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para a ampliação da capacidade clínica e a carteira de serviço das equipes (BRASIL, 2014).

Para expandir a operacionalização da atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência da equipe, passa a existir um incentivo financeiro de custeio para logística que considera a existência de até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), para a realização do atendimento em saúde de forma descentralizada, e de até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da equipe até as comunidades atendidas, esse novo arranjo inclui a possibilidade de solicitação, da gestão municipal ao Ministério da Saúde, do custeio para manutenção de embarcações de pequeno porte, de unidades de apoio e de inclusão de novos profissionais na ESFR (BRASIL, 2017; KAFER, 2016).

O principal local de atuação dos profissionais da ESFR são as comunidades com acesso exclusivamente fluvial, que apresentam difícil acesso e na maioria dos casos, o transporte fluvial é o único meio viável, o que requer uma grande capacidade de adaptação. Diante dessa singularidade geográfica, esses profissionais encontram dificuldades de locomoção, prejudicando o acesso dos usuários aos serviços de saúde mesmo estando, geograficamente, próximos a grandes centros urbanos, acarretando também em dificuldades a serem enfrentadas pelos profissionais, mesmo assim, se faz necessário que seja assegurado à população ribeirinha o acesso integral à saúde, com uma organização de serviços que seja ajustada de acordo com as necessidades referenciadas pelos usuários, que em sua maioria, têm o SUS como referência de serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2020).

Atualmente, o Brasil conta com 118 (cento e dezoito) ESFR com equipe de saúde bucal e 60 (sessenta) ESFR sem equipe de saúde bucal. A maior concentração dessas equipes encontra-se no estado do Amazonas que conta com 79 (setenta e nove) ESFR com saúde bucal e 8 (oito) ESFR sem saúde bucal. O município de Iranduba (Amazonas), que será nosso objeto de estudo, apresenta 13 (treze) ESFR com equipe de saúde bucal (BRASIL, 2020).

Diante da escassez de estudos que descrevam a atuação dessas equipes em comunidades ribeirinhas e que demonstrem sua importância para o planejamento e implementação de políticas públicas voltadas para esta população específica, o presente estudo objetiva relatar a experiência da ESB de uma ESBR no município de Iranduba, estado do Amazonas.

Relato de Experiência

O município de Iranduba está situado na região metropolitana do estado do Amazonas, estando a 22 km da cidade de Manaus. Sua extensão territorial é de 2.216,817km², sendo banhado pelo Rio Solimões e Rio Negro. Sua população estimada para o ano de 2020 é de 49.011 pessoas, o que o torna a 11ª cidade mais populosa do estado.

No âmbito da saúde, a cidade tem 100% de cobertura da população pela APS, possuindo 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB) e 13 Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) com ESB. O grande número de ESFR ocorre pelo fato da grande extensão territorial coberta por rios, o que resulta na presença de grande número de comunidades ribeirinhas. O município também conta com 4 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio Domiciliar e 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio.

Este ensaio aborda a experiência da ESB de uma ESFR que têm sua Unidade Básica de Saúde (UBS) no Bairro Cidade Nova, localizado no Distrito de Cacau Pirera, pertencente ao município de Iranduba.

A ESFR da Cidade Nova conta atualmente com sete ACSs, 11 Técnicos de Enfermagem, sete Microscopistas, um Biomédico, dois Enfermeiros, um Médico, dois Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e um Dentista. Atualmente, a população cadastrada na equipe é de 2.955 usuários.

O Bairro Cidade Nova, apresenta três tipos característicos de moradia da região amazônica, que são as casas de alvenaria em áreas firmes, as casas de palafita em áreas de alagamento em tempo de cheia dos rios e as casas flutuantes que ficam sobre a margem do rio negro que banha o bairro. Além da área descrita, a ESFR é responsável pelo atendimento de 4 comunidades ribeirinhas com acesso exclusivamente fluvial (Vila Nova, Nova Vila, Catalão e Casa Branca) (Figura 1).

Os atendimentos a essas comunidades são realizados uma vez ao mês, através do deslocamento da ESFR, que é feito pelos rios em embarcação de pequeno porte. Nas comunidades mais próximas (Catalão e Casa Branca), em tempo de cheia a viagem leva de 25 a 40 minutos e, em tempo de vazante, de 35 minutos a uma hora. Já nas comunidades mais distantes (Vila Nova e Nova Vila) a

viagem durante a cheia dura aproximadamente 1 hora, chegando a aumentar para 2 horas e 30 minutos de viagem em tempo de vazante extrema.

Figura 01: Vista da Comunidade Ribeirinha “Catalão”.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2020.

Os serviços de saúde oferecidos de forma sistematizada são os de consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, vacinação, distribuição de medicamentos e educação em saúde. Conforme necessidade apresentada pela comunidade, é realizado atendimento de fisioterapia, fonoaudiológico e de serviço social. Esses atendimentos são realizados em escolas públicas ou locais particulares cedidos pela comunidade.

A ESB é composta por um dentista e duas auxiliares de saúde bucal. Os atendimentos odontológicos são previamente agendados pelo ACS da comunidade. São agendados em média oito pacientes, sendo possível incluir pacientes que busquem atendimento com relato de dor ou com alguma queixa odontológica.

Na promoção e prevenção em saúde, os serviços em saúde bucal se resumem a palestras de educação em saúde. Por falta de insumos, não há distribuição de escovas e creme dental para as comunidades, exceto quando

há doações de organizações não governamentais (ONGs), Forças Armadas ou empresas privadas que se sensibilizam com a causa pública.

Na área clínica, o atendimento odontológico realizado nas comunidades ribeirinhas fica bastante limitado devido à infraestrutura pouco adequada. Esse atendimento geralmente é realizado em uma sala, muitas vezes compartilhada por outras especialidades e em alguns casos o atendimento é feito a “céu aberto”. O paciente é acomodado em cadeira escolar ou cadeiras convencionais de madeira ou plástico e a equipe de saúde bucal de pé. É notório o desconforto por parte dos pacientes, que muitas vezes não encontram uma posição confortável para se posicionarem, como também, por parte dos profissionais que buscam uma ergonomia adequada e luz natural favorável (Figura 2).

Figura 02: Atendimento Odontológico em Comunidade Ribeirinha.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores, 2020.

Tanto pela procura, quanto pelos desafios estruturais, o procedimento clínico mais realizado são as extrações dentárias (exodontias). A maioria dos dentes que são extraídos poderiam ser submetidos a tratamentos conservadores como: tratamentos de canal dentário (endodontia), tratamentos expectantes, os chamados “curativos” e restaurações. Desta forma, seria possível impedir as

perdas dentárias precoces, que podem afetar a função mastigatória e a estética dos pacientes. Mesmo diante destas adversidades a equipe de odontologia prima pelos critérios de biossegurança para preservar à saúde do paciente.

Cabe citar que seguindo o protocolo de cuidado e promoção de saúde, antes do procedimento da exodontia, é informado ao paciente sobre a importância de se realizar tratamentos conservadores para que possa manter sua dentição completa. Porém, para que esses procedimentos sejam realizados, é necessário que o paciente se dirija até a UBS de referência da ESFR. Nesse momento, a maioria dos pacientes optam pela realização da exodontia, por relatar não ter como ir ao atendimento, seja por questões como: falta de tempo, distância, dificuldade financeira ou mesmo dificuldade de locomoção em tempo de vazante dos rios.

Diante deste panorama, o profissional de odontologia vive o dilema entre o sanar o problema do paciente que se queixa de dor de dente, dor essa traduzida em noites mal dormidas através da extração dentária e conservar um dente que muitas vezes pode ser submetido a tratamentos conservadores e desta forma minimizar não somente os problemas advindos da extração dentária precoce ao sistema estomatognático (boca e órgãos adjacentes), mas também problemas psicológicos relacionados à estética, como é o caso de extrações de dentes anteriores, com grande impacto na autoestima.

Pensa-se ainda no caso específico do cuidado com as crianças, pois a realização de extrações dentárias pode ter impactos psicológicos, já que se trata de um procedimento invasivo somado ao fato de muitas vezes aquele ser o seu primeiro contato com a clínica odontológica.

Quando o dentista opta pela realização de curativo dental (procedimento realizado para selar a cavidade dental e assim prevenir o aumento da cárie e evitar a dor), fica a incógnita da volta da dor dental, o que acontece na maioria dos casos, pois o curativo é um procedimento temporário e necessita sua substituição pela restauração definitiva, procedimento esse que necessita de condições mínimas de infraestrutura para sua realização. Em alguns casos, é realizada a restauração utilizando a técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART), porém existem contraindicações em alguns tipos de lesões de cárie.

No campo da periodontia, que é a ciência que cuida da gengiva e das estruturas que suportam os dentes, são realizados apenas os serviços de raspagem para remoção de tártaros superficiais, não sendo possível a realização

de tratamentos que necessitem de utilização de equipamentos, como a profilaxia, procedimento de higienização bucal simples, mas que apresenta grande poder de prevenção de doenças bucais.

Este panorama demonstra que apesar da implementação da ESFR para o atendimento em saúde das populações ribeirinhas, ainda se tem grandes desafios para a concretização da prevenção e promoção da saúde bucal e principalmente para um atendimento adequado aos pressupostos do acesso, equidade e integralidade.

Discussão

No cenário atual é possível perceber que existe um longo caminho a ser percorrido para a garantia do direito à saúde das populações ribeirinhas dentro do SUS, mas dentre os instrumentos de concretização deste direito, a educação em saúde é considerada como uma importante estratégia de promoção em saúde, pois induz à mudança de comportamento relativo à saúde em caráter individual e coletivo, sendo capaz de criar vínculos e elevar o nível de saúde da população (REIS *et al.*, 2010). Nesse contexto, a educação de saúde é uma forma importante e indispensável de disseminação do saber e para a propagação da existência dos métodos alternativos de higienização bucal através de palestras e oficinas.

Em relação ao acesso, apesar do financiamento diferenciado para atender as populações ribeirinhas através das ESFR, a acessibilidade aos serviços de saúde ainda é um óbice, pois essas populações demandam um modelo de atenção em saúde que atendam às suas especificidades. Para isso, se faz necessário criar mecanismos de garantia ao acesso, respondendo às necessidades de saúde através do investimento para que se tenha um ambiente de trabalho bom e seguro com equipamentos e suprimentos necessários (PESSOA *et al.*, 2018).

Segundo Brasil *et al.* (2016), um dos principais problemas no processo de trabalho dentro da ESF está relacionado com a falta de infraestrutura adequada nas Unidades de Saúde, e assim a escassez de materiais e equipamentos, medicamentos e insumos, interfere na oferta de determinados serviços, principalmente nas localidades mais distantes e de difícil acesso.

O difícil acesso aos serviços de saúde bucal por ribeirinhos, predispõe essa população ao tratamento não conservador através das extrações dentárias.

Em pesquisa realizada por Choen-Carneiro *et al.* (2009) em população ribeirinha, foi observado que a maior parte da população estudada referiu nunca ter buscado atendimento odontológico preventivo e conservador. Isso pode ser devido ao fato de a extração dentária ser considerada uma resolução definitiva para a dor de dente, que é uma condição de grande impacto para saúde bucal e interfere na rotina de vida ribeirinha. A dor dental relacionada com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, faz com que essas populações tenham que lidar com o problema através de recursos próprios, levando a automedicação e cuidados caseiros. Sendo assim, o tratamento restaurador é realizado de forma excepcional e orientações quanto à prevenção de doenças e higiene bucal são realizadas com pouca frequência e direcionadas principalmente aos jovens.

Ressalta-se que a extração de dentes precocemente, tem como seu fator determinante a presença de cárie dentária. Sabe-se que a cárie é uma doença multifatorial relacionada diretamente com a resistência do hospedeiro, dieta, microbiotas presentes na boca e o tempo. Sua prevalência vem apresentando declínio, porém, nas populações menos favorecidas na área social e econômica, a cárie dentária apresenta maior nível de distribuição, seja por falta de informação da população sobre os cuidados com a higiene bucal ou por falta do acesso ao tratamento odontológico. Em estudo epidemiológico realizado em uma comunidade ribeirinha para analisar a condição de cárie dentária, foi observado que o índice de cárie dentária se apresentava elevado em todas as faixas etárias estudadas. O autor destacou a importância da implementação de intervenções educativas preventivas e curativas voltadas para a população ribeirinha (SILVA *et al.*, 2008).

Neste sentido, em busca da integralidade do acesso dos serviços de saúde na odontologia, é possível adotar algumas estratégias para minimizar essa barreira, o que pode levar ao avanço da prática de prevenção, promoção e proteção da saúde bucal. A exemplo disso podemos citar o estudo de relato de experiência realizado por Ferreira *et al.* (2019), onde relata o atendimento de idosos residentes em zona rural, através da utilização de consultório odontológico portátil, um equipamento que busca unir tecnologia e fácil locomoção, que apresenta como principais características sua flexibilidade, leveza e facilidade de instalação. O autor afirma que:

O uso do consultório odontológico portátil pelo cirurgião dentista por sua vez, permitiu a promoção de saúde bucal aos pacientes idosos residentes em zona rural de difícil acesso, e abrangeu ações significativas na melhora de saúde bucal e conseqüentemente da saúde geral o que se faz de suma importância, visto que cada vez mais notam-se evidências da inter-relação entre as doenças bucais com as doenças sistêmicas, além de permitir ações de promoção e prevenção de saúde significativas, como a ampliação do acesso às ações de manutenção de saúde bucal dos pacientes assistidos (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 31646).

Neste mesmo estudo, foi possível constatar a promoção do vínculo através do caráter facilitador do acesso à assistência odontológica, gerando assim um alto grau de satisfação dos pacientes atendidos em relação aos aspectos relacionados ao cuidado. Com a utilização desse equipamento é possível a realização de procedimentos restauradores, profilaxia, cirurgia oral menor (exodontias), ajustes protéticos, entre outros. Sendo assim, grande parte dos procedimentos clínicos de competência da ESB no âmbito da APS seriam contemplados com a utilização do consultório odontológico portátil, permitindo a prevenção e o tratamento da cárie e a doença periodontal que são as principais doenças relacionadas à saúde bucal.

A literatura é vasta ao afirmar que através do controle do biofilme (principal fator etiológico das doenças bucais evitáveis), realizado com a utilização da escova dental e do fio dental, pode-se diminuir consideravelmente os índices de cárie dental e da doença periodontal. Porém, sabendo do elevado custo da escova dental e do fio dental, os métodos convencionais podem se tornar inacessíveis em países subdesenvolvidos como o Brasil, onde grande parte da população tem baixas condições socioeconômicas, fato esse condizente com a realidade das populações ribeirinhas (GAMA *et al.*, 2018; BORGHI *et al.*, 2005).

Diante disso, diversos estudos descrevem métodos alternativos de higienização bucal para o controle do biofilme através da escova dental alternativa e do fio dental alternativo. A matéria prima para a confecção da escova dental alternativa pode ser facilmente encontrada (bucha plástica, bucha vegetal, palito de picolé, bucha de coco, bambu e buriti). Para a substituição do fio dental, é possível encontrar na literatura a utilização do fio de rafia e fio confeccionados a partir de tiras de saco plástico (PINHEIRO; TUMA, 2016; LEITE, 2012; EMMI *et al.*, 2011; BORGHI *et al.*, 2005).

Ainda podemos mencionar estudos realizados para avaliar a eficácia na remoção do biofilme dental através da escova alternativa e nas regiões interproximais (entre os dentes) com o fio dental alternativo. Esses estudos, demonstraram que os métodos alternativos são tão eficazes quanto os métodos convencionais mostrando-se como uma alternativa opcional e mais econômica para a prevenção da cárie e doença periodontal (PINHEIRO; TUMA, 2016; EMMI *et al.*, 2011).

Considerações Finais

Existem inúmeras propostas inovadoras que buscam evitar a perda precoce de dentes através de procedimentos preventivos e curativos. Neste estudo, queremos citar a importância da utilização de consultórios odontológicos portáteis pela ESB, com o intuito de garantir às comunidades ribeirinhas o acesso aos serviços odontológicos e não menos importante, a qualidade desses serviços.

Deste modo, fica clara a importância de métodos alternativos de higienização bucal para a prevenção da cárie e da doença periodontal que podem ser facilmente informados e orientados a essa população por meio de estratégias de educação em saúde pautadas em oficinas de confecção dos instrumentos alternativos para que possam ser incorporados, caso necessário, às rotinas de higienização bucal.

Referências

- BORGHI, W.; MOIMAZ, S.; SALIBA, N. Métodos Alternativos para higienização bucal e terapêutica odontológica. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde (UNIP)*, 23, 309–314, 2005.
- BRASIL, G. D. B.; NOGUEIRA, L. M. V.; RODRIGUES, I. L. A.; SANTOS, D. K. A. dos. Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária em saúde. *Saúde (Santa Maria)*, v. 42, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583417186>
- BRASIL. Presidência da República. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010**. Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2191_03_08_2010.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Diário Oficial da União, 2014.

- Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Ministério da Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/uploads/Livro-MS-Saude-e-Ambiente-Marmo-e-Wilson.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeam.def>
- COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; PONTES, D. G.; SALINO, A. V.; REBELO, M. A. B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: Estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1827–1838, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800019>
- EMMI, D.; BARROSO, R.; ODA, M.; SILVA, C.; BANDEIRA, A.; BATIROLA, E. Análise da eficácia de métodos alternativos de higiene bucal. **Rev. ABO Nac.**, n. 6, p. 345–349, 2011.
- FERREIRA, M. D.; BORDIN, D.; GRDEN, C. R. B.; CABRAL, L. P. A. Atenção Multiprofissional e o uso do Consultório Odontológico Portátil na Assistência Domiciliar ao paciente Idoso. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 12, p. 31642–31652, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n12-253>
- FIGUEIRA, M. C.S.; SILVA, W. P. da; SILVA, E. M. Integrative literature review: Access to primary healthcare services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.3, p. 1178–1188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>
- GAMA, A. S. M.; FERNANDES, T. G.; PARENTE, R. C. P.; SECOLI, S. R. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817>
- KAFER, M. C. **Avaliação dos efeitos da implantação do Programa Equipe de Saúde da Família Ribeirinha na Amazônia Legal**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília, 2016.
- LEITE, A. Avaliação da Eficácia da Escova Ecológica e do Juá no Controle de Biofilme Dentário em Crianças. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 3, p. 337–343, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2012.123.06>
- MARTINS, A. C.; SCHLOSSER, A. R.; ARRUDA, R. A.; KLEIN, W. W.; ANDRADE, B. W. B.; LABAT, A. L. B.; SOUZA, M. N.; SILVA-NUNES, M. Ensino médico e extensão em áreas Ribeirinhas da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 566–572, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400012>
- MONNERAT, A. F. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? **Rev. bras. odontol.**, v. 70, n. 1, 2013.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 302–314, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>
- PINHEIRO, C. L.; TUMA, C. E. S. N. Escova alternativa confeccionada com fibra de Buriti. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, p. 28–35, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i2.13184>
- QUEIROZ, M. S.; SOARES, A. P. A.; NETO, A. G. T. Comunidades rurais ribeirinhas e as águas do rio Solimões no município de Iranduba – Amazonas. **Revista Brasileira do Meio Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 108–119, 2018.
- REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B.; JESUS, M. C. P.; MORAES, M. E. L.; SOARES, M. G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269–276, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100032>
- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: Dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
- SCHWEICKARDT, J. C.; SOUSA, R. T. L.; SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M.; ALVES, V. P. Território na Atenção Básica: Abordagem da Amazônia equidistante. In: **In-formes da atenção básica: Aprendizados de intensidade por círculos em rede** (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde), Editora Rede UNIDA, v. 1, 1. ed., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9788566659580>
- SILVA, L. B.; RODRIGUES, I. L. A.; NOGUEIRA, L. M. V.; SILVA, I. F. S.; SANTOS, F. V. Knowledge of primary health care professionals on health policies for the riverside population. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, e20190080, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0080>
- SILVA, R. H. A. da; CASTRO, R. F. M. de; BASTOS, J. R. M.; CAMARGO, L. M. A. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suppl 1, p. 1475–1480, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700059>
- SILVA, R. H. A.; CASTRO, R. F. M.; CUNHA, D. C. S.; ALMEIDA, C. T.; BASTOS, J. R. M.; CAMARGO, L. M. A. Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2347–2353, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000015>



Práticas tradicionais de saúde entre indígenas Kokama antes e durante a pandemia da Covid-19

Hulda Graça Amorim
Katty Anne De Souza Nunes
Perpétua Pereira Cerqueira
Ana Beatriz Aguiar De Lima

Atenção básica e a saúde indígena

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria N° 648, de 28 de março de 2006; nela, a atenção básica é definida como: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2008, p.6).

A atenção básica ou primária é o atendimento inicial feito aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse primeiro contato se tem várias ações, pelas quais se faz a promoção da saúde e prevenção de doenças: atendimento médico ambulatorial, assistência odontológica, diagnóstico preliminar de doenças, tratamentos terapêuticos para reabilitação, distribuição e administração de medicamentos, aplicação de vacinas, acompanhamentos de rotina e encaminhamento de pacientes para atenção secundária em casos que necessitem de atenção especializada; também se referenciam para outros atendimentos terciários os casos mais agravados.

Como parte desse processo, uma equipe multiprofissional é responsável pela realização das ações: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, bem como os agentes comunitários de saúde. A assistência prestada por esses profissionais ocorre de forma domiciliar, mas especialmente a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são consideradas pela população como principais vias de acesso aos serviços públicos de saúde. Em face disso, presume-se que as UBSs deveriam estar localizadas bem próximas das pessoas, atuando em consonância com suas características socioculturais locais. Dessa forma, a atenção básica se torna porta de entrada dos usuários do SUS, de acordo com seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. E por isso, deve atender

a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de características sociais ou pessoais, como cita a Lei n. 8080, de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Para que se cumpram esses princípios, algumas iniciativas fazem parte da atenção básica, são elas: Estratégia de Saúde da Família – principal estratégia de organização da atenção básica – Programa Melhor em Casa, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Consultórios de Rua e Programa Brasil Sorridente.

Em se tratando da realidade indígena, “Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações” (BRASIL, 2002, p.14).

Segundo o IBGE (2021), Santo Antônio do Içá, município no qual se encontra a comunidade indígena São José, objeto desse relato, tem uma população estimada em 21.243 habitantes, conta com cinco estabelecimentos de saúde. E essa comunidade possui uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) que foi criada para atender os indígenas dos povos Kaixana, Kokama e Ticuna, muito presentes na região do Alto Solimões no Amazonas.

Vale destacar que o município citado é marcado pelos altos índices de vulnerabilidade e de desigualdade social, como outros também dessa região, “sendo caracterizados pela fragilidade da presença de instituições públicas que permitem a resolução de problemas comuns à população” (IPEA, 2015 *apud* CORTÉS; REIS; RAPOZO, 2020, n.p 2).

Cabe informar que a assistência básica em saúde às populações residentes nos territórios reconhecidos como indígenas é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), mediante a atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Povo Kokama: costumes e tradições

Ao falarmos dos povos originários devemos levar em consideração sua diversidade, embora “A imagem do índio que é normalmente vinculada ao senso comum escolar brasileiro contém um conjunto restrito de características [...]” (GARNELO, 2003, p. 12).

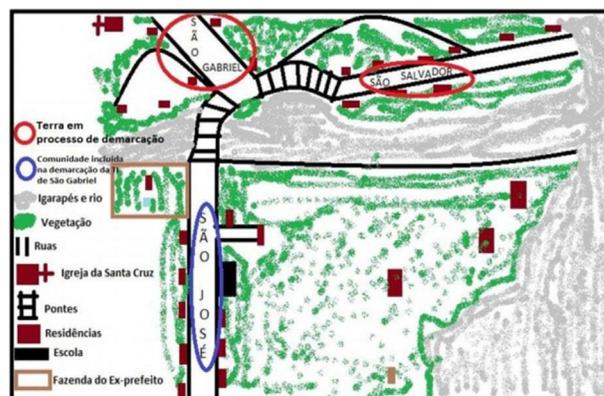
No início do século XX, os indígenas Kokama começaram a migrar do Peru para o Brasil e se estabeleceram por muito tempo na tríplice Brasil/Peru/Colômbia – em especial nas regiões do Alto e Médio Rio Solimões –, e depois se deslocaram para outras partes do Amazonas.

Os Kokama têm se organizado de forma a manter viva sua cultura e tradição. Prova disso é a existência da Organização Geral das Comunidades e Cacique do Povo Kokama – Alto Solimões, a criação da Associação dos Índios Kokama Residentes no Município de Manaus (Akim), a criação da Rede Jovens Indígenas Comunicadores do Alto Rio Solimões – REJICARS, a existência do Instituto Americano de Povos Indígenas para Desenvolvimento e Sustentabilidade – IAPS e o trabalho em torno do processo de fortalecimento da sua língua.

Um dos grandes ganhos é citado por Viegas (2014, p. 23) “Um dos resultados da busca pelo fortalecimento da língua Kokama foi a inclusão do ensino dessa língua no currículo do Curso de licenciatura para professores indígenas do Alto Solimões no ano de 2006”. A questão do uso da língua Kokama acontece como uma forma de reafirmação étnica, uma luta para fortalecer a identidade coletiva desse povo.

Igualmente a outros povos indígenas, os Kokama têm enfrentado dificuldades, seja pela apropriação de suas terras, com a instalação de madeiras e mineradoras, seja por outras formas de explorações. Dessa forma, na busca de outras maneiras de sobreviver, o número de famílias Kokama em Manaus vem crescendo, em especial na Comunidade Nova Esperança Kokama e no bairro Parque das Tribos, primeiro bairro indígena na cidade de Manaus.

Como já dito, nesse relato, nos ateremos aos Kokama que moram na comunidade indígena São José.

Figura 1: Croqui de localização da Comunidade São José.

Fonte: Deyse Silva Rubim, 2014.

O povo Kokama mantém vivas suas tradições, como por exemplo, as de ritual de passagem: batizados, a passagem dos meninos para fase adulta, aniversários e dia dos mortos, praticados inclusive em Manaus (RUBIM, 2018).

Muito já se ouviu falar sobre o modo de vida dos povos originários, destacando sua organização colaborativa, Viegas (2014, p. 31) enfatiza essa afirmação:

(...) ações colaborativas são muito comuns entre diversas comunidades indígenas, principalmente no que tange à alimentação, ao plantio, à construção de casas, às festas, à cura, em que muitas relações se dão por meio da troca. Entre os Kokama existe o *wajuri* (*huayuri*), em espanhol *minga* e em quéchua *minka*, que se refere ao trabalho comunitário e solidário. (grifo nosso)

Outro aspecto interessante é a guarda e transmissão das narrativas e rituais, por meio da memória de seus idosos que costumam receber os mais jovens em suas casas para aconselhar, ensinar as tradições e rituais religiosos de sua etnia. Eles também têm lugar de destaque nas festas e encontros sociais, onde compartilham as histórias dos seus antepassados e saberes tradicionais. Os indígenas consideram esse ato muito importante, já que a cultura da oralidade é predominante entre eles, e são passadas de geração em geração.

Mesmo que o cacique seja o líder superior nas comunidades, ele não decide nada só, tudo é decidido de forma coletiva. Nessa comunidade existe a

casa de reunião, local dedicado para encontros onde são tratados os assuntos de interesse da comunidade indígena. O cacique Miquéias Kokama, líder atuante na comunidade indígena Kokama do Parque das Tribos em Manaus, AM, explica que em uma reunião Kokama as lideranças se reúnem para discutir os temas de interesse dos indígenas, ouvem os anciãos e o cacique. Ela é iniciada pelo cacique que também a conclui com o seu parecer final a respeito das decisões, dizendo se concorda ou não. A função de cacique normalmente é passada de pai para filho, porém um novo cacique antes de assumi-la passa pelo ritual da pajelança e outros rituais que o preparam para o cargo. Com isso, ele é reconhecido como herdeiro do cacique anterior, recebendo o cocar para que tenha poder espiritual e político na comunidade indígena.

Práticas tradicionais de saúde indígena – recursos terapêuticos

Desde muito tempo os povos indígenas têm se utilizado de recursos naturais para curar suas enfermidades. São práticas provenientes da sabedoria popular dos mais idosos e líderes como: os caciques, curandeiros e pajés, cada um deles tem uma representatividade social e espiritual, a saber: os caciques são os líderes políticos da tribo, responsáveis por coordenar as tomadas de decisões, estabelecer regras de convivência social e captar recursos, serviços e benefícios essenciais ao seu povo; os curandeiros tem a função de prover cura física e espiritual para a população a partir do uso de remédios da floresta e rezas; e os pajés são sacerdotes responsáveis pelos rituais espirituais, possuem poderes sobrenaturais, capazes de entrar em contato com as entidades protetoras da tribo, realizar curas milagrosas e prever acontecimentos.

Para Santos (2000), o pensamento indígena sobre saúde engloba não só os aspectos físicos, mas também os espirituais e assim unem as técnicas de uso das plantas com os rituais, além dos hábitos e costumes, entendendo que seu estado de saúde influencia a capacidade de trabalho dos indivíduos.

Alguns recursos mais comuns envolvem: chás e infusões de plantas da floresta, defumações, xaropes e as chamadas “garrafadas”, que Passos (2018) define como, produtos complexos que, geralmente, combinam plantas medicinais

e bebidas alcoólicas, essas preparações são utilizadas com as mais diversas finalidades terapêuticas.

No entanto, os recursos terapêuticos naturais ainda são contestados pela sociedade científica como carecendo de validação: “No Brasil, as plantas medicinais da flora nativa são consumidas com pouca ou nenhuma comprovação de suas propriedades farmacológicas, propagadas por usuários ou comerciantes” (VEIGA JUNIOR; PINTO; MACIEL, 2005, p. 519).

Em se tratando da medicina tradicional Kokama da tríplice fronteira, o ritual da Ayahuasca é muito comum e validado pelos “médicos tradicionais”: *parteiras* que são as mulheres conhecidas por atuarem nas comunidades, auxiliando outras mulheres grávidas nas diversas fases da sua gestação, benzedores, curandeiros e rezadores que embora tenham nomes diferentes desempenham a mesma função, trazendo o dom de usar as práticas tradicionais de cuidado, para curar males do corpo e da alma (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

Pandemia da Covid-19 e vulnerabilidade dos indígenas Kokama

Em meados do início de 2020 houve o rápido deslocamento do vírus SARS-Cov-2 para o Brasil, a doença do coronavírus (Covid-19), até então, definida como uma doença infecciosa causada por um coronavírus recém-descoberto. As pessoas que adoecem em decorrência da Covid-19 apresentam sintomas como: febre, tosse seca, cansaço, perda de olfato e paladar, entre outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o momento da elaboração deste relato, não havia um remédio específico para tratar a doença, no entanto, é de comum acordo entre as autoridades sanitárias que as melhores alternativas para o enfrentamento desta pandemia é a aplicação dos protocolos de higiene e segurança (uso de máscara, higienização das mãos, isolamento, distanciamento social e não aglomeração), uma vez que, a transmissão do vírus acontece de pessoa para pessoa, por meio de aperto de mão, espirro, gotículas de saliva, contato com objetos ou superfícies contaminadas (ONU NEWS, 2020).

É sabido que indígenas e não indígenas estão suscetíveis aos vírus como o novo coronavírus, por exemplo. Entretanto, várias pesquisas apontam que os povos indígenas são ainda mais vulneráveis às epidemias, devido às condições

econômicas, sociais e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela falta do serviço ou pela questão geográfica, o que resulta em uma rápida propagação de qualquer doença, e a difícil contenção nessas comunidades, em se tratando da Covid-19 não foi diferente.

O primeiro caso oficial entre indígenas identificado no Amazonas se deu justamente em uma indígena Kokama, como confirmado pela Sesai, já que, no dia 31 de março de 2020, confirmou-se a infecção de uma Agente Indígena de Saúde (AIS) da comunidade indígena São José, no município de Santo Antônio do Itá. Assim como foi confirmado pela Fundação de Vigilância em Saúde – FVS, no dia 01/04/2020.

Quando souberam da disseminação do vírus, as lideranças indígenas, juntamente com a equipe multiprofissional de saúde, logo se organizaram para inibir a chegada da doença em seus territórios, e portanto reforçaram o isolamento – inclusive, se tem notícias de moradores que puseram placas e montaram barreira para impedir a entrada de visitantes – identificaram os casos suspeitos precocemente, articularam-se com lideranças, organizações indígenas e conselheiros de saúde indígena para implementação das ações de controle e vigilância.

Apesar das medidas preventivas, os indígenas não puderam ficar isolados da urbanização; assim, de alguma forma também estiveram expostos ao vírus. Havia a necessidade de deslocamento das aldeias para a cidade, a fim de comprarem mantimentos, receberem auxílios e benefícios nas agências bancárias (bolsa família, aposentadorias, auxílio emergencial etc.).

Embora todo esforço tenha sido realizado para se ter o mínimo contato com pessoas não indígenas, os profissionais de saúde necessitavam adentrar nas comunidades para prestar serviço assistencial e foi em uma dessas entradas que ocorreu o primeiro caso de infecção por Covid-19 entre os Kokama.

Vale ressaltar que, alguns fatores culturais colaboraram para a rápida propagação, como as moradias, que muitas vezes são compartilhadas com grande número de pessoas, o convívio domiciliar e compartilhamento de utensílios e objetos de uso pessoal.

Práticas de saúde dos indígenas Kokama no combate ao Covid-19

Sabe-se da grande mobilização dos indígenas no combate à pandemia da Covid-19. Neste item, apresenta-se um recorte de como esse processo se deu

entre os Kokama da comunidade indígena São José. Realizaram-se entrevistas de forma semiestruturada com uma série de perguntas formuladas pelas autoras, e foi escolhido esse modelo pela possibilidade de os entrevistados falarem sobre o tema proposto de forma mais livre.

Como entrevistados tivemos dois representantes da etnia Kokama frente à situação: uma moradora em trânsito entre Manaus e a comunidade São José-Santo Antônio do Içá — uma distância de cerca de 880 km com acesso por via fluvial — e o cacique Miqueias Kokama, líder Kokama do Parque das Tribos em Manaus. Por conta do distanciamento social, as perguntas foram enviadas pelo aplicativo WhatsApp e posteriormente transcritas, como segue a narrativa:

Segundo a entrevistada, atualmente existem Kokamas que moram em áreas urbanizadas, como em Manaus, e outros em aldeias próximas à sede do município de Santo Antônio do Içá, e ainda alguns que moram distantes da sede, no meio da floresta – aonde só se chega com duas horas de caminhada. Já em Manaus e entorno existem oito comunidades Kokama, algumas famílias moram em bairros, mas geralmente pertencem a alguma comunidade indígena.

Com o início de transmissão da Covid-19 entre os Kokama, ela relatou que no primeiro momento todos foram isolados e contribuíram de forma significativa no cuidado dos infectados, dividindo tarefas, um ou dois cuidando dos doentes enquanto outros saíam em busca de recursos para enfrentamento da situação. Já o pajé tinha a responsabilidade pela prevenção e promoção da saúde a partir do uso de plantas medicinais e da defumação nas casas e quintais.

Com relação à mudança nas práticas de saúde, foi informado que os chás medicinais foram mais consumidos, o banho continuou constante, e a defumação se tornou rotineira. Além disso, relatou-se o consumo de muito suco de limão, ayahuasca (uma bebida preparada com duas plantas: o jagube, que é um cipó e com a erva chacrona), o gengibre, o alho e o limão.

Até o momento do relato, não houve nenhuma ação para arrecadar recursos financeiros por meio de editais, foram recebidas doações de alimentos e dinheiro para aquisição de máscaras e álcool em gel, muitas vezes enviados diretamente de Manaus, capital do Amazonas, local sede das associações que representam os povos indígenas, doações essas da própria sociedade civil. Segundo o 13º Boletim Aliança Covid Amazonas, a Federação Kokama e povos indígenas do Alto Solimões,

nas ações do início da pandemia, receberam doações de máscaras, oxímetros, termômetros, medidores de pressão, sabonetes e barbeadores, vindas da UNICEF, Gillette (P&G), Lasa, Fundação Amazônia Sustentável – FAS, União Amazonas, além da sociedade civil (FUNDAÇÃO AMAZONAS SUSTENTÁVEL, 2020). Projetos, como o “Salvando Vidas Indígenas”, liderado pelo segundo entrevistado, também tiveram um papel fundamental. Por meio desse projeto, firmaram parcerias e conseguiram recursos que muito beneficiaram o povo Kokama.

A comunidade conta com a UBS Raimundo Tangoa Soria Filho, tendo uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes indígenas de saúde, todos contratados pelo DSEI, que prestam atendimentos e acompanham os moradores de casa em casa, dando atenção maior aos idosos.

Figura 2: UBS Raimundo Tangoa Soria Filho.



Fonte: Divulgação ARS/AM, 2016.

Na pandemia, os mais velhos tiveram que passar os seus conhecimentos aos mais novos e também aprender como usar máscaras e álcool em gel, o que resultou em um maior cuidado uns com os outros. Por parte da equipe multiprofissional, foram realizadas ações de educação em saúde, como palestras da higienização, prevenção e tratamento do Coronavírus, bem como orientação direta aos parentes dos infectados.

A primeira entrevistada destaca que: “as ações e ajudas não contemplaram todas as comunidades Kokama, pois a logística para acesso a algumas delas é bem complexa”, tal fala valida a situação de vulnerabilidade apontada neste trabalho.

Vale ressaltar que nesse período muito crítico, várias perdas ocorreram entre os Kokama, inclusive uma perda muito dolorosa: a morte do cacique Messias Kokama, pai do segundo entrevistado, que desde o início da pandemia havia liderado ações de prevenção e combate à Covid-19, bem como recrutado meios para atender as necessidades básicas dos indígenas. Não se sabe ao certo o quantitativo de óbitos, pois os órgãos oficiais de monitoramento divergem nessa contagem, principalmente pelo fato de alguns indígenas não aldeados não serem incluídos na estatística e outros se recusarem ao atendimento médico hospitalar.

Atenção básica aos Kokama durante a pandemia

Os Kokama da comunidade São José não deixaram de ser assistidos também pelos serviços de atenção básica do SUS. Receberam atendimento na UBSI local pela equipe multiprofissional, aliando o tratamento tradicional indígena com os medicamentos farmacêuticos receitados pelos médicos. Segundo o Portal Mongabay (2020):

desde meados de maio, uma equipe multidisciplinar de saúde, formada por indígenas Kokama, visitam as casas de seu povo na região do Alto Solimões para averiguar se alguém apresenta os sintomas de coronavírus. Caso encontrem possíveis infectados, os pajés são avisados.

O que reforça que esses povos merecem uma atenção diferenciada, já que a própria Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002, p. 6) dispõe que ela:

requera adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde –, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. [...] levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Percebeu-se nesse momento a importância da união dos saberes científicos e da medicina tradicional indígena na promoção da atenção básica em saúde indígena, pois por meio da pesquisa e entrevista, observou-se que mesmo sendo atendido pelo modelo “ocidental” de saúde, os indígenas alinharam ao tratamento médico a sua prática tradicional, a qual eles levam a sério e demonstrou-se eficaz no tratamento e recuperação dos doentes.

Considerações Finais

Como vimos, não diferente de outros locais, a Covid-19 também afetou os Kokama, o que os levou a utilizar todas as medidas cabíveis de prevenção e cuidado, inclusive as soluções terapêuticas provenientes da floresta que, pela experiência, se demonstraram eficazes para amenizar o impacto da pandemia.

Esse acontecimento mostrou o papel que os fitoterápicos naturais desempenham nos tratamentos das moléstias de epidemias e pandemias. Porém, enquanto as confirmações científicas da sua eficácia não ocorrem, alguns resultados preliminares indicam a possibilidade de uma parceria promissora entre os tratamentos farmacêuticos e os recursos terapêuticos da sabedoria popular indígena.

Pesquisadores apontam a necessidade de a comunidade científica se debruçar sobre os recursos naturais da floresta como uma possível resposta a diversos males de saúde, incluindo os coronavírus. Outro fator que ganhou visibilidade com a pandemia, é a necessidade do fortalecimento das ações de atenção básica nas comunidades indígenas, trabalhando com as lideranças, assim como respeitando as suas diferenças étnicas como propõe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Para finalizar esse trabalho, divulga-se o livro *Pandemia e Território*, que pode ser acessado no site do Projeto *Nova Cartografia Social da Amazônia*, de forma on-line e gratuita, nesse livro são registradas várias histórias de mais de cem quilombolas e indígenas vítimas da doença.

Referências

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

BRASIL. **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. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **DSEI Alto Rio Solimões recebe Unidade Básica de Saúde Indígena.** 2016. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/sesai_noticias/dsei-alto-rio-solimoes-recebe-ubs-indigena.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** 2. ed. rev. Ministério da Saúde, 2008.

CORTÉS, J. C.; REIS, R.; RAPOZO, P. **Nota Técnica.** Perfil Indígena dos Municípios do Alto Solimões – AM/Brasil e dos Departamentos da Amazônia Colombiana. 2020. Disponível em: <https://amazonia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PERFIL-IND%C3%8DGENA-TR%C3%8DPLICE-FRONTIERA.pdf>

FUNDAÇÃO AMAZONAS SUSTENTÁVEL (FAS). **Boletim Aliança Covid Amazonas.** 13 ed, 2020. Disponível em: <https://fas-amazonia.org/>

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.** Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Santo Antônio do Içá.** 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/santo-antonio-do-ica/panorama>.

MANAUS/AM/Brasil. **América Crítica**, v. 1, n. 2, p. 67-94. Disponível em: <https://doi.org/10.13125/americacritica/2997>

ONU NEWS. OMS: perguntas e respostas sobre o coronavírus. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/01/1702002>

PASSOS, M. M. B., ALBINO, R. C., SILVA, M. F., OLIVEIRA, D. R. A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária. **Saúde debate.** v. 42, n. 116, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811620>

Portal Mongabay (2020, julho 30). Povo Kokama troca hospitais por rituais com ayahuasca para curar indígenas do coronavírus. <https://brasil.mongabay.com/2020/07/povo-kokama-troca-hospitais-por-rituais-com-ayahuasca-para-curar-indigenas-do-coronavirus/>

RUBIM, A. Professores indígenas e processos de territorialização na cidade de Manaus/AM/Brasil. **América Crítica**, v. 1, n. 2, p. 67-94, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.13125/americacritica/2997>

RUBIM, D. S. **Traçando Novos Caminhos: ressignificação dos Kokama em Santo Antônio do Içá, Alto Solimões – AM.** Universidade Federal do Amazonas – UFAM. [Dissertação de mestrado], 2017. Disponível em: <https://ojs.unica.it/index.php/cisap/article/view/2997/pdf>

SANTOS, F. S. D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** 6 (suplemento), 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-5970200000500009>

SCHWEICKARDT, J.C. et al. (org.). **Parteiras Tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde.** Editora Rede Unida. v. 11, 1. ed., E-book (PDF; 12 Mb), 2020. Disponível

em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-PARTEIRAS-TRADICIONAIS-conhecimentos-compartilhados-praticas-e-cuidado-em-saude.pdf>

VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, V. F.; MACIEL, M. A. M. Plantas Medicinais: cura segura? **Química Nova**, v. 28, n. 3, p. 519-528, 2005. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0100-40422005000300026>

VEIGAS, C. W. **Línguas em rede: para o fortalecimento da língua e da cultura Kokama.** [Tese de doutorado]. Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17521>



Estudo epidemiológico da Covid-19 em um hospital de referência no interior do Amazonas

Cristianne Benevides Mota
Renata Ferreira Santos

Introdução

O coronavírus é uma doença infecciosa causada por um novo vírus chamado Covid-19. Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa (CAVALCANTE, 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos (GUAN *et al.*, 2020).

Uma semana depois, em sete de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estão por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoV) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e, o mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença Covid-19 (HUANG *et al.*, 2020).

A OMS tem trabalhado com autoridades chinesas e especialistas globais desde o dia em que foi informada, para aprender mais sobre o vírus, como ele afeta as pessoas que estão doentes, como podem ser tratadas e o que os países podem fazer para responder (JAPPE *et al.*, 2020).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2020) tem prestado apoio técnico aos países das Américas e recomendado manter o sistema de vigilância alerta, preparado para detectar, isolar e cuidar precocemente de pacientes infectados com o novo coronavírus.

Desde 2005, o Sistema Único de Saúde (SUS) está aprimorando suas capacidades de responder às emergências por síndromes respiratórias, dispondo de planos, protocolos, procedimentos e guias para identificação, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública (FIOCRUZ, 2020).

A OMS declarou a Covid-19 como uma pandemia em 11 de março de 2020. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de Covid-19 em vários países e regiões do mundo (WHO, 2020c).

As pessoas podem adquirir a Covid-19 através de outras pessoas que tenham o vírus. A doença pode ser transmitida, principalmente, de pessoa para pessoa por meio de gotículas do nariz ou da boca que se espalham quando uma pessoa infectada com Covid-19 tosse, espirra e/ou fala. Essas gotículas são relativamente pesadas, não viajam longe e caem rapidamente no chão. As pessoas podem adquirir a Covid-19 se respirarem essas gotículas de uma pessoa infectada pelo vírus. Por este motivo, é importante ficar pelo menos a 1 metro de distância dos outros, também é possível pegar de pessoas que estejam com o vírus, mas aparentemente não estejam doentes, estes casos são considerados “assintomáticos” (BRASIL, 2020a).

As gotículas também podem repousar em objetos e superfícies ao redor das pessoas: como mesas, maçanetas, celulares, sacolas plásticas, lençóis de cama, veículos, corrimãos ou em qualquer superfície propícia para tal. As pessoas podem adquirir a Covid-19 quando tocam nesses objetos ou superfícies com as mãos ou outra parte do corpo e, em seguida, tocam os olhos, nariz ou boca. Daí a importância da lavagem das mãos regularmente com água e sabão ou limpá-las com álcool em gel, sendo as melhores formas de prevenção. Conforme o Ministério da Saúde (MS), para prevenir contra a Covid-19 se faz necessário também: não compartilhamento de utensílios pessoais como talheres, toalhas e travesseiro; se caso faça parte da população vulnerável, imunizar todos os anos contra o vírus da gripe e; manter hábitos saudáveis para melhorar a defesa imunológica (BRASIL, 2020a).

Atualmente, a vacina é a melhor solução para prevenção da infecção por Covid-19, mas até não ter a conclusão das doses para a imunização, a população precisa continuar evitando a exposição ao vírus (BRASIL, 2020b). O tempo entre a exposição à Covid-19 e o momento em que os sintomas começam (período de incubação) é geralmente de cinco a seis dias, mas pode variar de 1 a 14 dias (BRASIL, 2020c).

Diante da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por doença respiratória, causada pela Covid-19 e considerando as recomendações da OMS, as equipes de vigilância dos estados e municípios, bem como quaisquer serviços de saúde, devem ficar alertas aos casos de pessoas com sintomatologia respiratória (CAETANO *et al.*, 2020).

O diagnóstico diferencial do profissional da saúde é muito importante, as características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros casos suspeitos são de grande importância conforme o MS (OMS, 2020a).

Seguem abaixo sinais e sintomas que apresentam casos suspeitos para a Covid-19:

Caso Suspeito Situação 1: Febre e pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; Situação 2: Febre e pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de contato próximo de caso suspeito para o coronavírus (Covid-19), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; Situação 3: Febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E contato próximo de caso confirmado de coronavírus (Covid-19) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas. Entende-se como contato próximo uma pessoa envolvida em qualquer uma das seguintes situações: 1) Estar a dois metros de um paciente com suspeita de caso por Covid-19, dentro da mesma sala ou área de atendimento (ou aeronaves ou outros meios de transporte), por um período prolongado,

sem uso de equipamento de proteção individual; 2) Cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver em uso do EPI recomendado (BRASIL, 2020d).

O diagnóstico laboratorial para identificação da Covid-19 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral ou teste rápido para Covid-19 (ANVISA, 2020a).

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Covid-19. No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento em saúde, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita de Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de Influenza (BRASIL, 2020b).

Os pacientes em sua totalidade que receberem alta durante os primeiros sete dias do início do quadro (qualquer sintoma independente de febre), devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afébrils), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia. Casos suspeitos ou confirmados para a Covid-19 que não necessitem de hospitalização e o serviço de saúde opte pelo isolamento domiciliar, o médico poderá solicitar RX de tórax, hemograma e provas bioquímicas antes de serem dispensados para o domicílio a depender da avaliação clínica do paciente (BRASIL, 2020c).

Os pacientes confirmados para a Covid-19 deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações e um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados (BRASIL, 2020d).

A presença de qualquer sinal de alerta para possíveis complicações da Covid-19 deverá determinar o retorno aos serviços de saúde e a hospitalização imediata do paciente. Porém, é necessária a avaliação de cada caso, considerando também se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir

as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde responsável pelo atendimento (CUNHA *et al.*, 2020).

Para os pacientes imunocomprometidos, recomenda-se hospitalização e avaliar possibilidade de repetir o PCR (teste molecular) antes da alta hospitalar ou eventual transferência para o quarto de enfermagem sem isolamento, devido à possibilidade de excreção prolongada (BRASIL, 2020b). Pacientes que necessitem de internação prolongada por outras comorbidades, devem também fazer o PCR (teste molecular) regularmente para eventual liberação de isolamento, independente de ausência de febre e sintomas hospitalares.

No Brasil, a pandemia pela Covid-19 iniciou-se no mês de fevereiro de 2020. Dados do MS apontam que no Brasil, até abril de 2020, a Covid-19 matou mais do que a H1N1, dengue e sarampo em todo o ano de 2019 (BRASIL, 2020d). A infecção humana pela Covid-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata (BRASIL, 2020d). A notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas, a partir do conhecimento do caso que se enquadre na definição de suspeito, como determina a Portaria de Consolidação N° 04, anexo V, capítulo I, seção I do MS (BRASIL, 2020d).

De acordo com o MS, com o aumento do número de casos e mortes em território nacional, em abril de 2020, o sistema de saúde de Manaus entrou em colapso, e em seguida o sistema funerário (BWH, 2020).

Nesse mesmo período começou a expandir a pandemia para os municípios do interior do Amazonas, sendo a cidade de Itacoatiara a segunda maior cidade com número de casos e com óbitos, sem unidade de terapia intensiva – UTI e com uma população significativa de idosos apresentando sintomas graves evoluindo muito rápido para o óbito (FVS, 2020).

A cada dia a ciência apresenta estudos sobre a Covid-19 buscando o enfrentamento de um inimigo invisível, que atualmente, já acometeu mais de 15 milhões de pessoas pelo mundo e matando mais de 600 mil pessoas (OPAS, 2020).

No Brasil mais de 10 milhões de pessoas foram infectadas pela Covid-19 e evoluindo para o óbito mais de 254 mil pessoas. No Amazonas, apresentam mais de 316 mil pessoas adoecidas e com mais de 10 mil óbitos. Observa-se a relevância

da busca de estratégias de saúde frente à pandemia, principalmente no interior do Amazonas pelas limitações da estrutura da saúde com a capital em colapso para o tratamento ao Covid-19 (BRASIL, 2021).

Nesse sentido o presente estudo visa investigar o perfil epidemiológico, distribuição sociodemográfico, e se ele influencia na ocorrência e distribuição de saúde, doença e morte, identificando a população mais vulnerável à Covid-19 em um hospital de referência no interior do Amazonas.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, que utilizou dados do Ministério da Saúde da Covid-19 (E-SUS NOTIFICA, SIVEP-GRIPE, HOSPUB e DATASUS). A pesquisa foi realizada entre 20 de março de 2020 a 15 de julho de 2020. A população do estudo foram todos os casos notificados (suspeitos) e confirmados (positivos) através do exame laboratorial de Covid-19. O cenário do estudo foram todos os casos internados no Hospital Regional José Mendes, sendo o hospital de referência no município de Itacoatiara.

As informações foram cedidas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Regional José Mendes. A coleta de dados deu-se através do registro de notificação e observação sistêmica (KAUARK *et al.*, 2010). Tal pesquisa observa, registra, analisa e ordena os dados sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza suas características, causa, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utilizam-se técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e observação, sistema de informação oficial (KAUARK *et al.*, 2010).

Neste capítulo foram analisados 12.429 casos de pacientes que foram atendidos no período de março a julho de 2020 por SG – Síndrome gripal, SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave e Covid-19. Neste mesmo período, totalizou na cidade de Itacoatiara, 14.176 casos, somando com os casos notificados do hospital de campanha José Resk Makllouf. Este hospital de campanha teve seu funcionamento por 46 dias, sendo excluído deste estudo os casos notificados neste local. Portanto, a amostra do estudo foi de 87% sobre o assunto pesquisado.

Foram utilizados os seguintes conjuntos de variáveis: casos suspeitos, confirmados por laboratório (teste rápido para Covid-19 ou RT-PCR (Reação de Cadeia da Polimerase em Tempo Real) considerado padrão ouro para pacientes hospitalizados), hospitalizados, e a mortalidade relacionados à doença, além de variáveis sociodemográficas, bairros, zonas da cidade e comunidades do município de residência que influenciou a curva da doença nessa região. Além disso, foram avaliadas as variáveis sexo, faixa etária e raça dos casos analisados.

A primeira etapa da análise de dados teve como objetivo de calcular o percentual de atendimento de SG (Síndrome Gripal), SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), Covid-19 e hospitalização por Covid-19, taxa de incidência e letalidade, segundo as variáveis que compõe o perfil epidemiológico da doença. Utilizaram-se as ferramentas do tab-win e epi-info para avaliar a associação entre as variáveis.

Em todos os modelos foram incluídas como variáveis de ajustes: sexo, faixa etária, cor/raça, bairro, zona, local de residência, tipo de tratamento, evolução da doença, foram considerados os pesos amostrais e o desenho complexo da mostra. Os dados foram analisados no programa software SPS.

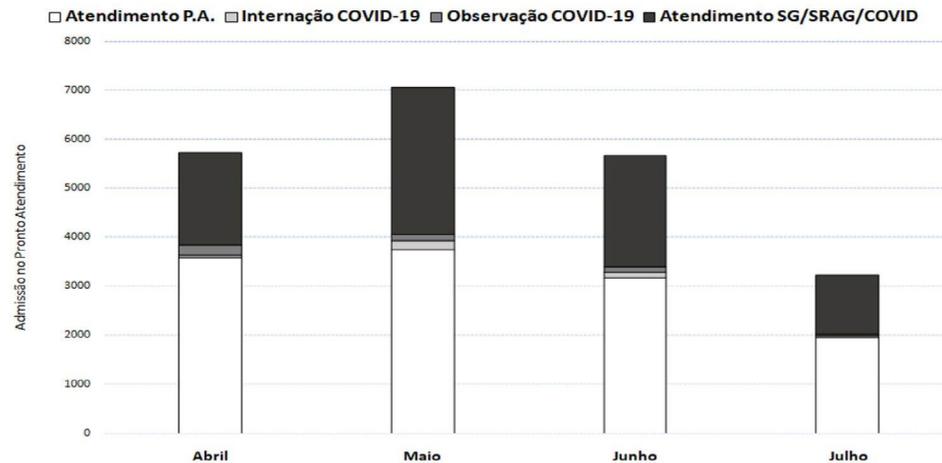
Resultados

O Hospital Regional José Mendes desde o início da pandemia (março/2020) se tornou referência a SG – Síndrome gripal, SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave e Covid-19 para Itacoatiara e aos demais municípios da região do médio Rio Amazonas, registrando n = 12.429 atendimentos no Pronto Atendimento, sendo a prevalência dos atendimentos 67,0% SG/SRAG, sendo 14,0% confirmados para a Covid-19 (Figura 01).

Observamos que os casos confirmados para a Covid-19 apresentaram a curva da evolução da doença na admissão do atendimento, sendo que 5,6% buscaram atendimento por outra comorbidade, mas durante a triagem tiveram que realizar exame laboratorial para acesso ao serviço de saúde e teve o resultado positivo para a Covid-19. Os pacientes sem nenhum sinal e sintoma de adoecimento (assintomáticos) tiveram atendimentos

diferenciados pelo período de transmissibilidade, sendo que 17,6% foram avaliados, mas tratados em residência (casos leves), 40,0% ficaram em observação no Pronto Atendimento (casos moderados), 33,0% foram hospitalizados na clínica rosa pelo agravamento da doença e 3,8% evoluíram ao óbito (Figura 01).

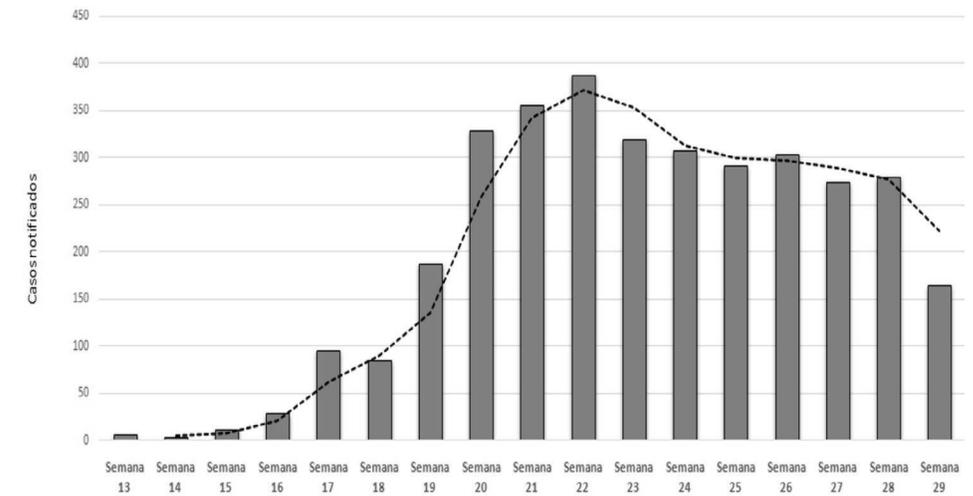
Figura 01: Distribuição dos atendimentos entre abril a julho de 2020 no Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Observa-se a curva epidemiológica dos casos notificados (suspeitos) para a Covid-19 iniciando na semana epidemiológica 13 e 14 (março) com apenas sete notificações, sendo o pico da pandemia nas semanas 20, 21 e 22 (maio/2020) com 31,2% do total da pandemia, iniciando o processo da queda da curva na semana 23, 24, 25 e controlando na 26, apresentando declínio na semana 29. Dos atendimentos realizados no HRJM, 53,3% foram casos suspeitos para Covid-19 (Figura 02).

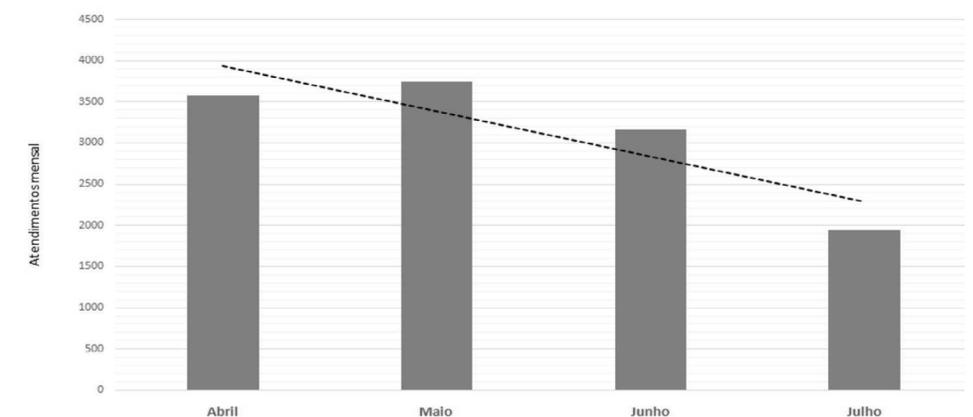
Figura 2: Distribuição dos casos notificados da Covid-19, por semana epidemiológica, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Conforme (Figura 03), a curva de atendimento teve seu pico em maio 30,1% (3.743 n=12.429), impactando a curva do óbito, com maior pico nas semanas epidemiológicas 19 a 23 (maio/2020) com 62,5% (30/48) dos óbitos (Figura 04).

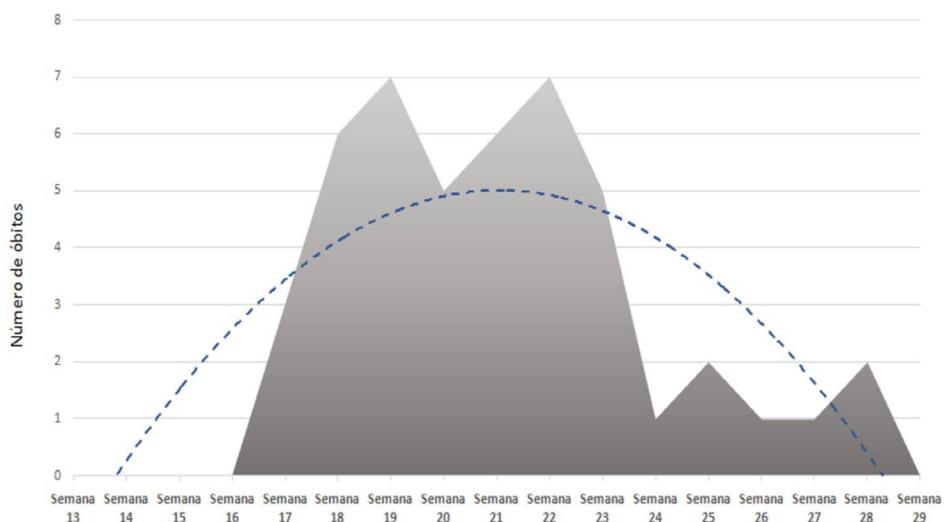
Figura 3: Distribuição dos atendimentos, por mês e data de atendimento, entre abril a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Percebe-se a quantidade de óbitos ocorridos nesse período pela procura à unidade hospitalar de forma tardia. Em busca de reverter esse panorama, dentre tantas intervenções, observamos a mudança de comportamento da equipe de saúde, ações de prevenção na semana epidemiológica 17, varredura nos bairros da cidade (inquérito epidemiológico), colocando a equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro e ACS) para identificar, avaliar e diagnosticar os casos de SRAG e Covid-19, realizando o diagnóstico precoce, evitando casos graves nos novos diagnósticos da Covid-19. Essa intervenção da equipe de saúde apresenta o controle e declínio da curva do óbito na semana epidemiológica 24 a 28 e, atualmente, sem registro de óbito na semana 29 (12 a 18 de julho/2020) (Figura 04). Em maio, a taxa de letalidade apresentada foi de 15,0%, sendo que em julho passou para 3,8% como resultado do sucesso da equipe que se encontra atualmente na linha de frente da pandemia nas unidades básicas de saúde, no Pronto Atendimento (Rosa) e nas Clínicas Rosa (Adulto/Maternidade), consolidando o controle e redução dos óbitos por Covid-19 no Hospital Polo do médio Rio Amazonas, conseguindo salvar vidas.

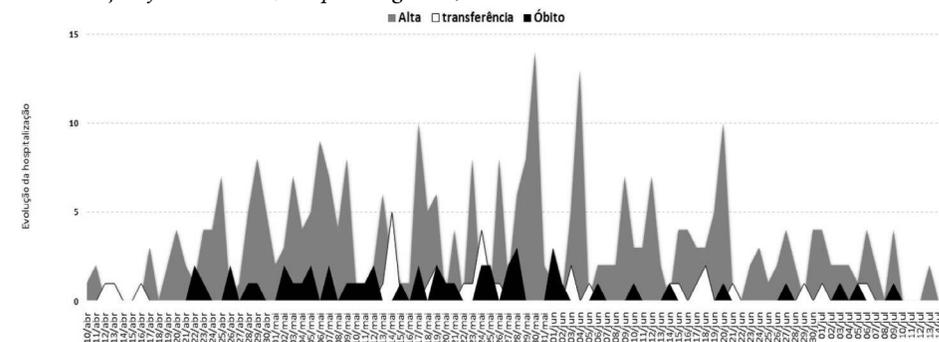
Figura 04: Distribuição de óbitos confirmados pela Covid-19, por semana epidemiológica, e data do óbito, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Foram hospitalizadas 408 pessoas confirmadas com Covid-19, desse total 302 casos (74,0%) tiveram altas, 37 (9,1%) transferências para Manaus aos hospitais de alta complexidade e 48 (11,8%) foram a óbitos e 21 (5,1%) permaneciam internadas na unidade hospitalar (Figura 05).

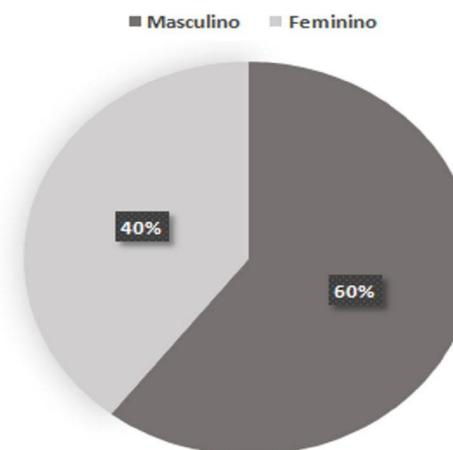
Figura 05: Hospitalizações dos casos confirmados pela Covid-19, por evolução e data de atendimento, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

A população hospitalizada tinha a prevalência da cor/raça parda com 367 (72,1%), seguido de indígenas (20,0%). Em relação ao sexo, 60,0% (248/408) é do sexo masculino e 40,0% (160/408) feminino (Figura 06).

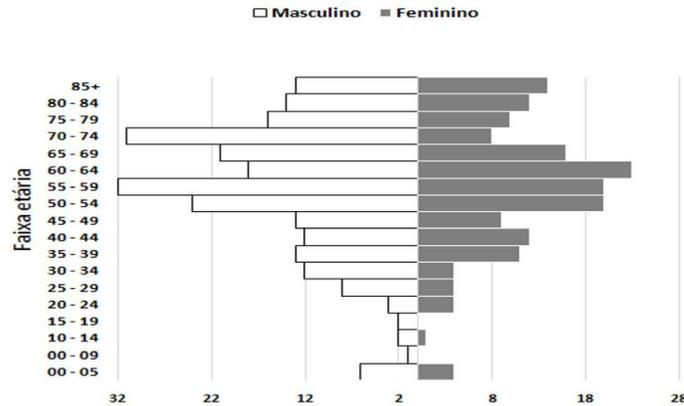
Figura 06: Hospitalizações dos casos confirmados por Covid-19, por sexo, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

A faixa etária mais acometida foram pessoas com idade = ou > 50 anos de ambos os sexos (Figura 07), percebemos que os idosos = ou > 64 anos foram os mais atingidos no agravamento da doença, evoluindo para o óbito.

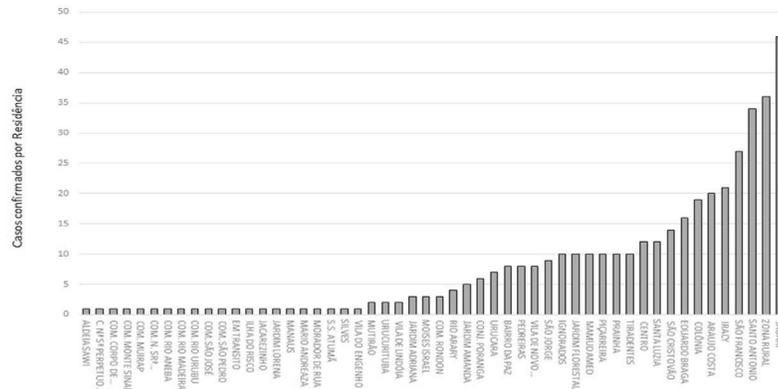
Figura 07: Hospitalizações dos casos confirmados pela Covid-19, por sexo e faixa etária, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Nas hospitalizações por Covid-19, 79,0% dos pacientes residiam na zona urbana. A prevalência dos casos foram nos bairros do Jauari (11,0%), Santo Antônio (8,3%), São Francisco (6,6%), Iracy (5,1%), Araujo Costa (4,9%) e Colônia (4,6%). Já na zona rural a taxa de atendimento foi de 16,5% (Figura 08).

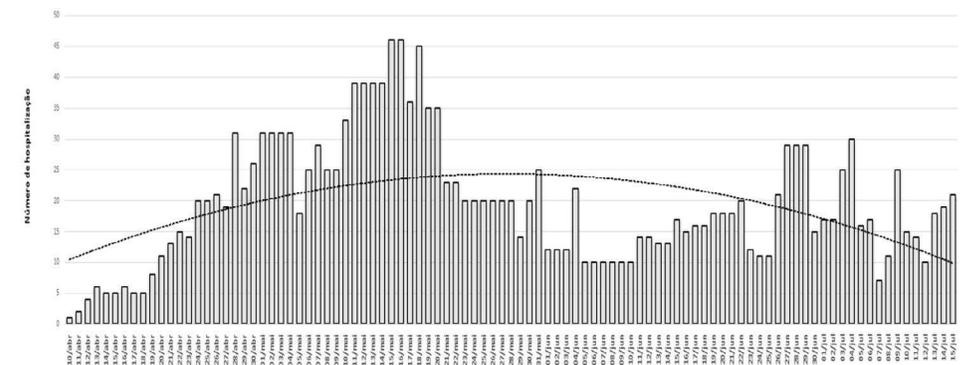
Figura 08: Hospitalizações dos casos confirmados pela Covid-19, por localidade de residência ou bairro, entre março e julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

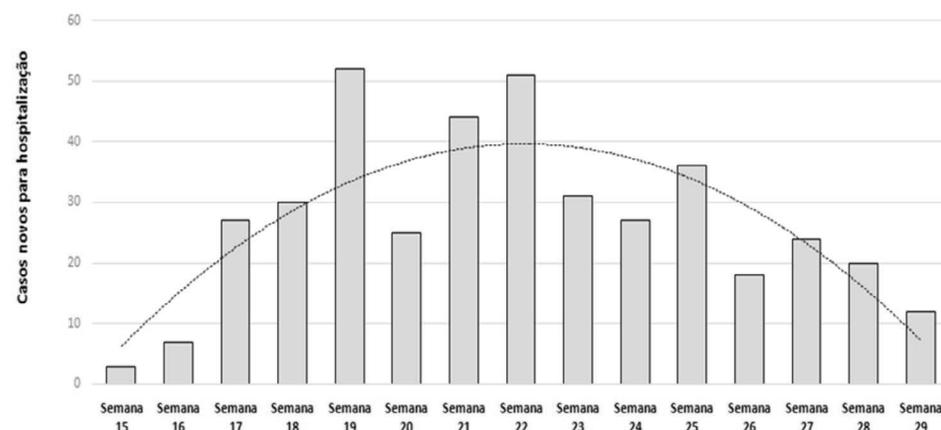
As hospitalizações por Covid-19 começaram em abril/2020, sendo que em menos de 30 dias o Hospital Regional teve seus leitos com 84,7% de ocupação, necessitando emergencialmente inaugurar o hospital de campanha para extensão das internações. Percebe-se que durante o funcionamento do hospital de campanha a curva de internação teve uma queda, porém o encerramento do hospital de campanha ocorreu em 28/06/2020. O Hospital Regional José Mendes, após aquisição de leitos de UCI – Unidade de Cuidados Intensivos, segue mantendo o controle e a redução de casos graves nas internações com 32,8% de ocupação (Figura 09). As ações em busca do diagnóstico precoce foram determinantes para o declínio da curva da internação e casos graves (Figura 10). A implantação de leitos de UCI foi determinante para a redução da curva do óbito na unidade hospitalar, influenciando no controle e declínio da curva da pandemia no município e Estado.

Figura 09: Hospitalizações dos casos confirmados por Covid-19, por data e tempo de internação, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Figura 10: Hospitalizações dos casos novos confirmados por Covid-19, por semana epidemiológica, entre março a julho de 2020, Hospital Regional José Mendes.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Discussão

Todas as variáveis do contexto sociodemográficas: sexo, faixa etária e raça, seguem a linha das publicações oficiais. Em relação ao sexo, observou-se que os casos de Covid-19 tiveram prevalência do sexo feminino de (60%) em comparação com o sexo masculino (40%), acompanhando assim, as publicações nacionais que as mulheres sobressaem os homens nos casos confirmados para Covid-19. Já em relação a cor/raça, a população parda, predominou o total de casos (72,1%), apresentando a prevalência das características do caboclo Amazonense, seguindo a mesma linha das pesquisas realizadas na região norte (BRASIL, 2020b; FREITAS, 2014).

Com relação à faixa etária, observou-se que pessoas com idade = ou > 55 anos foram mais atingidas, já descritos nos estudos internacionais e nacionais. Esses achados apontam o possível impacto gerado pela pandemia de Covid-19 entre a população idosa (BRASIL, 2020a; FREITAS, 2014; WHO, 2020c).

Em relação a variável socioeconômica, a distribuição ocorreu por bairro e zona da cidade. Observamos que as pessoas da zona rural apresentaram influência sociocultural, pelas raízes interioranas e indígenas, pela adesão dos tratamentos alternativos caseiros, crenças e valores do interior. O aspecto sociocultural é bastante expressivo no comportamento da população do interior

na prevenção frente à pandemia. Nota-se maior dificuldade no isolamento social, uso da máscara e adequação aos usos de prevenção contra o vírus, seguindo uma curva de transmissibilidade maior no interior do Amazonas, do que na capital de Manaus (n= 28.779) Interior (n= 46.723) (BRASIL, 2020d; FREITAS, 2014).

A taxa de letalidade segue a mesma linha de outras pesquisas, seguindo como fator determinante as condições socioambientais pela população (BRASIL, 2020; FREITAS, 2014). A reorganização das ações da equipe de saúde frente à pandemia, impactaram positivamente a incidência em julho no município. No tipo de tratamento e evolução da doença, seguem também com a linha de pesquisa nacional e estadual (BRASIL, 2020b; FREITAS, 2014).

Trata-se, portanto, de uma pesquisa inédita, sobre uma doença que se encontra em pesquisa pela ciência internacional, em busca do perfil epidemiológico da doença e como se comporta em cada região, mostrando a relevância desse estudo epidemiológico da Covid-19 na região Amazônica no interior do Amazonas.

Considerações Finais

O perfil epidemiológico da Covid-19 na Amazônia, especificamente na região do Médio Rio Amazonas no município de Itacoatiara, a curva da pandemia sofreu influências socioculturais. Estas foram determinantes na ocorrência (casos/óbitos) e na distribuição de saúde (controle e declínio da pandemia), doença (agravamento da doença) e morte nos resultados apresentados a população dessa localidade frente ao Covid-19.

Observamos nesse estudo que, mesmo seguindo protocolos internacionais de saúde para o enfrentamento ao novo coronavírus, a pandemia tem suas variações. Dependendo das intervenções frente à população *versus* doença, é diminuído o impacto da Covid-19 em regiões vulneráveis como a Amazônia, corroborando na pesquisa científica a epidemiologia da Covid-19 no interior do Amazonas e servindo de referência a outros municípios e estados da região Amazônica.

O Hospital Regional José Mendes continuará sendo unidade de saúde referência para a Covid-19 não somente no município de Itacoatiara, mas na região do Médio Rio Amazonas. Porém, pela baixa internação e mais vinte

dias sem óbitos pela Covid-19 na unidade hospitalar, apresentou o controle e o declínio da curva da pandemia nessa região, especificamente neste município. O pronto atendimento deste hospital retomou o fluxo de atendimento normalizado a todos os agravos/doenças a partir de 04 de agosto de 2020, ficando disponível somente uma clínica para o público acometido à Covid-19. Essa iniciativa se deu, quando o interior apresentou um declínio na curva das internações e nos óbitos no município durante a pandemia para os casos de SRAG e Covid-19.

Referências

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**. Editora do Ministério da Saúde, 2020a.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº 141/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA. **Orientações gerais sobre Hospital de Campanha durante a pandemia internacional ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2**. Editora do Ministério da Saúde, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus- Covid-19: O que você precisa saber**. Ministério da Saúde, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil. Painel Coronavírus**. Editora do Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência nacional para infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-Covid-19**. Editora do Ministério da Saúde, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus**. Editora do Ministério da Saúde, 2020c.
- BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde. **NOVO Coronavirus (2019-nCov): Plano de Contingência Municipal**. Editora da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2020d.
- BWH. Brigham and Women's Hospital. **Brigham and Women's Hospital COVID-19 Clinical Guidelines**. 2020.
- CAVALCANTE, B. B.M.; NASCIMENTO, A. L. A.; LIMA, J. P. K.; MOREIRA, F. J. F. Nosso bem fazer: medidas preventivas e de enfrentamento ao coronavírus (Covid-19) em uma operadora de saúde suplementar no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 30720-30729, 2020.
- CAETANO, R.; SILVA, A. B.; GUEDES, A. C. C. M.; PAIVA, C. C. N.; RIBEIRO, G. R.; SANTOS, D. L. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, e00088920, 2020.
- CUNHA, T. G. S.; GUIMARÃES, A. S. M.; SANTOS, T. A.; FREIRE, L. B. V. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid-19. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 2, p. 1-22, 2020.
- FREITAS, A. R. R. **Impactos dos vírus Influenza e Sincicial Respiratórios na mortalidade e internações e suas implicações para as políticas públicas no Brasil**. [Tese Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas, 2014.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Ministério da Saúde lança Protocolo de Tratamento do Covid-19**. Editora da FIOCRUZ, 2020.
- FVS. **Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Monitoramento do perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Amazonas**. Editora da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas, 2020.
- GUAN, W. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **N Engl J Med**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020.
- HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.
- JAPPE, A.; AUMERCIER, S.; HOMES, C.; ZACARIAS, G. **Capitalismo em quarentena: notas sobre a crise global**. Editora Elefante, 2020.
- KAUARK, F. S.; MAGALHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Organização Mundial da Saúde. Requisitos e especificações técnicas de equipamento de proteção individual (EPI) para o novo coronavírus (ncov-2019) em ambientes de saúde**. Editora da Organização Pan-Americana de Saúde, 2020.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Teste de diagnóstico para SARS-CoV-2. Orientação provisória**. Editora da Organização Mundial de Saúde, 2020a.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Orientação para biossegurança laboratorial relacionada à doença do coronavírus (Covid-19)**. Editora da Organização Mundial de Saúde, 2020b.
- WHO. World Health Organization. **Hospital Preparedness for Epidemics**. Editora da World Health Organization, 2020c.



Humanização no caos: relato de experiência profissional sobre a prática do enfermeiro assistencial em tempos de Covid-19 na urgência e emergência

Robercio Barros Alencar
Jordana Pereira Gonzaga
Gisele de Souza Costa
Edgarda Castro Carvalho
Fabiane Veloso Soares
Manon de Souza Barros Holanda
Leandro Roque Raposo
Patrícia Carvalho Castro

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil nos últimos anos tem apostado significativamente na melhoria de qualidade e da eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua maior estratégia está no investimento de equipamentos, tecnologias e na recuperação física de hospitais, mas também empreendendo esforços para produzir uma maior qualidade no gerenciamento das instituições e no atendimento à população. Contudo, o aprimoramento tecnológico certamente terá seu impacto minimizado se for acompanhado por um correspondente avanço na construção de relações humanas no trabalho e atendimento em saúde, pautada em um padrão ético de respeito, solidariedade e dignidade (RAVAZZI; DIAS; OLIVEIRA; BARALHAS, 2009; CONASS, 2018).

Desta forma, fica claro que o SUS defende a melhoria da qualidade da assistência e a humanização passa a ser considerada um componente a ser alcançado e defendido. No cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do cliente está incluída na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) e garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. Para isto, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade.

Em 2001, o MS lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, tanto entre si como entre hospital e a comunidade. E em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), orientada pelos princípios da transversalidade (aumento da comunicação em cada grupo e entre os grupos), da indissociabilidade entre atenção e gestão, estímulo à autonomia e protagonismo de todos os partícipes (gestores, profissionais e usuários). Esta política foi pensada no sentido de se evidenciar a interface entre o cuidado e a gestão nos serviços de saúde, potencializando os que trabalham e os que utilizam os serviços de saúde como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde (BRASIL, 2004; CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

É direito de todo cidadão ter acesso ao atendimento público de qualidade, mas para isso é preciso uma melhoria do sistema de saúde como um todo, e dois aspectos são fundamentais para construção da humanização no serviço em saúde. Um deles está vinculado à qualidade de relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários no processo de atendimento à saúde, e o outro está vinculado às formas de gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A humanização na saúde pode ser entendida como processo, filosofia ou modo de prestar assistência. Dentre os vários conceitos existentes, a humanização se traduz em uma forma de cuidar, compreender, abordar, perceber e respeitar o doente em momentos de vulnerabilidade (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o termo humanização é a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, e esta humanização deve se expressar nas práticas dos serviços de saúde, com os profissionais e usuários, de forma dialógica, em busca da construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública para todos (BRASIL, 2004).

Debater a humanização na Enfermagem requer o entendimento de que este é um conceito ampliado que pode variar desde uma escuta atenta, uma boa relação entre o profissional e o usuário, à reorganização dos processos de trabalho, a criação de ouvidorias, até a melhoria das estruturas do serviço. Para tal, torna-se imprescindível aprofundar essa discussão em uma visão integral e humanística, respeitando a individualidade, valorizando as crenças, atentando para a comunicação e estando presente na relação de cuidado, pontos básicos na

humanização (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

A humanização toma proporções tanto no nível micro, relacionada à assistência, quanto no nível macro, da gestão e de políticas públicas, visto que, para se modificar a realidade, é necessário que se identifiquem obstáculos presentes na área da saúde, que impeçam uma assistência digna e humana, cabendo a todos os partícipes a idealização e implementação de estratégias eficazes, tendo como meta uma assistência ativa, resolutiva, de qualidade e humanizada (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Os serviços de urgência e emergência (SUE) são essenciais na assistência em saúde e considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde. O setor de urgência e emergência apresenta características totalmente diferentes, pois é um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar, como dos profissionais que ali desempenham suas atividades. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho (PAI; LAUTERT, 2005; SOARES; EURÍPEDES; SHÉLIDA; NILZEMAR, 2012).

Os pacientes neste setor, por sua vez, encontram-se tensos e temerosos perante o desconhecido (ambiente e profissionais de saúde) e sentem-se fragilizados. A passagem, repentina e inesperada, de um estado de saúde plena à proximidade com a morte pode afetar o equilíbrio emocional das vítimas – pacientes e famílias –, os quais, por vezes, se expressam por agressões físicas e verbais, evidenciando revolta contra as carências das políticas públicas e contra o profissional de saúde que é o seu representante (PAI; LAUTERT, 2005).

Além dos procedimentos técnicos utilizados em situações de emergência, o acolhimento e a afetividade demonstrada pelos profissionais da saúde são decisivos para uma expectativa de que as ações sejam efetivas e satisfatórias. E, considerando-se a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e emocional e a busca incessante pela manutenção da vida, a assistência humanizada nesse âmbito emergência é sempre questionada (SILVA, 2019).

Despertamos, em 2020, assombrados com o surgimento de uma nova doença, causada por uma mutação do Coronavírus, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) em final do mês de janeiro a declarar emergência em saúde pública de interesse internacional. Essa nova doença, a Covid-19, ocasionada pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2) teve seus primeiros casos detectados na China, na cidade de Wuhan e, devido à alta transmissibilidade, rapidamente se espalhou para todos os continentes. Sua fisiopatologia é mal compreendida, mas sabe-se que é contagiosa e mortal. Vários sintomas e complicações da doença foram descritos, sendo as queixas respiratórias as mais comuns (OLIVEIRA, 2020).

Aos poucos a pandemia se alastrou, impondo preocupante taxa de mortalidade e a necessidade de que pacientes com a doença sejam tratados de forma diferenciada, a fim de se preservarem vidas e diminuir o alto risco de contágio, com consequências calamitosas para a sociedade, pois, considerando-se o pouco tempo de pesquisas e o contato com as primeiras repercussões práticas da doença, as orientações e informações podem ser atualizadas com frequência, causando confusão e alarde na população geral além da medida (DEITRICK; ADAMS; DAVIS, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Consequentemente, a rotina dos serviços de saúde se transformou de modo abrupto, com unidades de saúde superlotadas, pacientes graves, equipamentos em quantidades insuficientes, vidas que se perdem. E no caso dos profissionais da saúde, jornadas exaustivas, muitas vezes ultrapassando limites humanos, como o cansaço, as necessidades fisiológicas, emocionais e, sobretudo, da sua segurança ocupacional (OLIVEIRA, 2020).

Os profissionais da saúde, frente a situações como esta, devem ser rapidamente treinados e se cercar de informações atualizadas e oficiais sobre resposta rápida, recomendações e precauções no manejo dos atendimentos e assistência aos casos suspeitos da Covid-19.

Diante de todo exposto, acreditamos que a relevância deste estudo está na possibilidade de conhecer as práticas de enfermeiros da urgência e emergência sobre a humanização no atendimento a pacientes com suspeitas ou com confirmação por Covid-19, assim como o seu reflexo na rotina diária desses profissionais, buscando identificar a presença da humanização nesse serviço de saúde durante esta pandemia. Assim, esse estudo tem como objetivo apresentar a

vivência de enfermeiros no processo de atendimento humanizado em serviços de urgência e emergência em tempos de Covid-19.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência acerca das ações dos enfermeiros no atendimento prestado a pacientes com suspeita ou diagnosticados com Covid-19 nos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) Dr. Danilo Corrêa e Alvorada, entre os meses de março a agosto de 2020.

A unidade de saúde SPA Dr. Danilo Corrêa está localizada no bairro Cidade Nova, zona norte de Manaus, e caracteriza-se por ser uma unidade mista com atendimento de média complexidade adulto e infantil de urgência emergência e ambulatorial com múltiplas especialidades. Possui 22 leitos destinados a internação não prolongada sendo quatro de sala vermelha. A unidade oferece atendimento aos pacientes do (SUS) e não se trata de uma unidade referência para tratamento de pacientes acometidos por Covid-19.

A unidade de saúde SPA Alvorada está localizada no bairro Alvorada I, zona centro-oeste de Manaus e conta com atendimento de média complexidade adulto e infantil de urgência emergência com múltiplas especialidades. Em sua estrutura física, conta com uma sala de emergência com dois leitos, uma sala de observação masculina com seis leitos e uma feminina também com seis leitos, uma sala de observação pediátrica com seis leitos e um posto de medicação adulto e pediátrico.

Este relato é baseado na vivência dos autores no cotidiano profissional da assistência adquirida durante a pandemia do Covid-19 na cidade de Manaus, revelando relatos, observações e discussões entre as profissionais na estrutura interna das unidades.

Relato de Experiência

O Amazonas confirmou o primeiro caso de Covid-19 em março de 2020 e no mesmo mês registrou o primeiro óbito pela doença no Estado (FVS-AM, 2020).

Conforme o Boletim Epidemiológico da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) o estado encontra-se na quarta colocação entre os estados com maior taxa de incidência da doença no país, com mais de 1.830 casos/100 mil habitantes, quase duas vezes maior do que a média nacional, de 750 casos/100 mil habitantes, e o primeiro

no ranking de estados com maior mortalidade (70 casos/100 mil habitantes). Ainda de acordo com o boletim, continuam sendo confirmados óbitos por Covid-19, elevando para 4.869 o total de mortes até o momento. O boletim acrescenta ainda que 20.980 pessoas com diagnóstico de Covid-19 estão sendo acompanhadas, o que corresponde a 11,84% dos casos confirmados ativos (FVS-AM, 2020).

Em meio à pandemia pelo Covid-19 a cidade de Manaus e sua rede de assistência hospitalar também apresentaram desafios para a saúde pública, pois o cenário de atendimento nas unidades de saúde teve que lidar com novas ações.

De tal modo como todos os outros serviços, os Serviços de Pronto Atendimento (SPAs) na cidade de Manaus não estavam preparados para lidar com o aumento da demanda de atendimentos de urgência e emergência, problemas de estruturação e com a alta carga de trabalho nunca antes experimentada pelos profissionais de saúde. Desde então, com o crescimento exponencial no número diário de pacientes que se apresentavam nos SPAs com sintomas de Covid-19, foram realizadas mudanças nesses serviços que estabeleceram um sistema de monitoramento rigoroso para controlar a propagação da doença. Em cada plantão são vistos pacientes sendo remanejados para outros setores, outros serviços sendo fechados, tudo para tentar se preparar para receber algo que não preparados para lidar, o pavor só cresce dentro de cada um de nós, até que começam a chegar, dia e noite, um paciente depois do outro apresentando sintomas predominantes de Covid-19. Então começamos a enxergar plantão após plantão que colegas começam a se afastar terão apresentar os sintomas.

Também vale ressaltar que decretos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado pronunciavam, no início do alastramento da doença, que a procura pelo atendimento para casos suspeitos do novo coronavírus nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Prontos-socorros e SPAs deveria ser por quem apresentasse sintomas agudos da doença, devido ao aumento na taxa de ocupação dos leitos.

A seguir serão abordados alguns princípios adotados no atendimento humanizado.

Acolhimento

Os pacientes que chegavam aos Serviços de Pronto Atendimento deveriam esperar em uma área de entrada (recepção) onde eram submetidos ao preenchimento

da ficha de atendimento. Em seguida eram encaminhados para a triagem “rosa” e acolhidos por um técnico de enfermagem paramentado com os equipamentos de proteção individual (EPI) recomendado pelas autoridades sanitárias, e este verificava os sinais vitais do paciente. A partir de então, os pacientes seguiam para avaliação médica, com definição da conduta para testagem de Covid-19.

Os pacientes com sintomas graves de Coronavírus eram levados diretamente para a sala de emergência “rosa” para garantia de privacidade e como forma de reduzir a disseminação da doença. Esses pacientes eram observados principalmente quanto ao seu padrão respiratório. Aqueles com uma condição pré-existente que apresentassem sintomas como hipertensão arterial ou baixos níveis de oxigenação periférica eram ali intubados. Essa situação era de extrema preocupação para o enfermeiro do plantão porque poderia não ter ventiladores mecânicos suficientes para assistir ao paciente.

Deve-se ressaltar que humanizar implica também na arquitetura, no acabamento, nas dimensões, nas salas de estar das unidades de serviços, que são alguns itens importantes no que diz respeito à parte física, muito influente no preparo de um ambiente humano (SIMÕES; RODRIGUES; TAVARES; RODRIGUES, 2007).

Ao entrar na sala onde os pacientes se encontravam, mantínhamos uma distância de pelo menos um metro, mas em seguida o momento de maior risco era inerente, quando nos aproximávamos o suficiente para examiná-lo. Se apresentassem sinais graves, eram encaminhados para internação no hospital de referência do Estado para atendimento aos casos confirmados de Covid-19.

Estas são circunstâncias altamente estressantes para todos os profissionais de saúde e para nossos pacientes. Queremos prestar-lhes o melhor atendimento possível, mas, ao mesmo tempo, temos que nos proteger para evitar a transmissão do vírus de volta para casa, para nossas famílias, e também para evitar adoecer.

Comunicação/Diálogo/Escuta ativa

Outra situação que nos chamou atenção diz respeito ao acompanhante, uma situação também difícil para os pacientes, que não podem ser acompanhados por familiares (SOUSA; DAMASCENO; ALMEIDA; MAGALHÃES; FERREIRA, 2019).

A humanização depende ainda de modificação no modo de pensar e agir do enfermeiro, na ênfase aos valores atrelados à defesa da vida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o trabalho. Temos que entender que a nossa habilidade de comunicação passa pela capacidade de nos relacionarmos com quem está à nossa volta, o que significa conquistar o melhor de nós mesmos quando nos relacionamos com o outro (COTTA; REIS; CAMPOS; GOMES; ANTÔNIO; BATISTA, 2013).

Durante este tempo sabíamos que batalhávamos pelo familiar de alguém, tentávamos dar todo conforto e tudo ao nosso alcance para cada paciente e por consequência tentávamos dar atenção aos familiares. Equipe de enfermagem e equipe médica em muitas vezes foram desrespeitadas por familiares que queriam adentrar o isolamento no qual o familiar estava, chegávamos próximo de ser agredidos por não correspondermos aos anseios das pessoas.

Quando a comunicação é efetiva e o usuário ou seu acompanhante percebem engajamento e cuidado do enfermeiro, a confiança se estabelece e, conseqüentemente, o assédio à equipe diminui, tornando a condução do cuidado menos estressor. As informações suficientes auxiliam na redução da ansiedade e influenciam no próprio processo de assimilação e adesão da assistência (MOREIRA, 2015).

Os profissionais de enfermagem em alguns momentos ficam apreensivos com a retirada dos equipamentos por sentirem insegurança e pela ineficiência dos treinamentos em algumas unidades de trabalho. A autonomia profissional do enfermeiro se torna eficiente e necessária a fim de estabelecer padrões de confiança mútua com a equipe de enfermagem e paciente, devido aos sentimentos de insegurança e constantes risco de contaminação.

Resolutividade

É solicitada a participação do profissional de enfermagem na maior parte das demandas gerais de uma unidade hospitalar e esse processo de reorganização do trabalho esteve prejudicado em meio a tantos pacientes com sintomas de Covid-19, pois a maioria necessitava de suporte de oxigênio bem como suporte ventilatório e os SPAs não disponibilizavam de tantos equipamentos para a necessidade da população, o que conseqüentemente comprometia a qualidade da

prática humanizada efetuada pelos enfermeiros da linha de frente que ali deram mais que seu profissionalismo.

Vale ressaltar que os profissionais da saúde, principalmente os da enfermagem, tiveram e têm papel fundamental no combate à pandemia, não apenas em razão de sua capacidade técnica, mas também por se tratar da maior categoria profissional que permanece 24 horas ao lado do paciente, estando, portanto, mais susceptíveis à infecção pelo novo Coronavírus, ou seja a autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar é potencializada não só no referencial teórico, mas sim nas resolutividades de ações mais difíceis diárias e especialmente na tomada de decisão.

Nós, enfermeiros assistenciais, somos responsáveis por realizar diagnósticos e intervenções de enfermagem, aprazar medicamentos, aplicar medicações, avaliar sinais vitais, coordenar a equipe de técnicos de enfermagem e fazer a evolução de enfermagem, e em pacientes críticos podemos realizar procedimentos mais complexos.

O enfermeiro é o protagonista na construção do cuidado humanizado à medida que ele atua como articulador da dinâmica assistencial, contudo, essa atuação é limitada em face do acúmulo de atividades relacionadas ao desfalque no dimensionamento de pessoal, pois também nos deparamos com o afastamento de vários colegas contaminados com o vírus e que trabalharíamos com a equipe reduzida durante os plantões. Chama atenção que problemas de relacionamento na equipe de trabalho não foram observados durante a pandemia.

A urgência/emergência hospitalar é um ambiente que exige do profissional de enfermagem conhecimento amplo acerca das variadas situações de saúde, e este deve imprescindivelmente ter domínio sobre métodos e particularidades da assistência, como por exemplo, o raciocínio e decisão rápidas, destreza manual e poder de intervenção e resolução dos problemas que se apresentem, observando o vasto número de procedimentos e técnicas a serem desenvolvidos em caráter de urgência/emergência, a situação de saúde do paciente e o tempo limitado para tais ações (ANTUNES; GARCIA; OLIVEIRA; RODRIGUES; ALVES, 2018).

O atendimento inicial deverá ser rápido desde a classificação até a possível internação para a ocorrência de diminuição de contato, conseqüentemente do contágio entre os profissionais e pacientes que muitas vezes chegam assintomáticos.

A enfermagem é uma profissão de muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está em aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular e atender prontamente.

Considerações Finais

Durante a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19) as ações de humanização precisam ser estimuladas, ainda mais para proporcionar um acolhimento físico, social e psicológico aos envolvidos. Não há motivos nem justificativas para a exclusão do cuidado humanizado mesmo em ocasiões desordenadas e caóticas.

Em situações como da pandemia é preciso pensar a humanização em sua condição mais ampla, cuidado ao paciente, família e equipe de saúde. Apesar da necessidade de se atentar ao impacto sofrido pelos usuários perante a pandemia, é também importante prevenir e intervir no impacto causado aos profissionais de saúde, pois nós estamos na linha de frente do cuidado, na barreira de contato mais próximo e direto com a enfermidade.

Após a leitura das informações para a realização deste estudo, foi possível identificar que o processo de humanização no atual momento deve ser ainda mais discutido, abordando a importância da qualificação da assistência de enfermagem em urgência e emergência para que a humanização aconteça de forma plena e satisfatória. Por outro lado, destaca-se a rotina estressante deste setor mesmo antes da pandemia, onde lidar com dor e morte torna-se quase uma constante, podendo assim, facilitar a distância dos profissionais com a realidade emotiva vivenciada pelos familiares neste momento.

Embora exista o estresse característico da unidade de emergência, faz-se necessária a elaboração de estratégias de aplicabilidade na dinâmica do serviço no intuito de amenizar fatores possíveis de interferir na qualidade do atendimento. Portanto, a humanização no ambiente de atendimento de urgência e emergência precisa ser trabalhada com vista a intervenções voltadas ao bem-estar do paciente/família, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição.

O enfermeiro tem papel fundamental na humanização nos serviços de saúde, não porque ele que acompanha mais aproximadamente os usuários

dos serviços de saúde, mas porque é a enfermagem que tem discutido mais profundamente essa questão, vem tentando resgatar em sua prática profissional a humanização como aspecto fundamental do seu trabalho, tem produzido conhecimento acerca do tema, tem questionado e revisado suas próprias condutas, fazendo enfrentamentos importantes tendo como fundamentos a defesa da vida.

O aprendizado, o conhecimento e as resolutividades diárias diante do contexto inserido pela Covid-19 somam grandes desafios globais para o enfermeiro, esse profissional assume uma posição de destaque na manutenção da vida, sendo assim, a autonomia do enfermeiro terá seu reconhecimento na integralidade do cuidado e nas diversidades dos processos de trabalho.

O enfermeiro em seu âmbito de trabalho, diante das proporções aos desafios citados no estudo, requer decisões práticas, compreendendo apenas o que tange a racionalidade, comprometendo a eficiência na aprendizagem na sua jornada acadêmica sobre estes dilemas.

Contudo, esperamos que esta discussão possa contribuir para ampliar a compreensão dos significados desse tema e que os enfermeiros continuem trabalhando com competência e amor ao próximo.

Referências

- ANDRADE, C. C.; LACERDA, L. S.; MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, J. R. B.; BOERY, R. N. S. O. Suporte humanizado em unidades de urgência e emergência: mais um desafio para a enfermagem. *Revista Digital*, v. 17, n. 177, 2013.
- ANTUNES, P.; GARCIA, N. F. O.; OLIVEIRA, L. J.; RODRIGUES, I. V.; ALVES, G. R. A importância do atendimento humanizado nos serviços de urgência e emergência: uma revisão de literatura. *Revista Científica FacMais*, v. XII, n. 1, abr. 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 4, p. 564-570, 2013.
- CONASS. **Conselho Nacional de Secretários De Saúde**. 8. ed. Brasília, 2018.

- COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A. A. O.; GOMES, A. P.; ANTÔNIO, V. E.; BATISTA, R. S. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.
- CRISTINA, F. J.; BARBOSA, G. J. T.; FERREIRA, S. S.; ESPÍNDULA, M. B. Humanização da enfermagem dentro da equipe da Unidade de Suporte Avançado (USA) durante os atendimentos de emergência e urgência. *Revista Eletrônica de Enfermagem Ceen*, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2010.
- DEITRICK, K.; ADAMS, J.; DAVIS, J. Cuidados de enfermagem de emergência de pacientes com doença coronavírus. *Journal of Emergency Nursing*, v. 20, p. 30241-5, 2020.
- FELL, A.; MATTÉ, F. C.; CAMPO, G. B. **Humanização da assistência de enfermagem à pacientes atendidos na emergência em um hospital de pequeno porte no município de Xaxim – SC.** Chapecó/SC, 2010.
- LAZZARI, D. D.; JACOBS, G. L.; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. *Revista de Enfermagem UFSM*, v. 2, n. 1, p. 116-124, 2012.
- LEITE, M. A. R. **Significado de humanização da assistência para os profissionais de saúde que atendem na sala de emergência de um pronto-socorro.** [Tese] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- MOREIRA, T. M. M. **O cuidado clínico de enfermagem.** Fortaleza: EdUECE, 2015. 436 p.
- OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. REME – *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, e-1302, 2020.
- PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, 2005.
- RAVAZZI, B. H. B.; DIAS, D. R. S.; OLIVEIRA, M. A.; BARALHAS, M. Humanização Hospitalar: conhecendo seu processo de implantação e as atuais perspectivas. *Lins*. [periódico na internet]. 2009.
- SILVA, A. L. **Acolhimento Humanizado Ao Paciente Atendido No Pronto Atendimento De Um Hospital Geral Da Rede Privada De Belo Horizonte, Minas Gerais.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde – CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2019. 33 p.
- SILVA, J. A. **A Humanização Na Assistência De Enfermagem a Pacientes em Unidades de Urgência e Emergência.** Valparaíso de Goiás, 2014.
- SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 439-44, 2007.
- SOARES, A. A.; EURÍPEDES, C. O.; SHÉLIDA, H. A. O.; NILZEMAR, R. S. A Humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura. *Ciência et Praxis*, v. 5, n. 9, p. 77- 84, 2012.
- SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C. K. C. S.; ALMEIDA, C. A. P. L.; MAGALHÃES, J. M.; FERREIRA, M. A. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019.



O controle da tuberculose e a pandemia da Covid-19

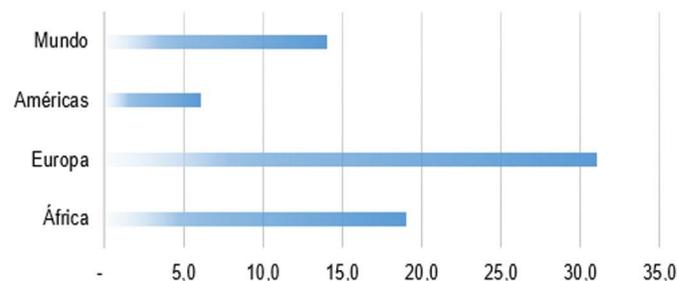
Ana Paula de Carvalho Portela
Eveline Menezes Caçote Barbosa
Yasmim Vieira da Rocha
Wanessa Pessoa Souza Barbosa
Amélia Nunes Sicsú

O Cenário Mundial da Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmitida pelo *Mycobacterium tuberculosis*, afetando cerca de um quarto da população mundial e considerada uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo e a principal causa de morte por um único agente infeccioso (classificação acima de HIV/AIDS). Em 2019, estimou-se que 10 milhões de pessoas desenvolveram TB e, destas, 1,4 milhão morreu (WHO, 2020).

A população adulta, jovem e masculina de países de baixa renda é a mais acometida pela TB em decorrência de ser uma doença relacionada à pobreza, em que dificuldades econômicas, vulnerabilidade, marginalização, estigma e discriminação fazem parte da vida das pessoas afetadas (BRASIL, 2020a).

A taxa de incidência vem regredindo na maioria dos continentes do mundo. No período de 2015 a 2019, a taxa de redução de casos na Europa e África foi significativa, sendo de 19% e 16%, respectivamente. Já nas Américas, a incidência está aumentando lentamente, devido à tendência de alta no Brasil. O gráfico abaixo retrata a taxa de mortes por TB, no mesmo período de tempo (WHO, 2020).

Figura 01: Taxa de redução de óbitos por TB no período de 2015 a 2019.

Fonte: Who, 2020.

No Brasil, ações de prevenção e redução do adoecimento por TB, bem como, a manutenção das altas coberturas vacinais por BCG e a ampliação da vigilância e tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* são estratégias adotadas e implementadas no Sistema Único de Saúde visando ao controle da doença (BRASIL, 2020a).

Entretanto, mesmo com as estratégias acima adotadas, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, refletindo um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. De 2010 a 2016 notava-se uma constante tendência de queda nessa taxa, todavia, em 2017 e 2018 o coeficiente de incidência da TB no país aumentou. Só em 2018, foram registrados 4.490 óbitos em decorrência da doença, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab. (BRASIL, 2020a).

O Amazonas e a Tuberculose

O Amazonas possui um histórico de altas taxas de incidência e mortalidade por TB no país (Tabela 01). De 2018 para 2019 houve um crescimento do diagnóstico de TB, aumentando de 68,3% para 72,4%. Dos 9.444 novos casos registrados pela Região Norte em 2019, 3128 são do Amazonas e 2711 são novos casos de TB pulmonar. A faixa etária que mais apresenta novos casos é a adulta. A capital Manaus concentra a maior quantidade de casos do estado, foram 2.284 casos em 2019, resultando em uma incidência de 104,6/ 100.000 habitantes (BRASIL, 2020b).

Tabela 01 - Cenário da TB no ano de 2019 no que tange às taxas de incidência e mortalidade no Brasil e no Amazonas.

Localização	Taxa de Incidência	Taxa de Mortalidade
Amazonas	82,7/100.000 hab.	4,0/100 mil hab.
Brasil	35/100.000 hab.	2,2/100 mil hab.

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI, 2020a.

Em 2018, foram 165 óbitos por TB no total. Um estudo demonstrou que a mortalidade por TB no Amazonas está relacionada a alguns fatores socioeconômicos, tais como: morar fora da capital, raça, cor de pele não branca e baixa escolaridade. Apesar de a TB ser predominantemente relacionada como causa básica da mortalidade, a notificação de TB como causa associada correspondeu a 40% das menções de mortalidade no Amazonas de 2006 a 2014 (MAGNO *et al.*, 2017).

A infecção pelo HIV foi a causa primária de morte mais frequente quando a TB foi relatada como causa associada. O Amazonas também se destaca pelos altos índices de coinfeção TB-HIV. Cerca de 80% dos novos casos de TB foram testados para HIV, resultando em 12% de casos de coinfeção, dos quais mais da metade (50,9%) realizou terapia antirretroviral (TARV) durante o tratamento da TB (acima da média nacional de 47,5%) (BRASIL, 2020a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem a importante tarefa de rastrear os novos casos, os seus contatos e realizar o tratamento diretamente observado. Destaca-se que 54% dos novos casos no Brasil, em 2019, foram notificados pela APS e 61,4% foram acompanhados nesse mesmo nível assistencial de atenção. No Amazonas, a APS tem cobertura populacional de equipes de saúde da família (eSFs) e de equipes de Atenção Básica (eABs) de 62,6% e 72,0%, respectivamente. Em Manaus, a cobertura de eSFs é de 43,47% e de eABs é de 64,09%, estando ambas abaixo da média nacional (65,3% de eSFs e 76,5% de eABs) (TRAJMAN *et al.*, 2019; BRASIL, 2020b).

Ações para o Controle da Tuberculose em Manaus/Amazonas

A capital do Estado do Amazonas, Manaus, está dividida em cinco Distritos de Saúde – DISAs: Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural. Esta organização visa proporcionar melhor atendimento aos usuários em geral, além de facilitar o planejamento, desconcentração urbana, agilidade administrativa e descentralização das ações de saúde. A rede de serviços de APS está organizada em 239 Unidades Básicas de Saúde, das quais 227 são do modelo tradicional, uma é Unidade Móvel Fluvial e 11 são postos de saúde localizados no DISA Rural. Das 227 de unidades de modelo tradicional, 10 atendem em horário ampliado, das 7 h às 21h 7 h às 21 h, de segunda a sexta-feira, e aos sábados de 7 h às 12 h (Secretaria Municipal de Saúde [SEMSA], 2017).

Para contextualizar as ações de controle da TB em Manaus, AM, apresentaremos dados preliminares do Estudo “Atenção Primária à Saúde na detecção de casos de tuberculose em Manaus, AM”, realizado na Zona Norte de Manaus entre 2018 e 2019. A pesquisa abrangeu 57 das 61 Unidades de Saúde da APS vinculadas ao Distrito de Saúde Norte (DISAN). O DISAN inclui 10 bairros (Cidade de Deus, Cidade Nova, Colônia Santo Antônio, Colônia Terra Nova, Lago Azul, Monte das Oliveiras, Nova Cidade, Novo Aleixo, Novo Israel e Santa Etelvina) e possui uma população de 592.326 habitantes, constituindo a zona mais populosa de Manaus e correspondendo a 27,8% da população total da cidade (SEMSA, 2017). A pesquisa buscou dados sobre a estrutura física, recursos humanos, materiais e insumos voltados ao PCT e informações sobre os pacientes de TB em acompanhamento.

A maioria das unidades tem como modalidade de serviço a Estratégia Saúde da Família (ESF) (n = 49; 86%) funcionando em dois turnos, dispo de um total de 1.033 servidores vinculados e média de 18 profissionais para cada unidade, dentre profissionais da saúde e outros.

A equipe que atua diretamente nos cuidados às pessoas adoecidas por TB é composta por 355 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 218 técnicos de enfermagem, 93 enfermeiros e 108 médicos. A média destes profissionais por unidade é de 6,2 ACS (Min: 0; Max: 33), 3,8 técnicos de enfermagem (Min: 0; Max: 23), 1,6 enfermeiros (Min: 0; Max: 9) e 1,9 médicos (Min: 0; Max: 13). Foi verificado que 18 (32%) unidades enfrentavam a dificuldade de não ter a equipe

mínima. Destas, uma não tinha enfermeiro, nove estavam sem técnicos de enfermagem e oito não possuíam médicos. Além disso, em uma das unidades não havia os profissionais médico e enfermeiro na equipe, e outras duas não dispunham de médico e técnico de enfermagem.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que as equipes de Saúde da Família (eSFs) devem ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, e a equipe de Atenção Básica (eAB) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem. Os profissionais de nível superior devem ser, preferencialmente, especialistas em saúde da família (BRASIL, 2017). Uma equipe incompleta pode comprometer a assistência às pessoas com TB. A adesão destas ao tratamento está diretamente relacionada à qualidade dos serviços de saúde prestados, mensurados pela disponibilidade de recursos humanos e insumos necessários à assistência (BRASIL, 2019). A deficiência na quantidade de profissionais nos serviços pode resultar na sobrecarga de trabalho, impactando diretamente na resolutividade dos serviços, no vínculo do paciente com a equipe que o assiste e, por fim, na adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2020).

Referente aos recursos necessários para a detecção da TB, 56 (98%) Unidades possuíam o livro de Registro de Sintomáticos Respiratório, e todas tinham o Formulário de Solicitação de Baciloscopia de Escarro; 54 (95%) dispunham de potes para a coleta de escarro, entretanto, 50 (88%) não tinham um local específico para a coleta deste exame. Apenas sete (12%) unidades possuíam geladeira para acondicionamento de material biológico e somente duas tinham sala de Raios-X.

Na pesquisa também foram analisados 126 prontuários de pacientes com TB acompanhados pelas equipes. Por meio deles foi possível verificar que o primeiro atendimento foi realizado pelos profissionais enfermeiro (n = 93; 74%), médico (n = 28; 22%) e técnico de enfermagem (n = 2; 2%). Das ações desenvolvidas nesta consulta inicial, 46 (37%) iniciaram o tratamento e para 31 (25%) usuários foram solicitados exames. O exame de preferência requerido foi o Teste Rápido Molecular (TRM-TB), com 51 (40%) solicitações, seguido de Baciloscopia (40, 32%) e Raios-X de tórax (28,22%). O tempo entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 64% no mesmo dia e 35% entre 1 e 30 dias. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é ofertado em 44 (77%) Unidades,

e 13 (23%) afirmaram não realizar este serviço. Dos pacientes acompanhados, 66 (52%) vieram transferidos de outra unidade de referência e apenas quatro (3%) foram encaminhados para outros serviços de saúde.

O Boletim Epidemiológico da Tuberculose de março de 2020 informou que em 2014 foi implantada a Rede de Teste Rápido Molecular para TB, o que elevou o número de confirmações laboratoriais dos casos, sugerindo qualificação no critério de confirmação de TB pelo uso deste método (BRASIL, 2020a).

É interessante notar que, a respeito do registro das informações sobre os pacientes acompanhados, embora as unidades possuísem os formulários de registro recomendados pelo PCT, foi constatado que, principalmente em unidades de pequeno porte, o registro estava incompleto ou não era realizado. A maior parte dos dados referentes aos pacientes foi obtida por meio dos prontuários analisados, os quais também possuíam muitos registros incompletos; 31 (25%) prontuários não tinham o número de telefone dos pacientes; 66 (52%) estavam sem endereço e 58 (46%) estavam com endereço incompleto, a maior parte contendo apenas o bairro; 103 (82%) não informaram a raça; 121 (96%) estavam sem informação sobre religião; 112 (89%) sem escolaridade; e 121 (96%) não continham dados sobre a renda familiar. Em relação ao registro referente à doença, alguns dados não informados foram: sinais e sintomas em 18 (14%); referência e contrarreferência em 21 (17%); primeiro serviço procurado pelo paciente com sintomas em 27 (21%); serviço de saúde que solicitou os exames em 61 (48%); informação sobre retorno após abandono do tratamento em 16 (13%).

O manual de recomendações de controle à TB recomenda o registro dos dados sobre a investigação, o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento dos pacientes sintomáticos respiratórios e confirmados para TB, em vista da relevância destas informações para subsidiar ações de vigilância epidemiológica e planejamento estratégico, monitoramento e a avaliação da assistência prestada, e principalmente no combate à doença (BRASIL, 2019; ORFAO *et al.*, 2017). Registros incompletos comprometem o conhecimento do real perfil epidemiológico dos casos de TB, o que implica em ações de vigilância inadequadas e ineficazes no combate da doença (CANTO; NEDEL, 2020).

Os pacientes acessaram diversos pontos na Rede de Serviço em busca de atendimento. Os primeiros serviços de saúde preferencial procurados foram as

Unidades Básicas de Saúde e unidades da Estratégia Saúde da Família (n = 46; 37%), seguidos do serviço de referência em TB de Manaus e da Policlínica Cardoso Fontes, (n = 28; 22%). Outros serviços acessados incluíram Pronto-Socorro (n = 17; 13%), Policlínica (n = 5; 4%), SPA (n = 4; 3%), sendo que 21% (27) dos prontuários não tinham esta informação. Quanto aos serviços que realizaram o diagnóstico, 55 (44%) foram unidades da APS, 32 (25%) foram Unidades de Referência Policlínica Cardoso Fontes e 15 (12%) foram hospitais de prontos-socorros.

Em uma pesquisa realizada em 2014 sobre a organização dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de casos de TB em Manaus, foi verificado que pelo menos 37,8% dos casos novos da doença eram notificados pela Policlínica Cardoso Fontes, que é o centro de referência no estado para o controle da doença. Porém, esta unidade encaminhava os casos novos diagnosticados para continuidade do tratamento na APS (SACRAMENTO *et al.*, 2019). Foi possível verificar que, apesar de a Policlínica Cardoso Fontes ainda ser considerada porta de entrada para a maioria dos pacientes sintomáticos respiratórios que buscam atendimento no Distrito de Saúde Norte de Manaus, há um incremento de pessoas que já estão considerando a unidades da APS como porta de entrada para este serviço. A APS deve ser a porta de entrada preferencial para pacientes com suspeita de TB, na qual devem ser identificados, acolhidos e vinculados à equipe de saúde, o que pode resultar em maior adesão ao tratamento e maior probabilidade de cura da doença (BRASIL, 2019). O Manual de Controle à Tuberculose orienta também que a estrutura de atenção à TB deve compreender a ATENÇÃO BÁSICA, para esquema básico e efeitos adversos menores; REFERÊNCIA SECUNDÁRIA, para atuar na elucidação de casos, esquemas especiais, efeitos adversos maiores e comorbidades; e REFERÊNCIA TERCIÁRIA, para casos com resistência aos fármacos antiTB, ofertando esquemas individualizados para qualquer tipo de resistência, tendo a rede hospitalar à disposição para a referência e contrarreferência, segundo a necessidade de cada paciente.

É salutar destacar que a APS tem papel fundamental no combate à TB, pois é considerada o “centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado do cidadão, responsável pelo fluxo nos diversos pontos e níveis de atenção”. A APS tem sob sua responsabilidade a Busca Ativa, classificação e estratificação do risco, o acompanhamento e tratamento, e ainda

o encaminhamento para outro nível de atenção, para suprir uma necessidade adicional dos usuários, sempre garantindo a vinculação do paciente com a equipe de saúde (BRASIL, 2019). A APS, como principal porta desse paciente, possibilita a gestão do cuidado desde a busca ativa de contatos até as possíveis recidivas. Cabe destacar o papel da enfermagem nos cuidados ao paciente com TB, sendo este o profissional de referência na gestão do cuidado e envolvimento em ações diretas junto ao indivíduo e demais profissionais, gerenciando estratégias para promover a saúde (BARROS *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

A Tuberculose e a Pandemia da Covid-19

A pandemia do novo coronavírus trouxe novos desafios ao sistema de saúde como um todo, deixando em alerta principalmente quanto às doenças respiratórias, como é o caso da TB. O Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos e raramente os animais contaminados podem infectar pessoas. No entanto, em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foram registrados casos clínicos de uma disseminação viral transmitida de pessoa a pessoa, cujo código genético foi sequenciado e divulgado em seguida. O que se sabia até aquele momento era que causava pneumonia grave e existia uma rápida transmissibilidade, ficando conhecida como a doença do novo coronavírus (Covid-19), que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas (80% dos casos), oligossintomáticos (poucos sintomas) a quadros graves (BRASIL, 2020c).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência em saúde pública de importância internacional em janeiro de 2020, em decorrência da infecção humana pela Covid-19, e posteriormente classificou a situação como pandemia. Em 26 de fevereiro do mesmo ano, o governo brasileiro confirmou o primeiro caso e, após revisão de registros de óbitos, foi divulgado que a primeira morte ocorreu em 12 de março (WHO, 2020b; BRASIL, 2020d).

No Amazonas o primeiro caso de Covid-19 foi detectado em março de 2020 (FVS, 2020a). Em consequência do avanço crescente do número de pessoas infectadas, ainda no mês de março, o governo do Estado do Amazonas instituiu o

Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate à Covid-19, e posteriormente foi decretado o estado de calamidade pública no estado, através dos decretos estaduais n. 42.061 e n. 42.100, respectivamente, afetando diretamente a estrutura local do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após nove meses de disseminação da Covid-19 no Amazonas, seu impacto em termos de números foi de 191.976 casos confirmados e 5.085 óbitos, concatenado à sobrecarga do sistema de saúde, haja vista o grande número de pacientes que evoluíram para o atendimento de alta complexidade, evidenciando a vulnerabilidade da assistência à população amazonense, sobretudo em condições críticas de saúde (FVS, 2020a) (BEZERRA *et al.*, 2020).

Conforme os boletins epidemiológicos da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM), do total de casos confirmados de Covid-19 no Amazonas notificados até o dia 27 de julho de 2020, 9% (6.861/75.945) desenvolveram a forma grave da doença, que teve início na capital do Amazonas e dispersou-se para os outros municípios. A TB foi apontada como um dos fatores de risco/comorbidades dos casos graves de Covid-19 que evoluíram para óbito (FVS, 2020b).

Manaus possui desigualdade social, econômica e dificuldades geográficas peculiares, porém, é referência em serviços de saúde para as demais cidades do estado. Sendo assim, a capital amazonense tornou-se rapidamente o símbolo do colapso do sistema público de saúde, com excesso de mortes por Covid-19, síndrome respiratória aguda grave (SRAG); pneumonia; septicemia e insuficiência respiratória, além de mortes em domicílio (ORELLANA *et al.*, 2020).

Embora a TB e sua evolução clínica não estejam claramente ligadas à Covid-19, ela é apontada como uma comorbidade para a Covid-19. A confluência das duas doenças se caracteriza por serem infectocontagiosas e de transmissibilidade respiratória, com desfechos críticos nos mais vulneráveis socialmente e biologicamente.

Ao contrário da Covid-19, que possui investimentos científicos e financeiros concentrados para testes diagnósticos mais eficientes e vacinas desenvolvidas por vários países, incluindo o Brasil, a TB ainda é considerada uma doença negligenciada, com baixo investimento para novos métodos de detecção e medicações, e a previsão para o controle do aumento da sua incidência ainda é considerada ousada.

Embora ainda não existissem estudos associando piores desfechos clínicos da Covid-19 com a TB, lembramos que tanto a TB quanto a Covid-19 são doenças que acometem principalmente os pulmões. Além disso, as pessoas que já tiveram TB no passado podem permanecer com sequelas pulmonares que, dependendo da extensão, também podem favorecer para maior gravidade em casos de pneumonia associada à Covid-19 (BRASIL, 2020a, p.1).

Em março de 2020, a Coordenação-Geral de Vigilância de transmissão respiratória de condições crônicas do Ministério da Saúde (MS) publicou um Ofício Circular com “orientações sobre as ações de manejo e controle da tuberculose durante a epidemia da Covid-19”, em virtude do cenário de emergência em saúde pública em decorrência da infecção humana pelo coronavírus. As recomendações incluíam todas as medidas já recomendadas pelo MS para prevenção da Covid-19, e outras ações:

Organização da rede de atenção à saúde para priorizar o acesso para pessoas com sinais e sintomas de TB a fim de facilitar a avaliação clínica e exames diagnósticos, considerando que muitos casos de TB poderiam ser diagnosticados a partir de sintomas semelhantes à Covid-19; orientações sobre atitudes preventivas da infecção pela Covid-19 e necessidade de os usuários manterem-se em isolamento domiciliar; redução da frequência das visitas aos serviços de saúde e uso de estratégias de contato à distância com os pacientes, como, por exemplo a teleconsulta; revisão da necessidade de realizar o TDO, para minimizar a exposição do paciente sem desconsiderar suas necessidades; planejamento das visitas aos serviços de saúde para retirada de medicamentos, organizando o fluxo de funcionamento da farmácia para evitar aglomerações de usuários e dispensar o quantitativo necessário para um mês, no máximo, dos medicamentos para tratar TB; adequação do processo de trabalho de forma a melhor atender a demanda, sempre no intuito de diminuir a exposição dos mais vulneráveis e garantir o acesso preconizado para as ações de manejo da tuberculose (BRASIL, 2020e, p.2).

Giovanella *et al.* (2020) realizaram um estudo sobre as medidas adotadas por países da América Latina para o enfrentamento da pandemia e o papel da APS neste contexto. Foi constatado que a abordagem mais utilizada por vários governos é biomédica, centrada na doença e com respostas principalmente

hospitalocêntricas. Por outro lado, as ações de vigilância epidemiológicas se voltaram para a contagem de casos, óbitos e projeções descontextualizadas para prever e mitigar as demandas de atendimento hospitalar. Ações de promoção e prevenção de doenças, como vacinação, crescimento e desenvolvimento, monitoramento, acompanhamento pré-natal e outras foram afetadas, com paralisia ou desaceleração desses atendimentos, devido a medidas de isolamento social, restrição de mobilidade e horário de funcionamento.

Fonseca, Fornari e Lourenço (2020) concordam que a APS foi posta em segundo plano, e que foram priorizados serviços de alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, com investimentos financeiros em unidades públicas e privadas. Os serviços da APS foram reduzidos, como atendimentos, atividades extramuros no território e a população ficou desassistida. Para além disso, pessoas sintomáticas sem gravidade foram orientadas a ficar em casa, o que pode ter contribuído para a piora de sua situação de saúde, que poderia ter sido resolvida precocemente e com maior taxa de sucesso.

No Amazonas, as atividades assistenciais da APS foram estruturadas seguindo o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS, recomendado pelo Ministério da Saúde, que norteia o manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por Covid-19. Este protocolo é considerado uma política com interface vertical, visto que foi baseada em normas mundiais repassadas a todos os estados do Brasil (SANTOS *et al.*, 2020).

No que se refere à TB, um Ofício Conjunto Circular, datado de 1º de dezembro de 2020, foi repassado às unidades básicas de saúde, o qual trata do “Diagnóstico da tuberculose na Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da Covid-19”. Este documento reforça que a organização da rede de atenção e dos fluxos deve estar bem estabelecida, não somente para pessoas com síndrome gripal, mas também as que necessitem de assistência por outras condições, no intuito de garantir a continuidade do cuidado pelos serviços e unidades da APS (BRASIL, 2020f).

O documento enfatiza que deve ser garantido o acesso das pessoas sintomáticas respiratórias (tosse por três semanas ou mais) aos exames laboratoriais da TB; refere que o patógeno causador da TB pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de quadros de pneumonia graves relacionados à infecção pelo

Sars-Cov-2, o que dificulta a recuperação clínica e agrava eventuais sequelas; considera fundamental que as unidades realizem o diagnóstico diferencial da TB e Covid-19, para oportunizar o tratamento adequado; e que a continuidade do acompanhamento deve se dar nas unidades da APS, para garantir a continuidade do cuidado e o controle da doença.

Assim, a pandemia do novo coronavírus agrega novos desafios à saúde pública, fazendo emergir a necessidade de reorganização da assistência à população como um todo. Neste contexto, a TB, uma doença de grande importância na localidade, requer um olhar estratégico para dar continuidade aos cuidados dos pacientes em acompanhamento, bem como atenção aos casos novos. A APS deve ser uma forte aliada, tanto no combate ao coronavírus quanto a outros problemas de saúde, mas precisa ser valorizada como uma potente ferramenta dos serviços de saúde.

Referências

- BARROS, R. S. L.; MOTA, M. C. S.; ABREU, A. M. M.; VILLA, T. C. S. Desempenho do programa de controle da tuberculose na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 4, e02020002, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0002>
- BEZERRA, E. C. D.; SANTOS, P. S.; LISBINSKI, F. C.; DIAS, L. C. Análise espacial das condições de enfrentamento à Covid-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 4957-4967, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.34472020>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Número Especial – Março de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação [SINAN-NET]. **Tuberculose – Casos confirmados por Sexo e Faixa Etária, 2019** – Amazonas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv-/tubercam.def>
- BRASIL. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação [SINAN-NET]. **Tuberculose – Casos confirmados por município no Amazonas, 2015 a 2019** – Amazonas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercAM.def>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavirus. **Perguntas e Respostas**. 2020d. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/perguntas-e-respostas#:~:text=1%20%2D%20O%20que%20%C3%A9%20o,%2DCoV%20e%20SARS%2DCoV.>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Ofício Circular Nº 5/2020/CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 de março de 2020e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ofício Conjunto Circular Nº 5/2020/ DCCI/SVS/MS - DESF/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 de março de 2020f.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- CANTO, V. B.; NEDEL, F. B. Completude dos registros de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 3, e2019606, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300020>
- COSTA, A. F. A.; GOMES, A. M. F.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, L. M. S.; BARBOSA, L. P.; AQUINO, P. S. Competências profissionais de promoção da saúde no atendimento a pacientes com tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, e20180943, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0943>
- FVS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Covid-19 no Amazonas. Dados Epidemiológicos. **Boletins e Painéis de Monitoramento de Indicadores**. 2020a. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/60/2
- FVS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Publicações. Covid-19. Boletins Epidemiológicos da Covid-19. **Boletim Situação Epidemiológica de Covid-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Amazonas 14**. 2020b. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/boletim_covid_14_VesYtwi.pdf
- FVS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. Publicações. Covid-19. Boletins Epidemiológicos da Covid-19. **Boletim Situação Epidemiológica de Covid-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave No Amazonas 15**. 2020c. Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_15_f84a1qO.pdf
- FONSECA, R. M. G. S.; FORNARI, L. F.; LOURENÇO, R. G. Desafios da Atenção Básica no cuidado à população em tempo de pandemia. In: **Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid-19** / Organização Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio, Suderlan Sabino Leandro. Brasília, DF : ABen/DEAB, 2020. 87 p.
- GIOVANELLA, L.; VEGA, R.; TEJERINA-SILVA, H.; ACOSTA-RAMIREZ, N.; PARADA-LEZCANO, M.; RÍOS, G.; ITURRIETA, D.; ALMEIDA, P. F.; FEO, O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, 19, e00310142, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
- MACIEL, E. L. N.; GONÇALVES JÚNIOR, E.; DALCOLMO, M. M. P. Tuberculose e coronavírus: o que sabemos?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, e2020128, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200010>
- MAGNO, E. S.; SARACENI, V.; SOUZA, A. B.; MAGNO, R. S.; SARAIVA, M. G. G.; BUHRER SEKULA, S. Factors associated with TB/HIV coinfection: evidence from notification data in the State of Amazonas, Brazil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, e00019315, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-311X00019315>

MENEZES, P. P. L.; FAJARDO, M. O.; FOCHAT, R. C.; LEITE, I. C. G.; GOMIDE, C. P.; MACEDO, R. L.; PEREIRA, T. V.; SILVA, M. R.; COSTA, R. R. Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com tuberculose atendidos em um hospital de referência do estado de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, Supl. 5, p. S40-S46, 2016. Disponível em: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/-alice/bitstream/doc/1064666/1/Cnpgl2016RevMedMGCaracteristicas.pdf>.

ORELLANA, J. D. Y.; CUNHA, G. M.; MARRERO, L.; HORTA, B. L.; LEITE, I. C. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de Covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, e00120020, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00120020>

SACRAMENTO, D. S.; LAVOR, D. C. B. S.; OLIVEIRA, L. R. T.; GOMES, A. P. B. L.; GONÇALVES, M. J. F. Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 28, n. 2, e2017500, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000200007>

SANTOS, E. R.; SICSÚ, A. N.; OLIVEIRA, L. B.; SILVA, S. A.; FERREIRA, D. S.; LIMA, K. J. V. A Enfermagem em Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia de Covid-19 na região Amazônica. In: *Enfermagem na atenção básica no contexto da Covid-19* / Organização Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio, Suderlan Sabino Leandro. Brasília, DF : ABen/DEAB, 2020. 87 p.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018 – 2020*. Manaus. 2017.

SILVA, D. M.; FARIAS, H. B. G.; VILLA, T. C. S.; SÁ, L. D.; BRUNELLO, M. E. F.; NOGUEIRA, J. A. Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do Chronic Care Model. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 2, p. 239-246, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>

TRAJMAN, A.; WAKOFF-PEREIRA, M. F.; RAMOS-SILVA, J.; CORDEIRO-SANTOS, M.; MILITÃO DE ALBUQUERQUE, M. F.; HILL, P. C.; MENZIES, D. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis transmission and prevention among auxiliary healthcare professionals in three Brazilian high-burden cities: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>

WANZELLER, R.M & MELLO, A. G. Tuberculose e escolaridade: Uma revisão da literatura. *Revista Internacional De Apoyo a La inclusión, Logopedia, Sociedad Y Multiculturalidad*, v. 4, n. 2, 2018.

WHO. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2020*. Geneva: World Health Organization. 2020a. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.

WHO. World Health Organization. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus*. 2020b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812

Saberes técnicos, populares e comunitários no cuidado com o pé diabético

Margareth Alves Pontes

Samira Lima da Costa

Maria Angélica Tavares de Medeiros

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) figura entre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como um relevante problema de saúde pública, tendo em vista sua magnitude e suas consequências sociais e psicológicas aos portadores desta morbidade. Dados mundiais apontam que a mortalidade por diabetes aumentou entre 2005 e 2015 (WANG *et al.*, 2016).

No Brasil, estima-se que mais de 16 milhões de adultos (8,1%) sejam portadores de diabetes, e com uma mortalidade anual de 72 mil (WHO, 2016). Entre as complicações crônicas, se destacam os problemas circulatórios, dentre os quais está o Pé Diabético (PD), demandando atenção especial dos gestores das políticas de saúde (VIEIRA-SANTOS *et al.*, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ao se constituírem como portas de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), ilustram que a operacionalização do cuidado com as DCNT deve respeitar as peculiaridades territoriais dos estados brasileiros, na oferta dos serviços (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Na Atenção Básica, as ações prioritárias para prevenção e controle do DM buscam incidir sobre os fatores de risco, entre eles: a obesidade e o sedentarismo; as complicações crônicas, como as lesões nos pés; os hábitos alimentares não saudáveis e as comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias. O acompanhamento dos portadores de diabetes inclui ainda cuidados relativos à cessação do tabagismo e alcoolismo; autoaplicação de insulina; busca ativa de novos casos; monitoramento dos níveis de glicose sanguínea; diagnóstico precoce de comorbidades e encaminhamento dos diabéticos para outros serviços.

O trabalho em equipe e a atuação interdisciplinar assumem papel central para assegurar a atenção integral. Nesse sentido, para além do saber técnico, que orienta de forma generalizada a ação para o cuidado e a prevenção, é importante que os profissionais de saúde valorizem a dinâmica, a cultura e o cotidiano dos usuários nos territórios em que vivem. Isso significa considerar as concepções populares de saúde e adoecimento, a fim de oferecer uma atenção condizente com os modos de vida dos usuários com diabetes, tornando-os cogestores do plano terapêutico e da promoção de sua saúde (BRASIL, 2012; Brasil, 2008).

Na ocasião em que esta pesquisa foi realizada, não foram encontrados estudos sobre o cuidado relativo ao pé diabético na cidade de Manaus, o que suscitou as seguintes perguntas de pesquisa: como as orientações para prevenção e cuidados com o pé diabético ofertadas pelos profissionais da saúde, são compreendidas e utilizadas (ou não) pelos usuários? E para além dos cuidados orientados pelo serviço, que outros cuidados se produzem no cotidiano dos usuários? Desta forma, esta pesquisa teve por objetivo verificar a relação entre os saberes técnicos e os saberes populares e comunitários, relativos ao autocuidado com o pé diabético em usuários do Programa de Prevenção do Pé Diabético (PPPD), de uma Unidade Básica de Saúde, a qual, na época da pesquisa era referência no tratamento de pé diabético, no município de Manaus, AM.

Pé Diabético e o Programa de Prevenção

Pé Diabético é o termo utilizado para caracterizar lesões nos pés dos diabéticos, decorrentes da neuropatia periférica crônica, doença arterial periférica, alterações biomecânicas e autocuidado deficitário (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

Nos anos 90, foi criado o “Consenso Internacional sobre o Pé Diabético”, desenvolvido a partir do conhecimento de especialistas e de pesquisas baseadas em evidências científicas, para fornecer aos profissionais de saúde, conhecimentos específicos sobre DM e PD. Em 2001, com sua tradução realizada pelo Grupo Internacional de Trabalho sobre Pé Diabético foram ofertados conhecimentos específicos aos profissionais de saúde em todos os níveis de assistência (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001). Foi implementado em vários estados brasileiros o Programa Salvando o Pé Diabético

com a meta de desenvolver ações preventivas e de tratamento para DM e PD por meio de práticas técnicas como: capacitar a equipe técnica, criar sistema de referência e contrarreferência, educar usuários e familiares e criar e desenvolver materiais educativos.

Considerando que PD é uma condição crônica, as ações de saúde devem ser desenvolvidas de forma que o indivíduo diabético seja empoderado a participar do tratamento e se responsabilizar por sua saúde.

Conhecimentos Técnicos e Populares

No cotidiano popular, a produção de conhecimento se organiza em diversas composições; ora inclui saberes técnicos, ora os assimila, ora os elimina e, por vezes, os transforma e relativiza. Entende-se como conhecimento técnico aquele que é produzido acadêmico-cientificamente. Por outro lado, entende-se como conhecimento popular aquele que é produzido empiricamente, no cotidiano familiar/comunitário e que se reproduz entre seus membros (COSTA; CARVALHO, 2012).

Considera-se igualmente necessário conhecer e compreender as formas como os conhecimentos técnicos e os conhecimentos populares produzem ações de cuidado no cotidiano das pessoas com pé diabético.

É importante que o atendimento à pessoa com esta comorbidade possibilite ao usuário fazer escolhas e o apoie para decidir sobre o que é mais adequado e conveniente para sua vida e sua saúde. Assim, com o processo educativo em saúde, no qual se produzem novos conhecimentos e a possibilidade de escuta e valorização dos saberes populares, os usuários adquirem uma visão mais crítica sobre sua saúde e sua efetiva participação no processo de cuidado (BRASIL, 2008). De acordo com Briceño-Léon (1996) existem dois princípios fundamentais para a realização das ações em saúde. O primeiro é conhecer os aspectos psicossociais e culturais dos indivíduos aos quais se destinam tais ações. O segundo é envolver os indivíduos nas ações, para assegurar sua sustentabilidade e efetividade. O usuário é reconhecido como sujeito ativo no processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma prática dialógica e crítica com o serviço de saúde.

Nos processos de educação em saúde é fundamental considerar as referências culturais dos usuários. Neste estudo toma-se tal premissa no cuidado

com o pé diabético, sobretudo considerando as diretrizes do SUS (SOUZA *et al.*, 2008; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005).

Para Junges *et al.* (2014), os conhecimentos populares influenciam o corpo nos aspectos físicos, funcionais, comportamentais e sociais, tornando variável o conceito de saúde e doença, conforme a cultura. Nessa mesma direção, Cecil Helman (1994) diz que a doença é caracterizada pelo significado que o sujeito, seus familiares e amigos dão ao mal-estar vivenciado.

A despeito disso, não é incomum que, ao tratar de orientações em saúde feitas ao sujeito com pé diabético, da mesma forma que em outros adoecimentos, as diferenças culturais entre equipe e usuários produzam notificações equivocadas, ou mesmo abandono do acompanhamento. De acordo com Vania Alves (2005), a educação popular em saúde prioriza a relação educativa com a comunidade e os usuários do serviço de saúde, quebrando a passividade existente no modelo técnico-científico, valorizando as trocas interpessoais, o saber popular e as iniciativas da comunidade. O processo educativo é um diálogo entre saberes, e o modelo dialógico e participativo compreende a atuação horizontal entre profissionais, comunidade e usuários (BRICEÑO-LÉON, 1996).

Segundo Francioni e Coelho (2004), o indivíduo deve ser o ator de sua própria história. Assim, a abordagem usada no processo educativo do usuário com pé diabético deve partir da realidade em que vive, valorizando o seu conhecimento, suas experiências e seu poder de decisão.

No que diz respeito ao cuidado em saúde no Município de Manaus, cabe destacar que, nas últimas décadas, boa parte das equipes de saúde se constituiu a partir de profissionais vindos de realidades bastante diversas daquela constituída na Região Amazônica. Tais profissionais trazem um arsenal de pressupostos referentes às relações sociais, com base em suas próprias culturas e se deparam com outra realidade; a cotidianidade dos serviços reitera a assertiva de que a realidade e a cultura locais não são apartadas dos processos de cuidado em saúde. É nesse contexto que esta pesquisa foi delineada, a partir da experiência profissional de uma terapeuta ocupacional do Sudeste, trabalhando no Amazonas há 11 anos. Por ter o município de Manaus forte presença de práticas e conhecimentos populares peculiares à Região Amazônica, torna-se relevante a identificação de tais conhecimentos e práticas, visando a efetiva aproximação entre profissionais e usuários de serviços de saúde.

Procedimentos Metodológicos

O resultado deste estudo é proveniente da pesquisa de mestrado de uma das autoras, sendo essa escrita um desdobramento. Trata-se de estudo de caso de caráter qualiquantitativo, cujo trabalho de campo ocorreu no período de julho de 2011 a abril de 2013, no serviço de referência para o cuidado com o Pé Diabético, do Programa de Acompanhamento e Prevenção à Hipertensão e ao Diabetes – Hiperdia (Programa do Sistema Único de Saúde – SUS), situado em Unidade Básica de Saúde (UBS) de Manaus, AM.

O Estado do Amazonas é o maior do território nacional e possui uma geografia singular, o que, em muitos casos, pode representar um desafio para o acesso aos serviços de saúde. Para a seleção dos participantes utilizou-se amostragem por conveniência dos usuários acompanhados pelo serviço de atendimento ao portador de Pé Diabético. Foram incluídos usuários adultos, moradores de Manaus e do interior do Estado do Amazonas, com diagnóstico de Pé Diabético, sem distinção de gênero, faixa etária, com ou sem outras comorbidades diabéticas. A totalidade desses usuários, 59 (cinquenta e nove), foi convidada a participar do estudo mediante abordagem verbal individual da pesquisadora, que atua como terapeuta ocupacional no serviço. Quarenta e quatro (44) usuários aceitaram participar (75% dos usuários do serviço).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e estruturadas, sendo utilizados dois roteiros de entrevista e um diário de campo. O roteiro estruturado é o “Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes–QAD”, versão traduzida por Michels *et al.* (2010), adaptada e validada para a cultura brasileira a partir do *The Summary of Diabetes Self Care Activities Measure* (SDSCA) (Toobert *et al.*, 2000). O formulário QAD avalia a adesão dos diabéticos aos autocuidados referentes às atividades orientadas, nos sete dias que antecederam à entrevista. O QAD é composto por 15 questões sobre alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitoramento da glicemia, cuidado com os pés, uso da medicação e tabagismo.

O segundo roteiro, elaborado pela pesquisadora, teve formato semiestruturado, sendo composto por perguntas temáticas acerca dos conhecimentos e práticas de autocuidado do grupo pesquisado, visando cobrir as lacunas deixadas

pelo primeiro instrumento no que diz respeito aos objetivos. Indagou-se sobre o Diabetes (DM) e o Pé Diabético (PD), buscando relatos de conhecimentos e de práticas de cuidado. Ao final de uma sequência de questões acerca dos cuidados orientados pela UBS e sua adoção pelos usuários, foram feitas duas perguntas abertas: uma indagando sobre os cuidados realizados com o Diabetes que teriam sido aprendidos em contextos familiares e/ou comunitários (fora da UBS) e outra com o mesmo teor, porém especificamente sobre o Pé Diabético. Tal roteiro foi usado como norteador da conversa, permitindo ao entrevistado discorrer livremente sobre o mesmo tema em diferentes momentos, complementando informações que havia dado. As entrevistas tiveram registro audiovisual, devidamente autorizado. As informações foram tratadas a partir da Análise de Conteúdo (MINAYO, 2004), sendo os registros agrupados por categorias semânticas e analisados à luz do referencial teórico. No diário de campo foram registradas as falas e as vivências dos entrevistados, a partir da chegada dos mesmos na unidade de saúde.

Quanto aos aspectos éticos, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Nilton Lins em Manaus, AM, sob o CAAE N. 09187212.5.0000.5015.

Resultados e Discussão

A UBS e a população do estudo

A UBS atendia, no momento da pesquisa, a totalidade de 59 usuários do Programa de cuidados com o Pé Diabético, dos quais 44 (75%) aceitaram participar, sendo 22 (50%) mulheres e 22 (50%) homens, com idades entre 36 e 74 anos. Segundo registro de escolaridade, oito participantes possuíam alfabetização básica, 17 ensino fundamental completo, 14 ensino médio completo e cinco, superior completo. Ou seja: mais da metade possuía, no máximo, o ensino fundamental.

Cuidados populares sobre o diabetes e com o pé diabético

Os entrevistados demonstraram conhecimento sobre duas causas do DM: o fator genético e a relação da alimentação inadequada com hiperglicemia e

comorbidades. Não houve referência ao fator atividade física, supostamente por desconhecimento sobre essa relação.

Ao falarem sobre complicações do diabetes, mencionaram as oftalmológicas (72,73%), renais (43,18%) e cardíacas (15,91%). Em alguns casos, mais de uma complicação foi mencionada pelo mesmo usuário. Embora o pé diabético fosse a única complicação crônica que atingia 100% dos participantes (uma vez que todos eram usuários de serviço específico para a referida comorbidade) apenas 25% reconheceram este problema como complicação do diabetes.

Thiago Borges *et al.* (2012), avaliando o conhecimento populacional sobre fatores associados ao diabetes, identificaram maior entendimento sobre esta morbidade nos estratos socioeconômicos mais elevados, que seria a menor parte da amostra da presente pesquisa.

Ao serem indagados especificamente sobre a adesão às orientações fornecidas pela UBS, relativas aos cuidados com o Diabetes e/ou com o Pé Diabético, a maioria dos entrevistados refere não adesão. Porém, ao serem perguntados sobre quais cuidados têm com relação ao Diabetes e/ou Pé Diabético, independentemente das orientações da UBS, todos eles referiram pelo menos duas ações de cuidados diários. Os cuidados com o pé diabético mais frequentemente referidos foram: higienizar (54,5%), secar (40,9%) e hidratar (31,8%). Sobre os cuidados com a condição geral de saúde no que diz respeito ao Diabetes, 88,6% dos entrevistados mencionaram seguir uma alimentação voltada para o cuidado com esta condição; destes, 47,7% buscavam uma alimentação saudável e 40,9% seguiam uma dieta orientada. Destaca-se que muitas das ações mencionadas coincidem com aquelas orientadas pelos profissionais da UBS, ainda que o recurso utilizado pelo usuário fosse diferente daquele sugerido pelo serviço.

A análise cruzada destas informações permitiu identificar que as palavras, os termos e as orientações diretivas ofertadas pela UBS, em muitos casos, eram compreendidos como normas impostas, cabendo ao usuário apenas relatar seu cumprimento ou “confessar” o seu não cumprimento, como pode ser exemplificado pelas falas a seguir:

Passo sebo de Holanda no pé, é bom. Não tenho cuidado especial com meu pé não, só lavo e enxugo. (Entrevistado 06)

Confesso que não como a dieta da nutricionista (...). Evito macarrão, como salada, tento comer mais saudável. (Entrevistado 23)

Verifica-se, nessas falas, a presença de cuidados como higiene, hidratação e secagem dos pés e redução da ingestão de carboidratos. Porém os usuários parecem não identificar tais ações como sendo “cumprimento” das orientações feitas pela UBS, incorporando-as como prática comum de seu cotidiano.

Autores como Albuquerque e Stotz (2004) e Boehs *et al.* (2007) investigam estratégias que incorporam o conhecimento popular e a cultura local nas propostas de educação em saúde, apontando para a relevância destas para o alcance efetivo da promoção da saúde. Como qualquer outro poder e força impostos, as práticas médicas também encontram resistência. Ainda assim, o enfoque mais conservador da educação em saúde, baseado na transmissão de conhecimentos, deixa de lado os processos de resignificação das informações recebidas pelo usuário, segundo seu próprio repertório e referenciais (NUTO *et al.*, 2011).

Do mesmo modo, práticas populares de cuidado apreendidas em contexto familiar ou comunitário parecem ser omitidas no encontro dos usuários com o profissional da saúde – ou para evitar repreensão, ou por não as considerarem merecedoras de atenção. Contudo, verificou-se que essas práticas, na maioria dos casos, se aproximavam das orientações de cuidado feitas pelos profissionais da UBS, mesmo que apoiadas em termos, palavras e materiais diferentes dos usados pelos profissionais de saúde, demonstrando apropriação e resignificação das informações e orientações do serviço de saúde, em combinação com aprendizados advindos do âmbito familiar e comunitário.

Conhecimentos populares

Além da resignificação do conteúdo aprendido na UBS, as entrevistas revelaram também um grupo de informações próprias, advindas do conhecimento popular dos participantes sobre o diabetes e seus cuidados. É necessário, todavia, ressaltar que tais conhecimentos não emergiram espontaneamente. Ao final do roteiro sobre o Diabetes e o Pé diabético, era perguntado: “você sabe mais alguma coisa sobre o Diabetes e o Pé diabético e seus cuidados, mesmo que não tenha aprendido com os profissionais de saúde?”. Esse questionamento abriu um

novo grupo de respostas, compreendido pelos entrevistados como um saber e um cuidado específicos sobre DM e PD, o que se confirma pelo depoimento do entrevistado 02: “uso óleo de cobra nos pés [...] Aprendi com minha vó”.

Ainda que a cultura popular seja globalmente valorizada, atualmente esta permanece subjugada à cultura científico-acadêmica quando se trata de cuidados em saúde. Com objetivo de alterar hábitos da população com a qual atua e, tomando como parâmetro suas próprias referências e não as dos usuários, é comum que os profissionais de saúde invistam em projetos de educação em saúde com pouco espaço para os saberes populares e cultura local, deixando em evidência a sobreposição de conhecimentos científicos sobre os populares. Entretanto, de acordo com Leilane Sousa *et al.* (2008), as críticas à concepção tradicional de educação em saúde “têm levado muitos profissionais a trabalharem com formas alternativas de educação em saúde, das quais se destacam aquelas referenciadas na educação popular”.

Da mesma forma, alguns entrevistados somente mencionaram cuidado com a alimentação, com a vascularização e com o controle glicêmico quando foram perguntados sobre “outros conhecimentos, ainda que não tivessem aprendido com um profissional de saúde”.

Destaca-se que tais respostas surgiram principalmente na questão específica sobre os cuidados com o pé diabético, e não com o Diabetes de modo geral:

Evito comer comida remosa [gordurosa] por conta do meu pé, pra não piorar (Entrevistado 42).

Eu só como em casa, não como na rua, não gosto. E sempre tem fruta e verdura lá em casa (Entrevistado 02).

Minha comida é sempre a mesma: peixe ou frango guisado, farinha, arroz e uma saladinha de tomate com pepino; tirei o macarrão (Entrevistado 31).

Quando sinto dor, peço ao meu filho para dar massagem no meu pé e aí melhora (Entrevistado 04).

Estes dados chamam a atenção para o valor que podem assumir o conhecimento técnico e o conhecimento popular para os participantes da

pesquisa. Nas falas acima, verificam-se cuidados com alimentação e com circulação periférica, ainda que nada disso tivesse sido mencionado antes durante as questões referentes à adoção de cuidados orientados pela UBS.

A demanda pela ampliação das abordagens na atenção à saúde, com ênfase nos campos da alimentação e cultura e do saber popular, vem sendo apontada pela literatura científica (JUNGES *et al.*, 2014; GOMES, 2007). Com este objetivo, Santos (2012) tematizando as práticas de Educação Alimentar e Nutricional, chama atenção para a necessidade do respeito à cultura alimentar e à diversidade regional no manejo do cuidado em alimentação e nutrição. Na mesma direção, Maria de Fátima Grillo *et al.* (2013) apontam que, a educação para o autocuidado deve considerar o contexto cultural do usuário e o seu vínculo com a equipe de saúde, para possibilitar que a ação educativa seja mais eficaz.

Saber popular e conhecimento técnico

Como já apontado, apesar de na primeira etapa da pesquisa – durante perguntas sobre práticas apoiadas por orientações técnicas da UBS nos cuidados com o DM e PD – alguns entrevistados mencionarem desconhecimento, ou mesmo descuido no trato com os pés ao serem perguntados sobre o cuidado advindo de outras fontes de conhecimento que não necessariamente as técnicas, estes citaram práticas oriundas do conhecimento popular. Isso sugere que, embora valorizem e pratiquem tais ações, não as reconhecem como legítimas no meio técnico, ou seja, seriam irrelevantes para a pesquisa. Confirmando essa suspeita, alguns entrevistados se surpreenderam ao serem perguntados sobre cuidados apreendidos fora da UBS, mencionando desconhecer a relevância dessa informação para a pesquisa, conforme as respostas dos entrevistados 14 e 21, respectivamente: “*a senhora quer saber nome de plantas usadas pra remédio*”, “*pra que a senhora que saber isso*”?

Nessa direção destaca-se que, na primeira pergunta (sobre cuidados com o pé diabético) 15,91% revelou total desconhecimento e mais de 50% disseram não seguir as orientações dos profissionais da UBS. Entretanto, à segunda pergunta (específica sobre o saber popular nos cuidados com o pé diabético), 100% dos entrevistados relataram algum tipo de cuidado popular com os pés. Identifica-

se, dessa forma, que o conhecimento popular e as práticas de cuidado por ele geradas são, em princípio, omitidas – ou mesmo desqualificadas pelos usuários entrevistados, enquanto cuidado.

A surpresa e o estranhamento dos usuários frente ao interesse nos conhecimentos populares reforçam a hipótese do distanciamento entre os universos do conhecimento técnico e do conhecimento popular sobre o DM, o PD e seus cuidados. Contudo, as práticas populares de cuidado com o PD citadas pelos participantes convergem com as orientações técnicas de cuidado.

A convergência entre informações geradas pelo conhecimento científico e pelo conhecimento popular já foi demonstrada em outros estudos (GRILLO *et al.*, 2013). Márcio Badke *et al.* (2012), estudando saberes populares na Região Sul brasileira relativos ao uso de plantas medicinais, verificaram que boa parte das plantas usadas tinham respaldo no conhecimento científico, já para Tânia Fernandes (2004) o saber popular pode ser determinante para a escolha de alguns estudos científicos, ratificando a importância da valorização do conhecimento popular.

Os resultados deste estudo mostram que os conhecimentos populares sobre os cuidados com o Pé Diabético, ainda que originados de fontes diferentes e expressados por outros vocabulários, convergem às orientações dos profissionais da equipe de saúde.

Do mesmo modo, verifica-se que “*evitar comida remosa*” vai ao encontro da orientação para diminuir gorduras na alimentação; a ingestão de “*chás para baixar o açúcar*” demonstra preocupação com a glicemia; “*lavar, enxugar e passar sebo nos pés*” corresponde à higienização, prevenção da umidade e garantia de hidratação, como orientado na UBS; “*comer em casa [...] com muita verdura*” e “*tirar o macarrão*” indicam mudanças de hábitos alimentares, aumentando o consumo de fibras e diminuindo o consumo de carboidratos, convergindo com as orientações técnicas.

Além disso, é possível inferir, neste caso, que quando o conhecimento técnico é assimilado, ele passa a ser considerado como prática popular pelos usuários, razão pela qual não foi reportado, exceto quando especificamente solicitado. Segundo Patrícia Batista *et al.* (2014), no processo de atenção à saúde, o saber popular agrega valor às ações de proteção e promoção; neste sentido é que tem sido incorporado às práticas de formação profissional.

É necessário ressaltar ainda, a necessidade de garantir o direito à decisão sobre a própria saúde, nos casos em que os conhecimentos e cuidados utilizados pelo usuário não coincidem com aqueles oriundos do saber técnico em saúde. É necessário afirmar radicalmente o reconhecimento do usuário como ativo no processo saúde-doença-cuidado, de modo que se identifique nele um sujeito capaz de estabelecer uma prática dialógica e crítica com o serviço de saúde – ainda que isto coloque em segundo plano os modos técnicos de produzir cuidado.

Destaca-se também que os resultados demonstram que os conhecimentos técnicos dos entrevistados sobre o PD só provocam mudanças de hábito e adesão ao tratamento, quando ganham significado para o sujeito, passando a compor seu próprio universo de conhecimento, às vezes de forma plena, às vezes de forma relativa ou adaptada, como algumas mudanças alimentares, hidratação e massagem dos pés; e mesmo o uso (ainda que esporádico) da medicação.

Maurício Rebellato e Fabiana Iser (2012) verificaram que o contexto social atua diretamente na apropriação e nas diferentes formas de resignificação do conteúdo oferecido. Desta forma, entende-se que, quanto mais o conjunto de orientações e informações recebido pelos usuários próximos ou *aproximáveis*, se relacione àquilo que já conhecem (seja por orientações familiares e comunitárias, seja pela própria experiência com a doença), maior a possibilidade de passar a compor seu repertório de cuidados com o DM e com o PD.

Assim, ressalta-se que a intenção da educação em saúde não deve ser de transformar concepções populares ou cooptá-las pelo saber científico. Pelo contrário, a perspectiva é de ampliar os repertórios somando conhecimentos (BOEHS *et al.*, 2007). Sharmência Nuto *et al.* (2011) comentam que “as atividades educativas não necessariamente precisam modificar as concepções populares das doenças, mas elas são importantes para abrir caminhos para a incorporação, no dia a dia dos usuários, de medidas preventivas que causem impactos nas prevalências das doenças”.

Heloisa Faria *et al.* (2014) apontam que em muitos estudos é comum identificar a leitura de “baixa adesão” aos cuidados recomendados com o PD, ainda que se verifique o crescimento da compreensão dos usuários com relação às informações em saúde (GUTTIER *et al.*, 2016). Como pode ser identificado neste estudo é possível que os próprios usuários declarem a não adesão. É igualmente

possível que os técnicos do serviço não reconheçam a adesão dos usuários, sem que esta seja de fato uma constatação verídica. Este equívoco pode ser provocado pela distância cultural, uma vez que os termos e recursos utilizados para os cuidados advindos dos conhecimentos populares com o Diabetes e com o Pé Diabético pode não ter correspondência direta com aqueles utilizados pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à efetiva realização dos cuidados. Além disso, a não compreensão de que tais ações constituem-se em práticas legítimas de cuidado em saúde, tanto pela equipe quanto pelos próprios usuários, pode levar a grandes lacunas na relação usuário-serviço. Tal distanciamento, entretanto, não significa que os cuidados não sejam realizados.

Como pode ser identificado nas respostas sobre conhecimentos populares, foi possível verificar que os cuidados são realizados, embora por caminhos diferentes daqueles orientados pelos profissionais da UBS. Isto pode contribuir para questionar se os indicadores de avaliação de adesão, em geral, estariam de fato colocando em análise o cuidado, ou se estariam considerando “adesão” enquanto “ato de obediência” às orientações, descartando a convicção e afirmação sobre o poder de autogestão dos usuários.

Considerações Finais

Os resultados encontrados, a partir das entrevistas e do diário de campo, demonstraram que os cuidados com a saúde dos usuários portadores de Pé Diabético participantes deste estudo vêm sendo construídos a partir da associação entre conhecimentos populares em saúde e conhecimento técnico. Evidenciam que, aquilo que em princípio poderia ser compreendido como baixa adesão aos cuidados com o DM e o PD, é caracterizado pela falta de significado para a realização das orientações técnicas, o que não implica em pouco cuidado, uma vez que se fazem presentes cuidados outros, popularmente reconhecidos e legitimados.

Os resultados também indicam que, de forma geral, os entrevistados têm mais apropriação dos conhecimentos técnicos sobre o DM e o PD do que das práticas técnicas sobre os cuidados. Ou seja: estão apropriados de boa parte das informações, mas não das práticas técnicas, de forma que os conhecimentos não necessariamente se transformam em ações de autocuidado. Quando o

autocuidado ocorre, ainda assim nem sempre é aquele tecnicamente orientado, gerando leituras equivocadas de não adesão.

Essa escrita demonstra a importância de observar e considerar os conhecimentos e as práticas populares em saúde. Sobretudo, destaca-se a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem a relevante necessidade de não sobrepor os conhecimentos científicos aos conhecimentos populares dos usuários que acompanham. A contínua afirmação de que o usuário “não adere” ou “não colabora” pode, em longo prazo, levar ao abandono tanto do tratamento quanto das próprias práticas populares de autocuidado.

É necessário que os profissionais de saúde valorizem os aspectos dos usuários, de modo a tornar a abordagem terapêutica mais flexível e acessível para auxiliar no processo de posse e manutenção da autonomia de seu tratamento. E assim, ofertar aos usuários um programa de educação popular em saúde com conhecimentos e práticas necessárias para o autogerenciamento dos cuidados com o DM e o PD e para a tomada de decisões com relação a hábitos cotidianos, visando ampliar seu repertório de conhecimentos, e não sobrepor ou desqualificar conhecimentos. Nesse sentido, os cuidados em saúde utilizados pelos usuários, como por exemplo os recursos naturais usados no tratamento do DM e do PD, devem ser valorizados, podendo inclusive, serem analisados e incorporados aos conhecimentos técnicos também, como em uma via de mão dupla.

Referências

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200006>
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
- BADKE, M. R.; BUDÓ, M. L. D.; ALVIM, N. A. T.; ZANETTI, G. D.; HEISLER, E. V. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 363-370, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200014>
- BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 18, supl. 2, 2015.
- BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200014>

- BORGES, T. T.; ROMBALDI, A. J.; CORRÊA, L. Q.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Prevalência de autorrelato da morbidade e conhecimento sobre diabetes: estudo populacional de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 14, n. 5, p. 562-570, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n5p562>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p.
- BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.
- COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 65-71, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100008>
- COSTA, S. L.; CARVALHO, E. M. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2931-2940, 2012. ISSN: 1413-8123. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=630/63024420010>
- FARIA, H. T. G.; SANTOS, M. A.; ARRELIAS, C. C. A.; RODRIGUES, F. F. L.; GONELA, J. T.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. (2014). Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000200009>
- FERNANDES, T. M. **Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 260 p. ISBN 978-85-7541-348-7.
- FRANCIONI, F. F.; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto & Contexto de Enferm**, Florianópolis, SC, v. 13, n. 1, p. 156-162, 2004.
- GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732007000600009>
- GRILLO, M. F. F.; NEUMANN, C. R.; SCAIN, S. F.; ROZENO, R. F.; GROSS, J. L.; LEITÃO, C. B. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 400-405, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>
- GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**/ publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do

- Distrito Federal. Tradução de: International Consensus on the Diabetic Foot. 2001.
- GUTTIER, M. C.; SILVEIRA, M. P. T.; LUIZA, V. L.; BERTOLDI, A. D. Percepção, conhecimento e uso de medicamentos genéricos no Sul do Brasil: o que mudou entre 2002 e 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, e00070215, ago. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070215>
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.
- JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 382-390, 2014. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000210013>
- MICHEL, M. J.; CORAL, M. H. C.; SAKAE, T. M.; DAMAS, T. B.; FURLANETTO, L. M. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 54, n. 7, p. 644-651, 2010. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. Petrópolis: Ed. Vozes. 2004.
- NUTO, S. A. S.; AMORIM, S. I. F.; NATIONS, M. K.; COSTA, I. C. C. Avaliação de oficinas de autocuidado aos portadores de periodontite crônica: cuidando dos usuários e cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Suppl.1, p. 913-921, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700023>
- REBELLATO, M.; ISER, F. As mediações familiar e socioeconômica em Ibirubá (RS) a partir da recepção do telejornal RBS Notícias. **XIV Seminário Internacional de Educação no Mercosul**. Cruz Alta, RS, 2012. Disponível em: <http://docplayer.com.br/7991607-As-mediacoes-familiar-e-socioeconomica-em-ibiruba-rs-a-partir-da-recepcao-do-telejornal-rbs-noticias-1.html>
- SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 455-462, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200018>
- SOUSA, L. B.; AQUINO, P. S.; FERNANDES, J. F. P.; VIEIRA, CUNHA, N. F., BARROSO, M. G. T. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-112, 2008.
- TOOBER, D.; HAMPSON, S.; GLASGOW, R. The summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**. v. 23, n. 7, p. 943-50, 2000.
- VIEIRA-SANTOS, I. C. R.; SOUZA, W. V.; CARVALHO, E. F.; MEDEIROS, M. C. W. C.; NÓBREGA, M. G. L.; LIMA, P. M. S. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2861-2870, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200015>
- WANG, H. N. et al. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1459–544, 2016. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673616310121/fulltext>
- WHO. World Health Organization. **Global report on diabetes**. WHO. Geneva: World Health Organization. 2016.

Os benefícios dos alimentos funcionais no controle da obesidade em idosos

Maria Bernadete Marinho de Medeiros
Nair Eunice Bezerra de Souza Neta

Introdução

A população idosa vem aumentando gradativamente nas últimas décadas, tornando-se um fenômeno mundial, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (WHO, 2001; IBGE, 2011). Estudos comprovam que a população idosa com mais de 60 anos crescerá mundialmente, mais de 300% em aproximadamente 50 anos, podendo chegar a quase 2 bilhões em 2050 (IBGE, 2011).

No Brasil, nos últimos anos, a população idosa vem aumentando progressivamente, analisando que certamente em 2025, este grupo populacional será de 32 milhões, com expectativa de vida em torno de 75 anos (SOUZA *et al.*, 2013).

Com o crescimento da perspectiva de vida foi observado concomitantemente, alterações no perfil de saúde, um aumento expressivo de incidências de doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, 2003). Esse contexto epidemiológico gera maiores gastos aos serviços de saúde, aumentando as despesas com assistência hospitalar e médica, seja na rede pública ou privada do sistema de saúde (LOURENÇO *et al.*, 2005).

Neste sentido, vale ressaltar a importância de uma melhor compreensão do que é envelhecer, pois o envelhecimento é um processo que ocorre naturalmente, submetendo o organismo a várias modificações, sendo elas anatômicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas, dependendo do estilo de vida, saúde e nutrição de cada indivíduo (LOURENÇO *et al.*, 2005).

Diante de tantas peculiaridades, o idoso deve ser avaliado de forma completa e multidisciplinar, sendo de suma importância avaliar o seu estado nutricional, dando ênfase às alterações nutricionais e evitando que sejam associadas somente como um processo natural do envelhecimento (FERREIRA *et al.*, 2008).

Geralmente os hábitos alimentares do idoso correspondem aos adquiridos na juventude e refletem em seu estado nutricional nesta fase da vida,

porém o aumento de doenças e incapacidades estão diretamente relacionadas com alterações no estilo de vida, sendo crescente o predomínio de distúrbios nutricionais (CURIATI, 2006; CARVALHO *et al.*, 2006).

A obesidade e a desnutrição são problemas coexistentes atualmente, embora a desnutrição em idosos esteja mais associada à mortalidade do que o acúmulo de peso, a obesidade vem aumentando consideravelmente nesta faixa etária, trazendo consigo muitas manifestações patológicas, acelerando a diminuição das funções no idoso e aumentando suas limitações, ocasionando assim, perda da autonomia e independência (MOREIRA, 2008).

A obesidade caracteriza-se por acumular excessivamente gordura corporal, sendo um estado inflamatório crônico de caráter multifatorial, associado ao sedentarismo e maus hábitos alimentares, desencadeando fatores de riscos para outras comorbidades, como doenças cardíacas, diabetes mellitus tipo II, hipertensão e cânceres (FRANCISQUETI *et al.*, 2015).

Para envelhecer com qualidade de vida é fundamental manter uma alimentação saudável, balanceada e equilibrada, a base de alimentos ricos em nutrientes. Para tanto, alternativamente existem alimentos que além da função de nutrir, apresentam em sua composição efeitos benéficos ao organismo, esses alimentos são conhecidos como “alimentos funcionais”, pois possuem propriedades que podem auxiliar tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças, fortalecendo o sistema imunológico, melhorando a saúde mental e física; e retardando o processo de envelhecimento orgânico (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

Diante do crescente aumento da obesidade entre os idosos, se faz necessário criar estratégias de educação em saúde que possam auxiliar na prevenção ou no tratamento de tal comorbidade. Esta escrita relata a importância do consumo dos alimentos funcionais na prevenção e tratamento da obesidade em idosos, mostrando seus benefícios, contribuições e o importante papel que estes alimentos desempenham no apoio ao envelhecimento saudável, para tanto foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scielo, livros, revistas científicas e a legislação pertinente a este tema, foram utilizados também neste estudo, dados coletados da avaliação nutricional dos idosos do ano de 2019 do Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) Ada Rodrigues Viana.

Local e População do Estudo

Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica e observacional de delineamento transversal sobre a avaliação nutricional em idosos atendidos no CAIMI Ada Rodrigues Viana, localizado na cidade de Manaus – AM, zona Oeste da cidade, sito à Av. Brasil, S/N - Compensa II, CEP 69035-350. Com atendimentos de segunda a sexta das 07:00 às 18:00h, o CAIMI dispõe de assistência ambulatorial de média complexidade, de maneira exclusiva aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, prestando serviços de atendimentos com equipe multiprofissional nas áreas de serviço social, fisioterapia, nutrição, enfermagem, psicologia, odontologia, técnicos de enfermagem, assistência farmacêutica e laboratorial, consultas com médicos na área clínica e algumas outras especialidades como gerontologia, gastroenterologia e cardiologia.

No CAIMI, o atendimento nutricional é realizado periodicamente, visando acompanhar o estado nutricional e clínico do idoso. Primeiramente o idoso passa por uma triagem realizada pelos técnicos de enfermagem, na qual são aferidos temperatura corporal, pressão arterial, peso e altura, em seguida os mesmos são encaminhados à equipe multiprofissional, sendo acompanhados por assistente social, psicóloga, enfermeira e pôr fim nutricionista, que coleta informações clínicas atuais e pregressas dos pacientes através de um questionário socioeconômico e anamnese alimentar e procede com a avaliação nutricional.

A avaliação nutricional coleta as informações adquiridas através de dados clínicos, bioquímicos, dietéticos, socioeconômicos e antropométricos. Estas contribuem para o diagnóstico coletivo, identifica indivíduos em risco, a vigilância nutricional e avaliação de políticas e programas de saúde (GIBSON, 2005). Durante a avaliação nutricional antropométrica são aferidos peso, altura e algumas circunferências como braço, panturrilha, abdômen e outras medidas como as pregas cutâneas, para que mediante o diagnóstico clínico e físico seja realizada a elaboração do plano alimentar de cada paciente, sendo sua prescrição individualizada com cálculos de calorias necessárias e distribuição dos macros e micronutrientes, de acordo com suas necessidades nutricionais e diagnóstico patológico apresentado pelo idoso.

Comparando os dados da avaliação nutricional, realizada em idosos atendidos no ambulatório de nutrição do CAIMI Ada Rodrigues Viana, durante o ano de 2019, a

partir do índice de massa corporal (IMC), utilizando os pontos de corte visualizados no (quadro 1), foi possível observar que em um total de 369 idosos avaliados neste período, 62% deles, ou seja, $n= 228,78$, encontraram-se com diagnóstico de obesidade ($IMC > 27 \text{ kg/m}^2$), sendo que a maioria desses idosos possui outras comorbidades como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemias, cardiopatias e esteatose hepática.

Quadro 1: Classificação segundo do estado nutricional de idosos atendidos no CAIMI Ada Rodrigues Viana. Critérios da OMS.

IMC	Classificação do estado nutricional	Percentual do IMC de idosos atendidos no CAIMI Ada Rodrigues Viana
$< 22 \text{ kg/m}^2$	Desnutrição	11% $n= 40,59$
$22 - 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrofia	27% $n= 99,63$
$> 27 \text{ kg/m}^2$	Obesidade	62% $n= 228,78$

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Visto que a nutrição tem um importante papel no processo do envelhecimento, na incidência de doenças correlacionadas com a idade, bem como na diminuição das funções e aparecimento de deficiências, torna-se necessário o monitoramento e a avaliação do estado nutricional de idosos para uma assistência adequada e para planejar e executar ações de promoção da saúde.

O envelhecimento e a obesidade

Considerado um processo natural, o envelhecimento é progressivo, cujas características englobam transformações físicas, psicológicas, morfológicas e sociais, podendo levar a alterações no estado nutricional do idoso e suas medidas antropométricas (SASS; MARCON, 2015).

Atualmente, entre os problemas de saúde pública no mundo, verifica-se que a maioria está correlacionada de forma direta com o estado nutricional e o envelhecimento da população, pois existe um aumento progressivo na demanda de saúde interligada a crescente incidência de doenças não transmissíveis como diabetes, doenças coronárias e obesidade (TAVARES *et al.*, 2015).

Para Santos e colaboradores (2013), a composição corporal do idoso passa por mudanças significativas, como a diminuição do tecido muscular

(sarcopenia) e o crescimento da gordura corporal total, alterações que tornam este grupo populacional mais vulnerável a limitações de mobilidade, causando uma diminuição na capacidade física, associada ao envelhecimento, refletindo assim uma maior prevalência de obesidade e sobrepeso entre os idosos.

Carlos Augusto Monteiro e colaboradores (1995) afirmam que neste século está ocorrendo, em diferentes países do mundo, uma transição nutricional, convergindo entre si para uma dieta conhecida como “dieta ocidental”, sendo essa uma alimentação mais rica em gorduras, alimentos refinados e açúcares, havendo uma redução no consumo de carboidratos complexos e fibras. Essa transição nutricional no padrão alimentar da população, também está relacionada com mudanças socioeconômica, epidemiológica e demográfica no decorrer do tempo, pois mostra uma redução constante da desnutrição e um aumento progressivo da obesidade (MONTEIRO *et al.*, 1995).

No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009, houve mudanças no padrão da dieta brasileira, alimentos tradicionais e básicos como feijão, arroz e hortaliças, estão cada vez mais sendo substituídos por alimentos e bebidas industrializadas como comida pronta, carnes processadas, refrigerantes e biscoitos, ocasionando um aumento excessivo na ingestão de calorias, desregulando o balanço energético e aumentando o risco da obesidade e outras comorbidades (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Alimentos funcionais na prevenção e no tratamento da obesidade

Tendo em vista que a obesidade desenvolve alterações metabólicas prejudiciais ao organismo, se faz necessário adotar procedimentos e alternativas que possam auxiliar no tratamento do estado inflamatório sistêmico e no desequilíbrio das funções orgânicas (SANTOS *et al.*, 2006). Assim, devem ser inseridos no plano alimentar dos idosos os “alimentos funcionais”, pois ajudam na diminuição dos níveis de glicemia, retêm a inflamação, e retiram os radicais livres existentes no organismo (CARVALHO *et al.*, 2013).

O termo “alimento funcional” foi criado na década de 1980, no Japão, porém até hoje não se tem uma definição universal aceita. A definição mais completa é que são alimentos benéficos que além de fazerem a nutrição básica,

possuem uma ou mais funções orgânicas, que contribuem para melhorar a saúde e bem-estar do indivíduo, reduzindo o risco de doenças (DIPLOCK *et al.*, 1999).

Esses alimentos têm um importante papel na prevenção e no controle da obesidade, pois modulam a composição corporal e ajudam a reduzir o apetite (COZZOLINO, 2005). Os efeitos benéficos desses alimentos são desinentes de muitos efeitos fisiológicos e metabólicos que ajudam o organismo a desempenhar melhor suas funções, consequência da interação de componentes celulares ou teciduais com compostos bioativos existentes, podendo gerar consequentemente, efeito biológico (FERRARI; TORRES, 2002).

Os compostos existentes nestes alimentos têm ação fisiológica específica ou metabólica, com substâncias bioativas que podem gerar efeitos para o organismo, como destruição de bactérias gastrointestinais nocivas, bloqueio da atividade de toxinas virais ou antibacterianas, ação antioxidante, ativação de enzimas, inibe o colesterol ruim e diminui a agregação plaquetária (QUEIROZ, 2012). Segundo Manach *et al.* (2012) esses compostos bioativos podem agir simultaneamente e em diferentes células, desenvolvendo benefícios fisiológicos que contribuem para a saúde do indivíduo.

Em meio aos compostos bioativos já pesquisados e evidenciados, que dão função aos alimentos, estão os antioxidantes (polifenóis, carotenoides, tocoferóis, tocotrienóis, fitoesteróis, isoflavonas, compostos organossulfurados), os esteroides vegetais ou fitoestrógenos e os carboidratos não digeríveis – fibras solúveis e insolúveis (CHAVES, 2015). No quadro 2 é possível observar os principais compostos funcionais investigados pela ciência.

Quadro 2: Principais compostos funcionais investigados pela ciência.

Composto	Ação	Alimentos e onde são encontrados
Isoflavonas	Ação estrogênica (reduz sintomas da menopausa) e anticâncer	Soja e derivados
Proteínas de soja	Redução dos níveis de colesterol	Soja e derivados
Ácidos graxos ômega-3	Redução do LDL – colesterol; ação anti-inflamatória; é indispensável para o desenvolvimento do cérebro e da retina de recém-nascidos	Peixes marinhos como sardinha, salmão, atum, anchova, arenque e outros

Ácido a – linolênico	Estimula o sistema imunológico e tem ação anti-inflamatória	Óleos de linhaça, colza, soja; nozes e amêndoas
Catequinas	Reduzem a incidência de certos tipos de câncer, reduzem o colesterol e estimulam o sistema imunológico	Chá verde, cerejas, amoras, framboesas, mirtilo, uva roxa, vinho tinto
Licopeno	Antioxidante, reduz níveis de colesterol e o risco de certos tipos de câncer, como de próstata	Tomate e derivados, goiaba vermelha, pimentão vermelho, melancia
Luteína e Zeaxantina	Antioxidantes; protegem contra degeneração macular	Folhas verdes (luteína). Pequi e milho (zeaxantina)
Indóis e Isotiocianatos	Indutores de enzimas protetoras contra o câncer, principalmente de mama	Couve-flor, repolho, brócolis, couve de bruxelas, rabanete, mostarda
Flavonoides	Atividade anticâncer, vasodilatadora, anti-inflamatória e antioxidante	Soja, frutas cítricas, tomate, pimentão, alcachofra, cereja
Fibras solúveis e insolúveis	Reduz risco de câncer de cólon, melhora o funcionamento intestinal. As solúveis podem ajudar no controle da glicemia e no tratamento da obesidade, pois dão maior saciedade.	Cereais integrais como aveia, centeio, cevada, farelo de trigo, etc.; leguminosas como soja, feijão, ervilha, etc.; hortaliças com talos e frutas com casca
Prebióticos - frutooligosacarídeos, inulina	Ativam a microflora intestinal, favorecendo o bom funcionamento do intestino	Extraídos de vegetais como raiz de chicória e batata yacon
Sulfetos alílicos (alilsulfetos)	Reduzem colesterol, pressão sanguínea, melhoram o sistema imunológico e reduzem risco de câncer gástrico	Alho e cebola
Lignan	Inibição de tumores hormônio-dependentes	Linhaça, noz moscada
Tanino	Antioxidante, antisséptico, vasoconstritor	Maçã, sorgo, manjeriço, manjerona, sálvia, uva, caju, soja
Estanois e esteróis vegetais	Reduzem risco de doenças cardiovasculares	Extraídos de óleos vegetais como soja e de madeiras
Probióticos – Bifidobactérias e Lactobacilos	Favorecem as funções gastrointestinais, reduzindo o risco de constipação e câncer de cólon	Leites fermentados, Iogurtes e outros produtos lácteos fermentados

Fonte: http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/05/texto_alimentos_funcionais_conceito-5363c728887c6.pdf

Vale ressaltar que os alimentos funcionais não devem ser consumidos em excesso, e sim fazer parte de uma dieta balanceada e equilibrada associados a hábitos de vida saudável, visando uma melhor qualidade de vida para os idosos.

Estratégias de educação em saúde

Qualidade de vida é um conceito de várias determinações e dimensões. Diz respeito à adaptação de grupos humanos e indivíduos em diferentes tempos e sociedades. A qualidade de vida relaciona-se com aspectos subjetivos e objetivos ligados à classe social, cultural, econômica, biológica e psicológica, incluindo e avaliando subjetivamente as condições de bem-estar e saúde e as diferentes situações de contexto, visando valores sociais e individuais. Tal conceito evidencia relevância na rotina diária de profissionais, que fazem acompanhamento de idosos e que procuram auxiliar seus atendidos para uma melhor qualidade de vida (NERI, 2007).

O conceito de qualidade de vida está relacionado com outro importante fator, o do envelhecimento saudável, processo e efeito que engloba controle e prevenção de doenças, hábitos de saúde (sono reparador, atividade física, alimentação equilibrada, evitar álcool e fumo), atividade social e cognitiva, participação social, produtividade, metas e objetivos (PATROCÍNIO *et al.*, 2013).

Com a expectativa de vida aumentada entre os indivíduos, conseqüentemente torna-se modificado o perfil de saúde populacional; ao invés de óbitos ou processos agudos, o que se tem é o maior surgimento das doenças crônicas e suas complicações, dentre elas a perda da independência funcional e autonomia, que além de gerar maiores gastos para os serviços de saúde, requisitam uma reordenação em relação as suas ações de prioridade. Mesmo nestas atuais circunstâncias, são observados, no geral, que os sistemas de saúde não se encontram capacitados para atender às variadas necessidades dos idosos (FERNANDES *et al.*, 2002). Grande parte das doenças crônicas que afetam os indivíduos idosos, tem como seu principal fator de risco a própria idade (GORDILHO *et al.*, 2001).

As ações coletivas podem ser estratégias eficientes a serem desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida populacional, quando são fundamentadas na transdisciplinaridade, na intersetorialidade e no processo de crescimento da autonomia dos indivíduos, já que não só permite debater os problemas referentes à comunidade, como também possibilita a elaboração coletiva de estratégias intervencionais (WIMMER *et al.*, 2006).

Segundo Rafaela Souza e Alysson Carvalho (2003), as estratégias de educação em saúde devem ser voltadas para hábitos de vida e condições sociais, ambientais e

econômicas que determinem a saúde de forma mais abrangente para uma melhor qualidade de vida. A promoção de saúde demonstra um meio promissor para combater os inúmeros problemas de saúde que atingem a população, promovendo a interação dos saberes popular e técnico, e a participação de recursos comunitários e institucionais, privados e públicos para seu combate e resolução. A promoção da saúde é uma estratégia que possibilita visão aos agravos à saúde do indivíduo e seus fatores de risco, focando no atendimento individual ou coletivo, produzindo meios que podem diminuir situações vulneráveis (BUSS, 2000).

Nesse contexto, a educação é de suma importância para a promoção da saúde, sendo usada como meio inovador de práticas e hábitos individuais e na melhora da qualidade de vida e autonomia do indivíduo (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010). Visando melhorar o estado nutricional dos idosos atendidos no ambulatório de nutrição do CAIMI, que apresentam em sua maioria, obesidade, sendo este um fator de risco para outras comorbidades, podendo comprometer sua independência e autonomia nesta fase da vida, buscou-se alternativas para auxiliar no envelhecimento saudável através das seguintes estratégias de educação em saúde:

- Educação nutricional, com ênfase na importância de alimentar-se bem para a prevenção de doenças;
- Rodas de conversa e palestras sobre os benefícios do consumo dos alimentos funcionais para a promoção da saúde;
- Pesquisa de avaliação nutricional e dados antropométricos, socioeconômicos e clínicos da população atendida;
- Orientações para a prática de hábitos de vida saudável, como atividade física diária, conforme orientação médica e alimentação saudável, mantendo uma dieta equilibrada e balanceada.

Aproveitando o cenário de emprego das estratégias citadas será feito também um estudo que terá como objetivo geral conhecer e avaliar o estado nutricional e sarcopênico de idosos atendidos no CAIMI. E como objetivos específicos: caracterizar os parâmetros demográficos, socioeconômicos, clínicos e antropométricos, classificar o estado nutricional dos idosos por rastreamentos nutricionais, utilizando três métodos de triagens: avaliação nutricional, avaliação subjetiva global e ferramentas de triagem universal de obesidade, através das medidas antropométricas: índice de massa corporal, prega cutânea do tríceps, circunferência

muscular do braço, circunferências- circunferência do braço, circunferência da panturrilha, circunferência da cintura, circunferência do quadril; e identificar a presença de sarcopenia através da aplicação do formulário SARC-F.

Desta forma iremos conhecer melhor a realidade dos nossos idosos para assim traçarmos estratégias de atuação mais assertivas e que possamos contribuir com a melhora da saúde e uma melhor qualidade de vida para essa população.

Considerações finais

Com aumento da expectativa de vida, a sociedade moderna vem passando por grandes transformações, dentre elas o aumento dos distúrbios nutricionais entre os idosos, causando alterações nos padrões de morbimortalidade vinculados a vários fatores que afetam diretamente o envelhecimento saudável e a qualidade de vida neste grupo populacional.

Mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida podem exercer contribuições significativas na prevenção e no tratamento da obesidade em idosos, sendo de suma importância a prática de atividade física e o consumo de uma dieta saudável, equilibrada e balanceada, adicionando nas refeições os alimentos funcionais, como alternativa para o controle de peso, pois possuem efeitos benéficos ao organismo contendo em sua composição compostos bioativos que podem auxiliar na promoção e manutenção da saúde.

Torna-se assim imprescindível a realização de coleta de dados e pesquisas para conhecer melhor a necessidade da população idosa e propor uma ação de forma mais ampla e mais efetiva para melhorar seu estado nutricional, a qualidade de vida e o bem-estar deste grupo populacional.

Referências

- BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Cien Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CARVALHO, J. A.; SANTOS, C. S. S.; CARVALHO, M. P.; SOUZA, L. S. O alimento como remédio: considerações sobre o uso dos alimentos funcionais. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 6, n. 4, out. 2013.
- CARVALHO, J. A. M; GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde pública*, v. 19, n. 3, p. 725-33, 2003.

- CHAVES, D. F. S. **Compostos bioativos dos alimentos**. São Paulo: Valéria Paschoal. 2015.
- COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. Barueri: Manole. 2005.
- CURIATI, J. A. E.; GARCIA, Y. M. Nutrição e envelhecimento. In: CARVALHO FILHO E. T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 707-17.
- DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 5, p. 85-90, 2000.
- DIPLOCK, A. T.; AGGETT, P. J.; ASHWELL, M.; BORNET, F.; FERN, E. B.; ROBERFROID, M. B. Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document. *British Journal of Nutrition* **88**: S1-S27 (Suppl. 1), 1999.
- FERNANDES, M.G.M; GONÇALVES, M. C. R.; COSTA, G. M. C.; SILVA, S. M. M. **O Programa de Atenção à Saúde do Idoso em João Pessoa – PB: realidade e possibilidades**. *Conc. João Pessoa*, v. 5, n. 7, p. 146-154, 2002.
- FERRARI, C. K. B.; TORRES, E. A. F. S. Novos compostos dietéticos com propriedades anticarcinogênicas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 3, p. 375-382, 2002.
- FERREIRA, L. S.; MARRUCI, M. F. N. Ações preventivas na terceira idade. In: Jacob Filho W., Gorzoni M. L. **Geriatría e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: ROCA, 2008. p. 63-83.
- GIBSON, R. S. **Principles of Nutritional Assessment**. New York: Oxford University Press. 2005.
- FIGUEIREDO, H. R.; CARVALHO, V. R. J. **Alimentos funcionais: Compostos bioativos e seus efeitos benéficos à saúde**. Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas, maio 2015.
- FRANCISQUETI, F. V.; NASCIMENTO, A. F.; CORRÊA, C. R. Obesidade, inflamação e complicações metabólicas. *Nutrire*, v. 40, n. 1, p.81-89, 2015.
- GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atuação integral ao idoso. *Bahia Análise & Dados*, v. 10, n. 4, p. 138-153, 2001.
- IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Tendências demográficas** Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, v. 28, 2000.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.
- LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERIII, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.
- LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010.
- LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

- MANACH, C.; WILLIAMSON, G.; MORAND, C.; SCALBERT, A.; RÉMÉSY, C. Bioavailability and bioefficacy of polyphenols in humans: I- A review of 97 bioavailability studies. *American Journal of Clinical Nutrition*. v. 81, p. 230S-42S, 2005.
- MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L.; POPKIN, B. M. The nutrition transition in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 49, p. 105-113, 1995.
- MOREIRA, R. M. M. HORIE, N. C. O. In: JACOB FILHO, W. **Terapêutica do idoso**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 351-70.
- NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Perseu Abramo-Edições SESC, 2007.
- PATROCÍNIO, W. P.; PEREIRA, B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. *Trab. educ. saúde*, v. 11, n. 2, Rio de Janeiro, maio/ago. 2013.
- QUEIROZ, E. R. **Frações de lichia: caracterização química e avaliação de compostos bioativos**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Lavras- UFLA, 2012.
- SANTOS, C. R. B.; PORTELLA, E. S.; AVILA, S. S.; SOARES, E. A. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Rev.Nutr.* Campinas, v. 19, n. 3, maior/jun. 2006.
- SANTOS, R. R.; Bicalho, M. A. C.; Mota P.; Oliveira, D. R.; MORAES, E. N. Obesidade em idosos. *Rev.Med.* Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 64-73, 2013.
- SASS, A.; MARCON, S. S. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro -RJ, v. 2, n. 18, p. 361-372, out. 2015.
- SOUZA, R.; FRAGA J. S.; GOTTSCHALL, C. B. A.; BUSNELLO, F. M.; RABITO, E. I. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev.Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 81-90, jun. 2013.
- SOUZA R.A.; CARVALHO A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
- TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M.; FERREIRA, A. A.; MENEZES, M. F. G. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Revista Educação*, Rio de Janeiro, v. 08, p. 22-226, jun. 2015.
- WIMMER G.F.; FIGUEIREDO G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. *Cien Saúde Colet*, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006.
- WHO. **World populations prospects**. The 2000 Revision. United Nations, ESA/P/WP.165, February, 2001.

Do Macro à Coari, Amazonas: uma leitura sobre práticas e políticas de resíduos sólidos e de saúde pública

Airton Silva da Costa
Elane da Silva Barbosa
Maria Clara Paulino Campos
Yasmin Nogueira Santos
Larissa Pessoa de Oliveira
Raphaelly Venzel
Rodrigo Vasquez Dan Lins
Victor Santana de Oliveira
André Bento Chaves Santana
Maria Helena Ribeiro De Checchi

Sustentabilidade, Gestão de Resíduos e Saúde Pública

O desenvolvimento sustentável é um dos princípios fundamentais da PNRS, sendo a premissa para a gestão integrada de resíduos sólidos resultante do conjunto de ações destinado à busca de soluções nesta problemática considerando as dimensões política, econômica, ambiental, cultural e social com controle social (BRASIL, 2010). Cabe ainda resgatar-se a expressão “sustentabilidade”, entendida como o conceito de gestão de durabilidade dos recursos ambientais no espaço e no tempo (SILVA, 2003). A sustentabilidade dialoga diretamente com a dimensão social para concreta implementação de direitos fundamentais sociais tais como o direito à educação, saúde, trabalho, Previdência Social e saúde (GOMES; FERREIRA, 2018).

Em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) uma agenda de compromissos voltadas para resolução de problemas sociais e ambientais no mundo (GOMES; FERREIRA, 2018). Visando o cumprimento da Agenda 2030 para a realização dos ODS, o Brasil através da Comissão Nacional dos ODS (CNODS) incorporou no Plano de Ação 2017-2019, uma série de atribuições para adequar as metas globais dos ODS para a realidade do país (IPEA, 2018).

Dentre as metas estabelecidas para a realização dos ODS no Brasil destaca-se a gestão de resíduos sólidos, relacionada às políticas de coleta e tratamento do lixo sólido e semissólido oriundos de residências, indústrias, hospitais, comércio, serviços de limpeza urbana ou da agricultura (IPEA, 2018). Outro aspecto importante reconhecido nas metas brasileiras dos ODS é o reconhecimento da coleta de lixo e rede de esgoto incluídos como serviços básicos importantes para acabar com a pobreza em todas as suas formas (IPEA, 2018).

Do ponto de vista sanitário, a gestão de resíduos torna-se fundamental para evitar danos e riscos à da saúde pública, buscando reduzir os impactos causados à saúde humana (BRASIL, 2010). Cabe ainda ressaltar a importância dos conselhos de saúde como instrumento da PNRS (BRASIL, 2010), sendo ainda espaços que viabilizam a participação da sociedade civil em processos decisórios relacionados à saúde pública (BATAGELLO; BENEVIDES; PORTILLO, 2011). Ressalta-se também a importância da PNRS no contexto do fortalecimento intrasetorial nas políticas públicas de sustentabilidade e meio ambiente, uma vez que essa política integra a Política Nacional do Meio Ambiente e articula-se com a Política Nacional de Educação Ambiental, sendo ainda regulada pela Política Federal de Saneamento Básico (BRASIL, 2010).

A redução do desperdício de alimentos, sendo este um importante componente para a geração de resíduos sólidos e semissólidos, foi contemplado como umas das metas dos ODS para assegurar padrões de produção e consumo sustentáveis até 2030 (IPEA, 2018). O conjunto de ações intersetoriais que abarcam a sustentabilidade das cadeias de produção e abastecimento de alimentos de acordo com o manejo responsável dos recursos naturais, integra a agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) preocupada com sistemas alimentares sustentáveis (IPEA, 2018; OPAS, 2017). Atualmente, integram como desafios da Atenção Primária à Saúde as práticas de promoção da alimentação adequada e saudável e Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para a redução do desperdício de alimentos (OPAS, 2017).

No Brasil, entende-se o compromisso para a elaboração da Estratégia Intersetorial para a Redução de Perdas e Desperdício de Alimentos, com a finalidade de combater às perdas e ao desperdício de alimentos no país, sendo orientada pela ampliação do acesso da população a um padrão de alimentação adequada e saudável (IPEA, 2018). Uma das formas de reduzir a produção de

resíduos sólidos é através do aproveitamento integral dos alimentos, como forma de potencializar a oferta nutricional sendo importante a conscientização da população através de ações em EAN (CARDOSO *et al.*, 2015).

No contexto da Amazônia Ocidental, destacam-se iniciativas para o aproveitamento de resíduos da produção alimentar, tais como a semente do açaí. As investigações envolvendo o estudo de propriedades fitoquímicas e antioxidantes, e potenciais usos em fibras e resinas com usos na construção civil e indústria moveleira são inovações tecnológicas promissoras para a utilização da semente do açaí (QUIRINO, 2010; MARINHO; YAMAGUCHI, 2019). No município de Coari, 35% dos profissionais responsáveis pela extração da polpa do açaí relataram utilizar a semente como combustível para fabricação de tijolos e cerâmicas, sendo esta uma forma básica do manejo sustentável deste resíduo (PERES; YAMAGUCHI, 2019).

Neste sentido, este texto apresentará reflexões sobre a produção e gestão de resíduos sólidos em Coari, AM e sua relação com a saúde pública.

Produção de Resíduos Sólidos

Os resíduos sólidos são caracterizados como matérias resultantes de processo de produção, transformação, utilização ou consumo, oriundos de atividades humanas, animais, ou decorrentes de fenômenos naturais. Encontram-se no estado sólido ou semissólido e são considerados pelos geradores como materiais inúteis, indesejáveis, ou descartáveis, podendo ser de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Inclui-se nessa definição os lodos gerados nas Estações de Tratamento de Águas (ETA), e os que resultarem de equipamentos e instalações de controle de poluição e determinados líquidos que não podem ser lançados na rede de coleta de esgoto ou corpos de água (AMARO *et al.*, 2018). Conceitualmente, enquanto não houver qualquer tipo de aproveitamento (a partir de beneficiamentos), resíduos sólidos podem ser compreendidos como sinônimo de “lixo”, termo mais popularmente utilizado.

A produção de resíduos sólidos no mundo encontra-se em patamares cada vez mais impactantes, atingindo mais de 2 bilhões de toneladas anualmente, sendo que a maior parte sequer recebe qualquer tipo de tratamento. Segundo a

Organização das Nações Unidas [ONU] (2018), a quantidade de lixo é tão grande que, para que a população mundial pudesse absorver esses resíduos gerados, seria preciso “criar” mais da metade de outro planeta Terra. Essa produção desenfreada impacta diretamente na qualidade da água e dos alimentos consumidos, o que torna imprescindível a revisão de posturas bem como estabelecimento de novos hábitos de consumo e do descarte adequado dos resíduos gerados.

A região do Leste Asiático e Pacífico é a principal responsável pelo lixo produzido no mundo, seguida pela Europa e Ásia Central, Sul da Ásia e África Subsaariana e, por fim, América Latina e Caribe. Há uma questão importante na produção e tratamento do lixo nos países desenvolvidos: embora sejam os maiores fornecedores de resíduos no mundo e possuam maiores recursos financeiros, apenas 39% do lixo produzido é colocado nos aterros sanitários. Nos países pouco desenvolvidos a situação é ainda mais alarmante, somente 7% do lixo tem como destino os aterros sanitários (ÉPOCA, 2018). Essa discrepância também é encontrada no perfil de descarte entre os países do mundo. Enquanto as regiões menos favorecidas geram mais lixo orgânico, as mais abastadas contribuem com resíduos de papel, objetos de metal e vidro (SENADO FEDERAL, 2014).

A fonte desses resíduos sólidos é principalmente a pecuária e a mineração, representando 39% e 38%, respectivamente. A menor parcela desse lixo é proveniente do lixo urbano que inclui resíduos de shoppings, dos ambientes públicos, lixo hospitalar, entre outros (ESTADÃO, 2011). É necessário salientar como os hábitos sociais se refletem na geração de lixo, por exemplo, o aumento do consumo de novas tecnologias fez com que em 2019 houvesse um aumento em 21% do lixo eletrônico. Neste sentido, o relatório da ONU prevê que em 2030 esse tipo de descarte atinja 74 milhões de toneladas (ONU, 2020).

No Brasil, assim como ao redor do mundo, a situação do lixo encontra-se em patamares alarmantes. Sabe-se que a produção de resíduos é inevitável e diretamente proporcional quanto maior a população. De acordo com o Fundo Mundial para a Vida Selvagem e Natureza (WWF, 2019), o Brasil é o quarto país que mais produz lixo no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Índia. Estima-se que são produzidas 11.355.220 toneladas e apenas 1,25% são recicladas, desses 2,4 milhões de toneladas são plásticos descartados em lixões irregulares, segundo dados do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2016).

Devido à crescente problemática e à extensão territorial do Brasil, fez-se necessária a elaboração de legislação que abordasse tal temática. Assim, em 2010, foi implementada a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305) a fim de minimizar a geração de lixo, associado a medidas de reutilização, reciclagem e tratamento adequado de dejetos produzidos por cada município (CARDOSO; CARDOSO, 2016).

A partir disto, a separação de resíduos recicláveis e orgânicos possibilitou a criação de uma nova indústria e da geração de empregos, bem como estabeleceu normas para minimizar o descarte em céu aberto. No entanto, observa-se que apenas 18% dos municípios brasileiros possuem serviço de coleta seletiva, além disso, nota-se uma concentração regional de políticas públicas voltadas para reciclagem, uma vez que 81% das cidades que possuem esse serviço, estão localizadas na região Sul e Sudeste (CARDOSO; CARDOSO, 2016).

Apesar de o descarte ideal do lixo ser no aterro sanitário o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgou na última Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) que 50,8% dos municípios brasileiros ainda recorrem a vazadouros a céu aberto, conhecidos como lixões, sendo eles o destino principal de seus resíduos.

Devido às técnicas que diminuem as agressões socioambientais por meio de um adequado manejo dos resíduos sólidos, como nivelamento e impermeabilização da terra, impedindo contaminação do lençol freático (pelo chorume), coleta e tratamento de efluentes e estação própria para o manejo destes, a edificação de aterros apresenta-se como a melhor opção, necessitando políticas públicas eficazes para a construção dos mesmos.

Os danos causados pelo depósito inadequado de lixo no Brasil são demasiados, principalmente quando se entra no âmbito de fauna e flora. Entre os principais danos do plástico estão a intoxicação, o estrangulamento de animais e a poluição de habitats naturais. O Projeto Marinho do Fundo Mundial para a Natureza, prevê ações de diminuição e preservação de regiões de floresta em biomas como Mata Atlântica, Amazônia, Cerrado e Pantanal.

Segundo o Fundo Mundial para a Natureza (2019), a maior parte do lixo encontrado em regiões litorâneas é constituído de plástico. Com ele, surgem depósitos de toxinas e metais pesados, muitos, por conta da tintura ou seu conteúdo. Este é consumido principalmente por peixes, os quais se tornam impróprios para

consumo. Este dado, adicionado ao fato de que, na última década, o aumento de consumo de pescado superou 123%, prevê que a qualidade do produto que vai aos mercados pode ocasionar maiores danos à saúde humana (BRASIL, 2016).

Em Manaus, capital do Estado do Amazonas, a produção exacerbada e descarte inadequado do lixo também tem sido alvo de problemas para a saúde pública. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital do Estado é a 7ª cidade mais populosa do país, fator este que associado às atividades comerciais e estilo de vida, tem feito com que aumente de forma acentuada a produção de resíduos sólidos (SILVA, 2008; IBGE, 2019).

A gestão pública municipal é responsável pelo gerenciamento do lixo. Conforme se prevê pela Lei Nº 761, 04 de maio de 2004 (última alteração pelo Decreto Nº 2.583, 23 de outubro de 2013), a Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos (SEMULSP) é a responsável por formular e implementar políticas de limpeza pública na cidade (PEREIRA; COSTA, 2016).

Segundo a Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos (2019), de janeiro a agosto de 2017 foram recolhidas 582.169 toneladas de resíduos sólidos em Manaus, uma média diária de 2.395,8 toneladas de lixo doméstico, em média, 72.771 toneladas de resíduos foram coletadas por mês (PORTAL SANEAMENTO BÁSICO, 2017).

No ano de 2015, coletou-se 8.371,650 toneladas de lixo nos igarapés de Manaus. Em 2013 e 2014 foram coletados respectivamente 7.436 e 7.530 toneladas. Em média, 23 toneladas de lixo são retiradas por dia dos igarapés da cidade, em uma extensão executada de 157 quilômetros, o que corresponde a uma taxa aproximadamente de 53 toneladas por quilômetro, segundo a Secretaria Municipal de Limpeza e Serviços Públicos (2016). Os igarapés da cidade de Manaus com situação mais crítica são os igarapés do Quarenta, do Franco, e do Mestre Chico (SILVA, 2008).

A cidade de Manaus apresenta vários pontos com acúmulos de lixo, os quais causam poluição ambiental e visual. Em períodos pluviais, o problema é acentuado pelo escoamento do lixo para córregos e igarapés, sendo a causa de alagamentos e inundações em virtude do transbordamento e tubulação obstruída pelos resíduos.

Não obstante, a reconhecida desigualdade ambiental e social na capital revela a discrepância quanto ao tratamento da rede de esgoto nos diversos bairros.

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (IBGE, 2010a) mostra que apenas 55% dos municípios brasileiros possuem serviço de esgotamento sanitário por rede coletora e, deste, apenas 50% possuem tratamento de esgoto, indicando um distanciamento da realidade brasileira comparada às condições de saneamento em países desenvolvidos (PELECH; PEIXOTO, 2020).

Os resíduos são despejados no aterro sanitário de Manaus, situado no KM 19 da rodovia AM-010. De acordo com estudo de Silva (2008), a área pertence à prefeitura e possui licenciamento para operacionalizar suas atividades, entretanto, encontra-se fora de padrão quanto à regulamentação de construção de aterros.

Produção e Gestão de Resíduos Sólidos em Coari, Amazonas

O município de Coari localiza-se na mesorregião centro-amazonense, distante a 433 km da capital do estado do Amazonas, Manaus (BRASIL, 2010). No tocante ao seu desenvolvimento social, Coari apresenta um IDH de 0,586 e taxas como a de esgotamento sanitário de 38% (IBGE, 2010b).

Assim, como outros 60 municípios do estado do Amazonas, o município de Coari apresenta o lixão a céu aberto como seu principal depósito de resíduos sólidos. Essa realidade ainda se faz presente na vida dos coarienses, sobretudo na daqueles que vivem no local (lixão) em busca de oportunidade de auferir renda. No entanto, é sabido que esse modelo não é benéfico ao meio ambiente, sobretudo no tocante aos lençóis freáticos locais, uma vez que metais pesados como chumbo e enxofre, resultantes da decomposição dos resíduos, impregnam no solo e contaminam essas reservas de água doce, deixando-as impróprias ao consumo humano.

Apesar da escassa bibliografia acerca do assunto (lixo em municípios no interior do Amazonas), Mota (2014) em seu trabalho, trouxe um apanhado abrangente de informações sobre a situação da produção e gestão de resíduos sólidos no município de Coari, tais como os setores da gestão municipal que são responsáveis pelos serviços de limpeza urbana e a quantidade de lixo produzida por habitante do município em relação ao estado e ao país.

As secretarias municipais de Obras e Serviços Públicos (SEMOSP), bem como a do Meio Ambiente e Turismo (SEMANTUR) são responsáveis pelos serviços de coleta de resíduos domiciliares, de saúde, entulhos, varrição de ruas,

roçadas de terrenos e margem de córregos, capinação, limpeza geral de terrenos e passeios, limpeza de feiras livres, poda de árvores e operação de áreas de bota fora e limpeza do cemitério. As despesas com esses serviços, no período de 2009 e 2010, foram detalhadas na tabela a seguir.

Tabela 01: Despesas com serviços de limpeza urbana de Coari entre os anos de 2009 e 2010.

Despesas	2009	2010
Coleta de resíduos domiciliares	1.229.250,00	1.229.250,00
Coleta de resíduos de saúde	147.510,00	147.510,00
Tratamento de resíduos de saúde	-	-
Coleta de entulho	1.475.100,00	1.475.100,00
Coleta de poda de árvores	491.700,00	491.700,00
Coleta de entulho	491.700,00	491.700,00
Varrição de logradouros e vias públicas	737.550,00	737.550,00
Operação de transbordo	147.510,00	147.510,00
Operação de compostagem	98.340,00	98.340,00
Operação de triagem e aterro sanitário	98.340,00	98.340,00
Total (R\$)	4.917.000,00	4.917.000,00

Fonte: COARI, 2012. (Modificado).

No tocante aos horários de realização das atividades, a limpeza pública é realizada de segunda-feira a sábado, das 05 às 19h e a coleta de resíduos funciona das 18h às 22 h. Há um contingente de recursos humanos nessas secretarias em torno de 355 funcionários administrativos e operacionais (MOTA, 2014).

Entre os anos de 2011 e 2013 a produção de lixo por habitante no município, superou a média nacional e estadual, que foram elas, respectivamente, 1,14 kg/habitante/dia e 0,95 kg/habitante/dia (EXAME, 2016). Dessa maneira, pode-se observar que no município coariense há uma elevada produção de lixo, o que pode ser reflexo da baixa escolaridade dos munícipes, da inexistência de sistema de coleta seletiva local e dos baixos índices de IDH do município que é 0,585, de acordo com o censo de 2010 do IBGE (BRASIL, 2010).

A problemática dos urubus no município de Coari

É evidente que os urubus representam fator que impacta o ambiente sanitário de um território, uma vez que, segundo Santos (2018), existe uma estreita relação entre acúmulo de lixo e a presença destes animais. Tendo em vista esse fato, é interessante conhecer algumas de suas características e os potenciais agravos à saúde decorrentes da coexistência de urubus e seres humanos no meio urbano e seus arredores.

Ainda de acordo com Santos (2018), os urubus são aves de grande porte encontradas, exclusivamente, no continente americano e há cinco espécies dessas aves em território brasileiro: o urubu-de-cabeça-preta (*Coragyps atratus*), urubu-de-cabeça-vermelha (*Cathartes aura*), urubu-de-cabeça-amarela (*Cathartes burrovianus*), urubu-rei (*Sarcoramphus papa*) e urubu-da-mata (*Cathartes melambrotus*). A espécie mais comum desta ave no Brasil é a do urubu-de-cabeça-preta (*Coragyps atratus*).

De acordo com Barbara (2015) compartilham com as outras espécies de urubus as seguintes características: alimentam-se predominantemente de carcaças de animais e de lixo orgânico, possuem cabeça e pescoço sem penas, olfato e visão muito aguçados, o que lhes garante sentir o cheiro de seu alimento a quilômetros de distância, além de não terem a capacidade de caçar presas e todos estarem expostos a uma quantidade muito grande de patógenos presentes em sua alimentação.

Ademais, a ampla exposição dos urubus a microrganismos em seu nicho ecológico é determinante nas questões sanitárias, visto que, de acordo com Spina (2019) foi descoberta a partir do emprego de métodos de isolamento e meios de cultura em numerosas populações de urubus, a presença de espécies patogênicas de helmintos e protozoários nas fezes e no sangue destes animais, como coccídeos, hemsporídeos, dentre outros.

O estudo de Barbara (2015) demonstrou ainda que algumas espécies de enterobactérias patogênicas presentes no trato gastrointestinal da ave, como a *Salmonella* sp e a *Mycoplasma* sp, são capazes de infectar tanto o homem quanto urubus. Atualmente há evidências de que um dos maiores prejuízos causados por urubus em centros urbanos ou suas adjacências é a proximidade

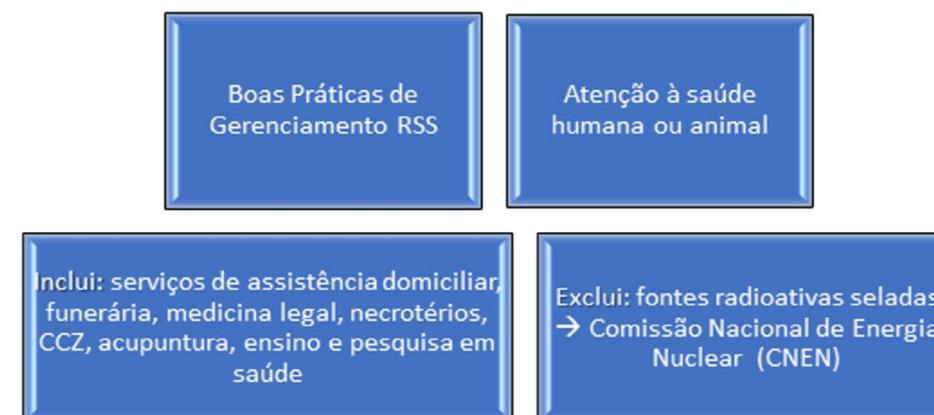
de seus voos com os trajetos de aeronaves, causando colisões e eventualmente até queda de aviões, conforme mostra o estudo realizado pelo Centro de Investigação e de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos em parceria com o INPA, o qual comprovou a direta relação da grande oferta de alimento em lixões, com a presença de grandes populações de urubus e a proximidade com aeroportos, além da utilização de telhados de residências e sacadas de prédios para a deposição de seus ovos (CENIPA, 2013).

A excessiva presença de urubus tanto em centros urbanos quanto rurais além de traduzir reflexo direto de ineficiente destinação de resíduos sólidos e insuficiente cobertura de saneamento básico, impacta negativamente a saúde pública. Toda coletividade *loco* regional sofre com a presença destes animais a partir do momento em que eles atuam como vetores de doenças infecto-parasitárias, perturbando diretamente o processo saúde doença de toda uma comunidade. No sentido de apoiar a elaboração de políticas públicas promotoras e preventivas de saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que possam mensurar, de maneira mais precisa, o quanto tais animais são capazes de adoecer seres humanos e interferir sobre a condição de saúde da população.

Regulamentação da ANVISA sobre Resíduos de Serviço de Saúde (RSS): realidade ou mito?

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 22 (RDC Nº 22) de 28 de março de 2018, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) buscou estabelecer boas práticas de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e, a fim de colocá-las em vigor, foi elaborado um Plano de Gerenciamento Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) para todo e qualquer tipo de serviço de saúde, desde Atenção Básica até Alta Complexidade, abrangendo instituições públicas e privadas, civis e militares, filantrópicas ou até mesmo de ensino e pesquisa que gerem resíduos no âmbito de saúde humana e/ou animal (Ministério da Saúde, 2018). A figura 01 ilustra o Plano de Gerenciamento Resíduos em Serviços de Saúde.

Figura 01: Plano de Gerenciamento Resíduos em Serviços de Saúde.



Fonte: Elaboração pelos autores, 2020.

Entende-se por órgãos produtores/geradores de RSS não somente hospitais, clínicas, salões de beleza e farmácias, como também serviços de assistência domiciliar, funerárias, necrotérios, medicina legal, centro de controle de zoonoses (CCZ), serviços de piercing e acupuntura, dentre diversos outros. São excluídas da Resolução as fontes radioativas seladas, pois são administradas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), e as indústrias de produtos sob vigilância sanitária que seguem normas do licenciamento ambiental específico (BRASIL, 2018).

Essa regulamentação engloba e deve observar as normas nas esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, onde os serviços em cada uma delas deve aplicá-la conforme suas especificidades e realidade locais, mas sempre baseada nas etapas preconizadas e determinadas pelo PGRSS: planejamento de recursos físicos, recursos materiais e da capacitação de recursos humano. Além disso, esses serviços devem garantir a segurança ocupacional periódica e manter um programa de educação continuada aos seus trabalhadores (BRASIL, 2018).

O cenário do descarte de lixo no estado do Amazonas está longe do ideal principalmente se comparado ao de outros estados brasileiros, que possuem coleta seletiva constante. No município de Manaus o lixo coletado é despejado no aterro sanitário, entretanto, grande parte de resíduos são descartados pela população nos igarapés da cidade nas proximidades da rodovia AM-010. De acordo com o estudo de Silva (2008), esta área da prefeitura encontra-se totalmente fora das normas de construção de aterros.

O município de Coari, no interior do estado, também se assemelha a situação da capital quanto ao preconizado pelas normas de regulamentação e sua realidade carente de coleta seletiva, sendo fonte de contaminação e risco à saúde humana e ao meio ambiente pelos resíduos descartados no aterro municipal a céu aberto.

Além das normas da ANVISA sobre o PGRSS, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) determina a redução e prevenção na geração de resíduos sólidos a partir de hábitos sustentáveis com uma responsabilidade compartilhada, e não unitária, desde os fabricantes de produtos até os cidadãos, através de logística reversa dos resíduos urbanos. Infelizmente, na maioria dos casos, não é visto ou percebido pela população publicamente no estado (BRASIL, 2010).

A PNRS cria metas visando a eliminação de lixões ao instituir instrumentos de planejamento aos níveis nacional, estadual, microrregional, intermunicipal, metropolitano e municipal, as quais não são cumpridas como se pode observar nas imagens do aterro sanitário de Manaus e pelo índice de produção de lixo em Coari que supera as médias estadual e nacional (JORNAL EM TEMPO, 2019; BRASIL, 2010).

Para que regulamentações da ANVISA não fiquem apenas no papel, faz-se necessário que gestores públicos das esferas municipais e estaduais implementem programas de capacitação de seus profissionais responsáveis por cada etapa do PGRSS. Por exemplo, profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ter pleno conhecimento acerca da importância do descarte adequado de resíduos sólidos. Tais conhecimentos de manejo e descarte não podem restringir-se ao descarte de perfurocortantes em caixas rígidas de papelão, exemplo, comumente visto nos ambientes médico-hospitalares, tendo em vista que a coleta e descarte de resíduos não se encerra nessa etapa.

Além disto, há que salientar-se que somente a capacitação de recursos humanos não é suficiente. A fiscalização tem primordial papel no processo de educação continuada indireta no que tange a aplicação adequada das normas regulamentadoras de acordo com a realidade de cada município.

Considerações Finais

A qualidade de vida é afetada pelo meio ambiente mediante elo entre sociedade, cultura, biologia e ecologia. Isso resulta na formação de um ecossistema

com o homem, em uma relação em que ambos podem se modificar (ROEDER, 2013). Por meio dessa análise, o impacto do lixo na qualidade de vida das pessoas se torna evidente, o que, por vezes, é imperceptível em primeira análise. Devido à possibilidade de diversificar a abordagem acerca da temática dos resíduos sólidos, entender o contexto macro que circunda a questão se faz necessário.

A problemática do lixo pode ser abordada a partir das agressões, tanto ao meio ambiente quanto à saúde, geradas pelo descarte. O ambiente sofre impacto de diversas formas, dentre elas pela poluição da água e do lençol freático, o que provoca danos severos a fauna e flora e contaminação de água potável, pela poluição de solo, desencadeando instabilidades e por consequência deslizamentos e assoreamentos, pela obstrução de passagem de água em bueiros ou córregos, gerando inundações, e também pela incineração do lixo, liberando para a atmosfera gases tóxicos e explosivos (MUCELIN; BELLINI, 2008).

Nesse contexto, a dinâmica da produção e do descarte de resíduos sólidos, partindo de diferentes áreas de observação cada vez mais delimitada (1- mundo; 2- Brasil; 3- Amazonas; 4- Coari;), traz uma perspectiva importante à sociedade, capaz de favorecer ainda mais o desenvolvimento de um olhar crítico sobre a temática e talvez despertar interesse de pessoas, órgãos e instituições para que se invista em políticas públicas que trarão benefício à sociedade de maneira geral.

É comumente mencionada nos mais diversos veículos de comunicação a questão do aumento vertiginoso do lixo como problemática internacional. Contudo, para muitos, isso só se torna evidente com a ausência de coleta. Ao ser recolhido, o lixo deixa de incomodar individualmente, contudo, ele não desaparece, apenas é transportado para outro local, fazendo o problema persistir.

O descarte sem os devidos processos de reciclagem impacta diretamente a saúde de todo planeta, por isso justifica-se a implantação de políticas educacionais e intervencionistas a cada canto isolado do território nacional, como o interior do Amazonas. Proliferação de vetores, como insetos e pragas urbanas, podem desencadear doenças à população. Leptospirose, peste bubônica, tifo, febre tifoide, parasitoses, infecções intestinais e alergias, dengue e leishmaniose são exemplos de afecções potencialmente agravadas pelo lixo. Além disso, as fuligens resultantes da incineração podem desencadear acometimento de vias respiratórias, trazendo potenciais danos à saúde.

Ressalta-se que quanto maior for o descarte, maiores serão as agressões ao meio ambiente e à saúde. Nesse sentido, a questão apresenta relação direta com o consumismo. Se o consumo em geral for alto, maior será a quantidade de lixo produzido e maiores serão as consequências disso. Assim, é preciso lembrar que as ações humanas impactam toda a estrutura de um ecossistema, e o consumo consciente, evitando desperdícios, é o melhor caminho para minimizar os impactos já existentes.

Desta maneira, como alternativas para minimizar a problemática do lixo, urge a aplicação de investimentos em educação ambiental com consequente disseminação de informações a toda população, bem como incentivar redução de consumo, por meio de práticas sustentáveis a exemplo da “prática dos 3R” que compreende as ações: reaproveitar, reduzir e reciclar.

Espera-se que através da edificação humanizada e cooperativa de consciência social e respeito ao ecossistema, possa haver redução significativa de resíduos sólidos em todo planeta com consequente fixação de dinâmica equilibrada nos ciclos da natureza como um todo.

Referências

- AMARO, A. Y. G.; SILVA, A. M.; Mustafá, A. M. M.; COSTA, C. S.; MORTOZA, A. R.; OLIVEIRA, I. B. B. **A importância de uma boa gestão de resíduos sólidos**. 2008. Disponível em: <http://revistas.faculdaedefacit.edu.br/index.php/JNT/article/viewFile/342/308>
- AUTOSSUSTENTÁVEL. **Lixões, aterros sanitários e incineradores**. 2010. Disponível em: <https://autossustentavel.com/2010/05/lixoes-aterros-sanitarios-e-incineradores.html>
- BANCO MUNDIAL. **Não desperdice, não queira – resíduos sólidos no coração do desenvolvimento sustentável**. 03 mar. 2016. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/news/feature/2016/03/03/waste-not-want-not---solid-waste-at-the-heart-of-sustainable-development>
- BARBARA, J. C. A. **Avaliação do perfil sanitário de urubu-de-cabeça-preta (Coragyps atratus) em ambiente urbano** (Doctoral dissertation). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- BATAGELLO, R.; BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C. **Conselhos de saúde: controle social e moralidade. Saúde e sociedade**, v. 20, 625-634, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KkDxhnhT4PqsPQQ3SjksqFz/?lang=pt&format=pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018**. 2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410
- BRASIL. Ministério Da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Aquicultura brasileira cresce 123% em dez anos. Publicado em 13 de dezembro de 2016**. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/noticias/aquicultura-brasileira-cresce-123-em-dez-anos>
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Política Nacional de Resíduos Sólidos**. 2010. Disponível em: <https://www.mma.gov.br/cidades-sustentaveis/residuos-solidos/politica-nacional-de-residuos-solidos.html>
- Brasil é o 4º país que mais produz lixo no mundo, diz WW**. Notícias Agência Brasil. Brasília. 05 mar. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-03/brasil-e-o-4o-pais-que-mais-produz-lixo-no-mundo-diz-wwf>
- CARDOSO, F. D. C. I.; CARDOSO, J. C. O problema do lixo e algumas perspectivas para redução de impactos. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 4, p. 25-29, 2016.
- CENIPA. Centro de Investigação e de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos. **Como os urubus usam o ambiente e causam riscos à aviação**. 13 set. 2013. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/cenipa/index.php/ultimas-noticias/86-como-urubus-usam-o-ambiente-e-causam-risco-a-aviacao>
- COARI. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PMGIRS)**. 2012a. Versão aprovada pela Câmara Municipal de Coari, através do Projeto de Lei nº. 13, de 11 de dezembro de 2012. 2012.
- ÉPOCA. **Quem mais gera lixo no mundo e quem mais sofre como problema**. 2018. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Mundo/noticia/2018/10/quem-mais-gera-lixo-no-mundo-e-quem-mais-sofre-com-o-problema.html>
- ESTADÃO. **De onde vem o lixo produzido no mundo**. 2011. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/de-onde-vem-o-lixo-produzido-no-mundo,sustentabilidade,235040>
- EXAME. **Quanto lixo os brasileiros geram por dia em cada estado**. 2016. Disponível em: <https://exame.com/tecnologia/quanto-lixo-os-brasileiros-geram-por-dia-em-cada-estado/>.
- FERREIRA, L. J.; GOMES, M. F. Os novos objetivos do desenvolvimento sustentável, as dimensões da sustentabilidade e as políticas públicas: acréscimo, redução ou consolidação do plexo da sustentabilidade?. **Revista internacional de direito ambiental**, v. 7, n. 21, p. 225-254, 2018.
- FUNDO MUNDIAL PARA NATUREZA (WWF). **Solucionar a poluição Plástica: Transparência e Responsabilização**. Suíça: Dalberg, 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados de Informações Ambientais. 2019. Disponível em: <https://bdiaweb.ibge.gov.br/#/home>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNSB 2008: Abastecimento de água chega a 99,4% dos municípios, coleta de lixo a 100%, e rede de esgoto a 55,2%, 2010**. 2010a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=1691&t=pn-sb-2008-abastecimento-de-agua-chega-99-4-municipios-coleta-lixo-100&view=noticia>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010b. Recuperado em 22, setembro, 2020. Disponível em: www.ibge.gov.br
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável Proposta de adequação**. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>
- JORNAL EM TEMPO. **Amazonas é o maior gerador de lixo do Norte do País**. Manaus, 19 jul. 2019. Disponível em: <https://d.emtempo.com.br/amazonas/165120/amazonas-e-o-maior-gerador-de-lixo-do-norte-do-pais>
- MOTA, A. R. S. *et al.* **Avaliação do gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos no município de**



Sobre as autoras e autores

- Coari-AM. Universidade Federal do Amazonas, Coari, 2014.
- MUCELIN, C. A.; BELLINI, M. Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. **Sociedade & Natureza**, v. 20. n. 1, p. 111-124, 2008.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Humanidade produz mais de 2 bilhões de toneladas de lixo por ano, diz ONU em dia mundial**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/humanidade-produz-mais-de-2-bilhoes-de-toneladas-de-lixo-por-ano-diz-onu-em-dia-mundial/>
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Volume de resíduos eletrônicos aumenta mais de 21% em 5 anos no mundo**. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/volume-de-residuos-eletronicos-aumenta-mais-de-21-em-5-anos-no-mundo/>
- OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Resumo executivo - Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e no Caribe. 2017. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.
- PELECH, A. S.; PEIXOTO, M. N. O. **Revista Brasileira de Geografia**. Rios urbanos: contribuições da antropogeomorfologia e dos estudos sobre terrenos tecnogênicos, v.65, n.1, p. 2-22, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.21579/issn.2526-0375_2020_n1_2-22
- PEREIRA, U. A.; COSTA, R. C. A construção do Brasil: geografia, ação política e democracia. **Impactos dos resíduos sólidos urbanos de Manaus, AM**. In: XVIII Encontro Nacional de Geógrafos. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, 2016.
- PORTAL SANEAMENTO BÁSICO. **Manaus gera 72 mil toneladas de lixo por mês e realidade segue como ameaça a recursos naturais**. 2017. Disponível em: <https://saneamentobasico.com.br/residuos-solidos/manaus-gera-72-mil-toneladas-de-lixo/>.
- ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
- SANTOS, V. S. **O Urubu**. 19 jul. 2018. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/biologia/urubu.ht>
- SECRETARIA MUNICIPAL DE LIMPEZA E SERVIÇOS PÚBLICOS. **CEDOLP** – Comissão Especial de Divulgação da Política de Limpeza Pública. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2UMb5WR>
- SENADO FEDERAL. Resíduos sólidos: lixões persistem. **Em discussão!** 2014. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/residuos-solidos/@@images/arquivo_pdf/
- SILVA, W. P. **Percepção de lixo da população de Manaus (AM): a problemática da reciclagem**. (Dissertação) Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2008.
- SPINA, M. A. **Levantamento parasitológico em Coragyps atratus Bechstein, 1793 (Cathartiformes, Cathartidae) de vida livre no Parque Estadual das Fontes do Ipiranga e análise de potencial risco biológico para a saúde animal e ambiental**. (Dissertação). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2019.
- WWF. Fundo Mundial para a Natureza. **Solucionar a poluição plástica: transparência e responsabilização**. 2019. Gland, Suíça. Disponível em: <http://promo.wwf.org.br/solucionar-a-poluicao-plastica-transparencia-e-responsabilizacao>

Organizadores e organizadoras

Júlio Cesar Schweickardt

Graduação em Ciências Sociais. Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Doutor em História das Ciências e da Saúde. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia.

E-mail: julio.ilm@gmail.com.

Ana Karla Pimenta Noronha

Graduação em Serviço Social. Pós-graduação – Gerontologia e Saúde do Idoso. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde – SES-AM, coordenação de Humanização.

E-mail: humanizacao.am@gmail.com.

Cleudecir Siqueira Portela

Graduação em Enfermagem. Mestre em Doenças Tropicais: Hospital de Medicina Tropical AM. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro, pelo Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ-AM). Atuou como Gerente de Atenção Básica na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - DABE/SES-AM.

E-mail: cleudecir@gmail.com.

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Graduação em enfermagem. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Bolsista do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia.

E-mail: izicaterini@outlook.com.

Autores e Autoras

Airton Silva da Costa

Graduando do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: toncosta25@gmail.com.

Adriana Oliveira Lima

Graduação em enfermagem. Especialista em Urgência e Emergência. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha.
E-mail: adrianaloliveiralima12345@gmail.com.

Amélia Nunes Sicsú

Graduação em enfermagem. Doutora em Ciências: Universidade de São Paulo – USP. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.
E-mail: asicsu@uea.edu.br.

Ana Beatriz Aguiar de Lima

Estagiária/Estudante do Ensino médio, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: beatrizaguiar500@gmail.com.

André Bento Chaves Santana

Professor Doutor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva do Curso de Nutrição do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari – Amazonas.
E-mail: professor.andrebento@gmail.com

Ana Lenize Negreiros dos Santos

Bacharel em Estatística. Especialização em Estatística Industrial. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. Núcleo de Monitoramento e Avaliação.
E-mail: sapo3714@gmail.com.

Ana Paula de Carvalho Portela

Graduação em enfermagem. Mestre em Saúde Pública: Fiocruz Amazônia. Secretaria de Estado da Saúde/AM. Docente da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.
E-mail: aportela@uea.edu.br.

Carolina de Oliveira Santos

Graduada em Ciências Contábeis pela Faculdade Martha Falcão, Pós-Graduando em Auditoria e Controladoria pela FAVEN. Ouvidora do SPA e Policlínica Danilo Correa, Agente Administrativo.
E-mail carolinaosantos15@gmail.com.

Cristianne Benevides Mota

Psicóloga, especialista em Ecologia, das Doenças Transmissíveis na Amazônia, FIOCRUZ. Vigilância em Saúde e Epidemiologia em Saúde Coletiva, UEA, Servidora da Fundação de Vigilância em Saúde, FVS e da Secretaria Municipal de Saúde de Itacoatiara, Amazonas, Brasil.
E-mail: benevidesbr@hotmail.com.

Daniela Sousa Negreiros

Graduada em Serviço Social pela FAMETRO, Pós-Graduação em políticas Públicas e Direito pela EducaNorte. Ouvidora do SPA e Policlínica Danilo Correa, Agente Administrativo.
E-mail sousadaniela13@yahoo.com.br.

Edgarda Castro Carvalho

Graduação em enfermagem, Especialista, SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: edgardacastro@hotmail.com.

Elane da Silva Barbosa

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: lanebarbosa20@gmail.com

Eveline Menezes Caçote Barbosa

Graduação em enfermagem. Mestre em Enfermagem: Escola da Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas. Professora Assistente da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

E-mail: embarbosa@uea.edu.br.

Fabiane Veloso Soares

Doutora em Biotecnologia para Saúde e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Saúde Pública (Líder Institucional). Docente Universitária.

E-mail: fabiane_pinks@hotmail.com.

Fernanda Ariadne da Silva Xavier

Auxiliar de Saúde Bucal – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha.

E-mail: rafafernandaariadnedasilvaxavi@gmail.com

Gisele de Souza Costa

Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, em associação ampla com a Universidade do Estado do Pará – Área de Concentração Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica -. Especialista em Terapia Intensiva pela Instituição Gama Filho Enfermeira. SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.

E-mail: giseleenf@gmail.com.

Hulda Graça Amorim

Bibliotecária, Bibliotecária na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.

E-mail: hulda.amorim@hotmail.com.

Ivamar Moreira da Silva

Graduada em Serviço Social. Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas.

E-mail: ivamarmsdias@gmail.com.

Jacqueline Cavalcanti Lima

Graduação em enfermagem, Especialista em Saúde Pública com ênfase na ESF, ESAP/SEMSA/UEA.

E-mail: jackiecavalcanti@hotmail.com.

Jordana Pereira Gonzaga

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil, ULBRA. Especialista em Urgência e Emergência e em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana de Manaus, FAMETRO. Enfermeira. Bombeiro Militar do Amazonas.

E-mail: jjorddd@yahoo.com.br.

José Aldemir de Oliveira (*in memoriam*)**Larissa Pessoa de Oliveira**

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.

E-mail: lary-pessoa@hotmail.com

Leandro Roque Raposo

Graduação em enfermagem. Pós- Graduado em Enfermagem de Urgência e Emergência. SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.

E-mail: leandroroque8@hotmail.com.

Lúcia Marques de Freitas

Graduação em enfermagem, Especialista em Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde.

E-mail: lucia.marques.freitas@gmail.com.

Luís Paulo Bezerra de Carvalho

Graduação em enfermagem, Especialista em Saúde Pública com ênfase na ESF, ESAP/SEMSA/UEA.

E-mail: enferlp@hotmail.com.

Karen Cristine Carvalho Freitas

Bacharel em Estatística. Especialização em Gerenciamento de Projetos. Secretária de Estado de Saúde do Amazonas. Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas. Núcleo de Monitoramento e Avaliação.
E-mail: karen.tine@gmail.com.

Katty Anne de Souza Nunes

Bibliotecária, Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior, Bibliotecária na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.
E-mail: katty.nunes@hotmail.com.

Manon de Souza Barros Holanda

Graduação em enfermagem, Especialista, SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: manonbarros2@gmail.com.

Margareth Alves Pontes

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Especialista em Antropologia da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Especialista em Membro Superior e Mão pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Mestre em Saúde Pública pela Universidad Americana – UA. Doutoranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Terapeuta Ocupacional do Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV e da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA de Manaus.
Email: noela2003@hotmail.com

Maria Angélica Tavares de Medeiros

Doutora em Saúde Coletiva e Mestre em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas. Sanitarista, especialista em Saúde Pública e Medicina Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Graduada em Nutrição pela UFPBP. Professora Associada do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de São Paulo.
Email: angelica.medeiros@unifesp.br

Maria Clara Paulino Campos

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: ccampos.2790@gmail.com.

Maria Bernadete Marinho de Medeiros

Mestre em ciências de alimentos – UFAM. Especialista em Administração Hospitalar – UNAERP. Especialista em Nutrição Clínica – ASBRAN. Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral – SBNPE. Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica – GANEP. Nutricionista do CAIMI Dona Ada Rodrigues Viana –SUSAM. Nutricionista da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz–SEMSA.
E-mail: nutriberna@yahoo.com.br

Nair Eunice Bezerra de Souza Neta

Bacharel em Nutrição- Centro Universitário do Norte – UNINORTE. Especialista em Nutrição Clínica Funcional – Faculdade de Tecnologia de Curitiba/FATEC. Nutricionista voluntária da Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz–SEMSA.
E-mail: nairsouza134@gmail.com

Maria Helena Ribeiro De Checchi

Professora Doutora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari – Amazonas.
E-mail: mariahelenard@hotmail.com.

Patrícia Carvalho Castro

Graduação em enfermagem, Especialista, SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: enfermeirapatriciacarvalho1@gmail.com.

Perpétua Pereira Cerqueira

Bibliotecária, Mestranda em Antropologia Social, Coordenação dos Povos Indígenas de Manaus e Entorno.
E-mail: cerqueira@hotmail.com.

Raphaelly Venzel

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia
Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: raphaellyvenzel@gmail.com.

Raylson Emanuel Dutra da Nóbrega

Cirurgião-Dentista – Mestrando em Saúde Pública (Fiocruz/PE) – Equipe
de Saúde da Família Ribeirinha.
E-mail: dr.ray85@gmail.com.

Rejane Santos Miranda Oliveira

Graduação em enfermagem, Especialista em Saúde Pública com ênfase na
ESF, ESAP/SEMSA/UEA.
E-mail: rejane.miranda@pmm.am.gov.br.

Renata Ferreira Santos

Graduação em enfermagem, Doutora em Saúde pública-Epidemiologia-
Universidade do Estadual do Rio de Janeiro- UERJ, docente da Universidade
do Estado do Amazonas-UEA.
E-mail: fdsantos@uea.edu.br.

Robercio Barros Alencar

Graduação em enfermagem pela Faculdade Aliança/Piauí. Pós-graduado,
em nível de especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade
Católica Dom Bosco/UCDB, Campo Grande e Saúde Pública pelo Instituto
Giga/Manaus-Amazonas. Servidor público da Secretaria Estadual do
Amazonas/SES no SPA e Policlínica Dr. Danilo Corrêa.
E-mail: rbalencar33@gmail.com.

Rodrigo Vasquez Dan Lins

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia
Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: rodrigolins31@hotmail.com

Roméia de Souza Reis

Auxiliar de Saúde Bucal – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha.
E-mail: romelia9880@gmail.com.

Rosana Pimentel Correia Moysés

Cirurgiã-Dentista – Professora do Departamento de Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.
E-mail: rosanamoyses@ufam.edu.br.

Samira Lima da Costa

Professora associada do Departamento de Terapia Ocupacional/ Faculdade
de Medicina/ UFRJ e do PPG EICOS – Psicossociologia de Comunidades e
Ecologia Social/ Instituto de Psicologia/UFRJ.
E-mail: biasam2000@gmail.com

Soloni Serafim Claudomiro

Graduação em enfermagem, Especialista em Urgência e Emergência.
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha.
E-mail: soloni94@gmail.com.

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Graduação em Serviço Social. Doutoranda em Saúde Pública, Instituto
Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. Assistente Social da Secretaria
Municipal de Saúde.
E-mail: t.renata.neves@gmail.com.

Victor Santana de Oliveira

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia
Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.
E-mail: victor.santanacb@gmail.com

Yasmin Nogueira Santos

Graduanda do Curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia

Universidade Federal do Amazonas- ISB-UFAM, Coari- Amazonas.

E-mail: yasmin.nog.sant@hotmail.com

Yasmim Vieira da Rocha

Graduação em enfermagem. Mestranda da Fundação de Medicina Tropical

Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD.

E-mail: yvdr.enf@uea.edu.br.

Wanessa Pessoa Souza Barbosa

Graduação em enfermagem. Controle de Qualidade do estudo REPRIEVE.

Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD.

E-mail: wpessoa.sb@gmail.com.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial

Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde

Educação Popular & Saúde

Saúde Mental Coletiva

Atenção Básica e Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Saúde & Amazônia

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Clássicos da Saúde Coletiva

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



CoEPS/SES-AM
COORDENAÇÃO ESTADUAL
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
editora.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-42-7



9 786587 1180427